

Cilt: 15, Sayı: 2, Nisan 2022



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

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

ISSN: 2149 - 0333

BU SAYIDA GÖREV ALAN HAKEMLER

Prof. Dr. Ayhan LASH	Doç. Dr. Havva ARSLAN YÜRÜMEZOĞLU
Prof. Dr. Ayla KEÇECİ	Doç. Dr. Jülide Gülizar YILDIRIM
Prof. Dr. Ebru AKGÜN ÇITAK	Doç. Dr. Özlem UĞUR
Prof. Dr. Elif ÜNSAL AVDAL	Doç. Dr. Semiha AYDIN ÖZKAN
Prof. Dr. Emine GEÇKİL	Doç. Dr. Sebahat ALTUNDAĞ
Prof. Dr. Fatma İlknur ÇINAR	Doç. Dr. Yelda CANDAN DONMEZ
Prof. Dr. Filiz ÖĞCE AKTAŞ	Dr. Öğr. Üyesi Alime SELÇUK TOSUN
Prof. Dr. Funda BÜYÜKYILMAZ	Dr. Öğr. Üyesi Ayşe DEMİRAY
Prof. Dr. Hatice MERT	Dr. Öğr. Üyesi Atiye KARAKUL
Prof. Dr. Hülya KAYA	Dr. Öğr. Üyesi Bahise AYDIN
Prof. Dr. Melahat AKGÜN KOSTAK	Dr. Öğr. Üyesi Büşra ALTINEL
Prof. Dr. Meryem YAVUZ van GİERSBERGEN	Dr. Öğr. Üyesi Demet AVCI ALPAR
Prof. Dr. Sevgi KIZILCI ÖZ	Dr. Öğr. Üyesi Dilek DEMİR
Doç. Dr. Dijle AYAR	Dr. Öğr. Üyesi Filiz TAŞ
Doç. Dr. Dilek BÜYÜKKAYA BESEN	Dr. Öğr. Üyesi Gülay MANAV
Doç. Dr. Emre YANIKKEREM	Dr. Öğr. Üyesi Havva KARADENİZ
Doç. Dr. Esmâ ÖZŞAKER	Dr. Öğr. Üyesi Nazan ÇAKIRER ÇALBAYRAM
Doç. Dr. Ezgi KARADAĞ	Dr. Öğr. Üyesi Nevin USLU
Doç. Dr. Gözde Gökçe İŞBİR	Dr. Öğr. Üyesi Serpil ABALI ÇETİN
Doç. Dr. Gülsüm Nihal ÇÜRÜK	Dr. Öğr. Üyesi Sibel ŞEKER
Doç. Dr. Hafize ÖZTÜRK CAN	Dr. Öğr. Üyesi Zeliha KAYA ERTEN
Doç. Dr. Hatice BAŞKALE	Öğr. Gör. Nurten ALAN

*İsimler önce ünvan, sonrasında ise alfabetik sıralamaya göre yazılmıştır.

İçindekiler

Editörden

Prof. Dr. Şeyda SEREN İNTEPELER

Araştırma Makaleleri

Determining the Attitudes of Surgical Nurses toward Older Patients

Seher ÜNVER, Zeynep KIZILCIK ÖZKAN, Özge KARACA

Hemşirelerin COVID-19'a Yönelik Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Kullanım Durumu ve Tutumu

Feride GÖR, Güler DURU AŞİRET

Erişkin Bireylerde Ortostatik Hipotansiyon ile Beden Kütle İndeksi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Yakup KARAHAN, Burcu CEYLAN

Üniversite Öğrencilerinin Kadına Yönelik Aile İçi Şiddete İlişkin Görüşleri: Bir Örnek Olay Çalışması

Büşra YILMAZ, Nihal AVCI, Nevin HOTUN ŞAHİN

Yetişkinlerin Beslenme Bilgisi ve Besin Tercihleri ile Beden Kütle İndeksi Arasındaki İlişki: Kesitsel Bir Çalışma

Yaren KESKİN, Yusuf AKAR, Özden ERDEM, Saime EROL

Doğum Eyleminin Aktif Fazında Yaşanan Bel Ağrısının Yönetiminde Steril Su Enjeksiyonunun Etkisi: Randomize Plasebo Kontrollü Bir Çalışma

Cevriye UYSAL, İlkay BOZ, Süleyman SALMAN

Pediyatri Hemşireleri Tarafından Karşılanamayan Bakım ve Nedenleri

Erhan ELMAOĞLU, Serap ÖZDEMİR

Okul Öncesindeki Çocukların Beslenme Alışkanlıklarının Büyüme ve Gelişmeleri Üzerine Etkisi

Rıdvan AKDOĞAN, Serap BALCI

Hemşirelerin Göçmen Bireylere Bakım Verirken Yaşadıkları Sorunlar ve Çözüme Yönelik Öneriler

Ayşe ÇAL, Figen ÇAVUŞOĞLU, İlknur AYDIN AVCI

Derleme Makaleler

Farklı Ülkelerdeki Hemşirelikte Doktora Programlarının Karşılaştırılması

Meryem DİKMEN, Sevim ULUPINAR

Perinatal Bakım Uygulamalarında Optimalite Yaklaşımı

Çisem BAŞTARCAN, Nevin HOTUN ŞAHİN

Yoğun Bakım Ünitelerinde Deliryumun Kanıta Dayalı Olarak Değerlendirilmesi

Gülşen KILIÇ, Sultan KAV, Banu ÇEVİK

Prostat Kanseri Hastalarının Yaşadığı Psikososyal Sorunlar ve Hemşirelik Yaklaşımları

Sevgi ÇOLAK, Fatma VURAL, Özlem BİLİK

Tatlı Kemikler: Diabetes Mellitus'un Kemik Sağlığına Etkisi

Buket DAŞTAN, Sevilay HİNTİSTAN

Yaratıcı Dramaya Temellendirilmiş Çocuk Cinsel İstismarını Önleme Programı: Bir Uygulama Planı Örneği

Duygu KEMER, Ayşegül İŞLER DALGIÇ

Çok değerli okuyucularımız,

Dergimizin 2022 yılı ikinci sayısında bilimsel araştırma ve derleme makaleleri sizlerle paylaşmaktan büyük bir gurur duymaktayız.

Bu sayıdaki paylaşımlarımız dokuz araştırma makalesi ve altı derleme makaleden oluşmaktadır. İlk araştırma, Seher ÜNVER, Zeynep KIZILCIK ÖZKAN ve Özge KARACA'nın "Cerrahi Hemşirelerin Yaşlı Bireylere Yönelik Tutumun Belirlenmesi" isimli çalışmasıdır. Tanımlayıcı kesitsel tasarındaki çalışma, 153 hemşire ile gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın sonucu, cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin yaşlı hastalara yönelik olumlu bir tutuma sahip olduklarını, eğitim durumlarının, yaş ve mesleki deneyimlerinin artmasının yaşlılara karşı olumlu tutumlarını geliştirmede etkili olduğunu göstermiştir. Hemşireliğin tüm alanlarında dikkate alınması gereken, cerrahi alanına da veri sunan bir çalışmadır.

İkinci araştırma makalesi; Feride GÖR ve Güler DURU AŞİRET'in "Hemşirelerin COVID-19'a Yönelik Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Kullanım Durumu ve Tutumu" başlıklı çalışmasıdır. Tanımlayıcı tipteki bu çalışma, 385 hemşire ile yürütülmüştür. Çalışma sonucunda, hemşirelerin tamamlayıcı tedavi yöntemi kullanım oranının düşük olmasına rağmen, tutumunun olumlu olduğu saptanmıştır. Bu nedenle hemşirelerin bilgilerini güncellemeleri ve bu yöntemlere ilişkin planlı eğitimlerin yapılması önerilmektedir.

Üçüncü çalışma; Yakup KARAHAN ve Burcu CEYLAN'ın "Erişkin Bireylerde Ortostatik Hipotansiyon ile Beden Kütle İndeksi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" isimli çalışmasıdır. Bu çalışma, tanımlayıcı-analitik niteliktedir ve 170 erişkin birey ile gerçekleştirilmiştir. Araştırmada, Beden Kütle İndeksi ortalamasının yüksek olmasının Ortostatik Sistolik Hipotansiyon, Ortostatik Diyastolik Hipotansiyon ve Ortostatik Hipotansiyon riskini artırdığı sonucuna ulaşılmıştır.

Dördüncü çalışma; Büşra YILMAZ, Nihal AVCI ve Nevin HOTUN ŞAHİN'in "Üniversite Öğrencilerinin Kadına Yönelik Aile İçi Şiddete İlişkin Görüşleri: Bir Örnek Olay Çalışması" başlıklı çalışmasıdır. Tanımlayıcı tasarındaki çalışma, 900 öğrenci ile yürütülmüştür. Örnek olaya ilişkin görüşlerin sonucunda, düşük oranda da olsa kadına yönelik aile içi şiddeti destekleyen öğrencilerin varlığı, bu konuda bilinçlendirilmelerinin önemini göstermektedir. Toplumsal olarak düşündürücü, uygulama alanına ve alan yazına katkı verici nitelikte bir çalışmadır.

Beşinci araştırma; Yaren KESKİN, Yusuf AKAR, Özden ERDEM ve Saime EROL'un "Yetişkinlerin Beslenme Bilgisi ve Besin Tercihleri ile Beden Kütle İndeksi Arasındaki İlişki: Kesitsel Bir Çalışma" başlıklı kesitsel tipte tasarlanan çalışması, Aile Sağlığı Merkezlerine başvuran 444 birey ile yürütülmüştür. Araştırmanın sonucunda, yetişkinlerin beslenme bilgi ve tercihleri yeterli olmasına rağmen büyük çoğunluğunun fazla kilolu/obez olması, besinlerin ihtiyaçtan fazla tüketilmesi ya da inaktif olmaları ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Hemşirelik uygulamaları açısından katkı verici bir çalışmadır.

Altıncı çalışma; Cevriye UYSAL, İlkay BOZ ve Süleyman SALMAN'ın "Doğum Eyleminin Aktif Fazında Yaşanan Bel Ağrısının Yönetiminde Steril Su Enjeksiyonunun Etkisi: Randomize Plasebo Kontrollü Bir Çalışma" başlıklı çalışmasıdır. Plasebo kontrollü, tek körlü ve randomize kontrollü çalışma tipinde yürütülen araştırmanın örneklemi 132 gebe oluşturmuştur. Çalışma sonucunda, Steril Su Enjeksiyonu yönteminin doğumda bel ağrısını azaltmada etkili bir yöntem olduğu, gebelerin yaşamsal bulguları ve yenidoğan APGAR skorları üzerine olumsuz etkisinin olmadığı ve İntradermal Steril Su Enjeksiyonunun, Subkutan Steril Su Enjeksiyonuna göre daha etkili olduğu belirlenmiştir. Doğum ve kadın hastalıkları hemşireliği alanına katkı sağlayıcı bir çalışmadır.

Yedinci çalışma; Erhan ELMAOĞLU ve Serap ÖZDEMİR'in "Pediatri Hemşireleri Tarafından Karşılanamayan Bakım ve Nedenleri" isimli çalışmasıdır. Tanımlayıcı ve kesitsel türdeki araştırma, 403 hemşire ile yapılmıştır. Araştırma sonucunda, pediatri hemşirelerinin son vardiyalarında en az bir bakımı karşılayamadığı, bakımı karşılayamama nedenlerinin en çok mesleki özellikleri ve deneyimlerden etkilendiği saptanmıştır. Çocuk Sağlığı ve hastalıkları hemşireliği alanına veri sağlayıcı nitelikte bir çalışmadır.

Sekizinci çalışma; Rıdvan AKDOĞAN ve Serap BALCI'ın "Okul Öncesindeki Çocukların Beslenme Alışkanlıklarının Büyüme ve Gelişmeleri Üzerine Etkisi" başlıklı makalesidir. Çalışma, 335 çocuk ile gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmada, çocukların genel olarak BKİ persentil değerlerinin ve

Ankara Gelişim Tarama Envanteri puan ortalamalarının normal aralıklarda olduğu, bazı beslenme alışkanlıkları ile Ankara Gelişim Tarama Envanteri puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde ilişki olduğu belirlenmiştir. Çocuk sağlığı ve hastalıkları hemşireliği alanına katkı sağlayıcı niteliktedir.

Dokuzuncu çalışma; Ayşe ÇAL, Figen ÇAVUŞOĞLU ve İlknur AYDIN AVCI'nin "Hemşirelerin Göçmen Bireylere Bakım Verirken Yaşadıkları Sorunlar ve Çözüme Yönelik Öneriler" isimli makalesidir. Tanımlayıcı tipteki çalışma, 339 hemşire ile yürütülmüştür. Bu makalede, hemşirelerin göçmen bireylerin kültürel uygulamalarını tanıma ve iletişim kurmada sorun yaşadıkları, kendilerini iletişim kurmada yeterli hissedenden hemşirelerin bakım vermede de daha yeterli oldukları belirlenmiştir. Sağlık kurumlarında göçmen bireylerle iletişimi sağlayıp sürdürecektir profesyonel ekiplerin oluşturulması önerilmektedir.

Onuncu çalışma; Meryem DİKMEN ve Sevim ULUPINAR'ın "Farklı Ülkelerdeki Hemşirelikte Doktora Programlarının Karşılaştırılması" başlıklı derlemesidir. Bu derlemede, hemşirelik eğitiminde öncü ülkeler olan Amerika Birleşik Devletleri, Kanada, İngiltere, Avustralya, Uzak Doğu ülkelerini temsilen Japonya ve son yıllarda hemşirelik eğitiminde bilimsel yayın artışlarıyla dikkat çeken İran'daki hemşirelik doktora programları ile ülkemizdeki programlar karşılaştırılmış ve tartışılmıştır. Hemşirelik lisansüstü eğitimine katkı sağlayıcı niteliktedir.

Onbirinci çalışma; Çisem BAŞTARCAN ve Nevin HOTUN ŞAHİN'in "Perinatal Bakım Uygulamalarında Optimalite Yaklaşımı" başlıklı derlemesidir. Bu derlemenin amacı, perinatal bakım uygulamalarında optimalite yaklaşımının ve kanıta dayalı bakım uygulamalarının incelenerek hemşirelik mesleğine ve literatüre katkısını ortaya koymaktır. Optimalite kavramının açıklandığı, kadın sağlığı açısından alanda yapılması gereken uygulamaların derlendiği alana katkı sağlayıcı bir çalışmadır.

Onikinci çalışma; Gülşen KILIÇ, Sultan KAV ve Banu ÇEVİK'in "Yoğun Bakım Ünitelerinde Deliryumun Kanıta Dayalı Olarak Değerlendirilmesi" isimli derlemesidir. Bu derleme deliryum konusunda araştırma-uygulama iş birliğini sağlayarak hemşireler tarafından kullanılabilir kanıta dayalı bir tarama aracının olup olmadığını araştırmak amacıyla hazırlanmıştır. Kanıta ulaşma ve alanda kullanımına ilişkin basamakların güzel bir örneğini yansıtan derleme, işbirliği açısından da örnek olacak niteliktedir.

Onüçüncü çalışma; Sevgi ÇOLAK, Fatma VURAL ve Özlem BİLİK'in "Prostat Kanseri Hastalarının Yaşadığı Psikososyal Sorunlar ve Hemşirelik Yaklaşımları" başlıklı derlemesidir. Bu derleme, prostat kanserli hastaların yaşadıkları psikososyal sorunların tanımlanması ve bu sorunlara yönelik hemşirelik girişimlerinin açıklanmasını amaçlamaktadır. Dünyada ve ülkemizde ciddi oranlarda yaşanan prostat kanseri ile genel hastaların hemşirelik bakımlarında psikososyal boyutun da öneminde vurgu yapan bir derleme niteliğindedir.

Ondördüncü çalışma; Buket DAŞTAN ve Sevilay HİNTİSTAN'ın "Tatlı Kemikler: Diabetes Mellitus'un Kemik Sağlığına Etkisi" başlıklı derleme makalesidir. Bu derleme makalenin amacı, diyabetin kemik homeostazına etkisini, kırık riskini, antidiyabetik tedavinin kemik üzerine etkisini ve sağlık personeline önerileri tartışmaktır. Toplumsal bir sağlık sorunu olan diabetes mellitusun yönetimindeki önemli konulardan birini ele alması açısından katkı sağlayıcı bir derlemedir.

Onbeşinci çalışma, Duygu KEMER ve Ayşegül İŞLER DALGIÇ'ın "Yaratıcı Dramaya Temellendirilmiş Çocuk Cinsel İstismarını Önleme Programı: Bir Uygulama Planı Örneği" isimli derlemesidir. Bu derlemede, okul öncesi çocuklarda cinsel istismarı önlemeye yönelik yaratıcı dramaya temellendirilerek hazırlanan "Bedenim Benim Özelimdir Eğitim Programının" uygulama planı örneği verilmiştir. Derleme, çocuk cinsel istismarını önlemek için bu alanda çalışan tüm eğitimcilere, sağlık çalışanlarına ve ebeveynlere önemli bir kaynak sağlayıcı niteliktedir.

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

Mesleğimizin gelişimine katkı sağlayan, emek verilerek hazırlanan değerli çalışmalarla bir sonraki sayımızda buluşmayı diliyorum.

Prof. Dr. Şeyda SEREN İNTEPELER

Editör

ARAŞTIRMA MAKALESİ

Determining the Attitudes of Surgical Nurses toward Older Patients

 Seher ÜNVER¹  Zeynep KIZILCIK ÖZKAN²,  Özge KARACA³

¹Assoc. Prof. Trakya University, Faculty of Health Sciences, Department of Surgical Nursing, Edirne, Turkey

²Assoc. Prof. Trakya University, Faculty of Health Sciences, Department of Surgical Nursing, Edirne, Turkey

³Nurse, Acıbadem Taksim Hospital, Istanbul, Turkey

Abstract

Background: Due to chronic diseases and physiological changes with aging, the surgical processes care requirements may change. **Objectives:** This study aimed to determine the attitudes of surgical nurses toward older patients and the factors affecting the attitude. **Methods:** This descriptive and cross-sectional study was conducted with 153 nurses who worked in surgical units of a university hospital located in Thrace region of Turkey from February 21 to March 11, 2020. Data were collected using a nurse identification form and the Kogan's Attitude toward Older People scale. Data were analyzed using Whitney-U test, Kruskal-Wallis test and Spearman's correlation coefficient. **Results:** The mean attitude score was 126.23 ± 15.52 , the scores of nurses who had postgraduate degrees were statistically significantly higher than those who had high school degrees ($p < .05$). Negative attitude scores of nurses who had no experience in providing care for older patients were statistically significantly higher than those who had experience ($p < .05$). There was a positive relationship between the mean age and professional experience of nurses and the mean attitude score ($r = .18$ $p = .019$; $r = .17$ $p = .027$, respectively). **Conclusion:** The study showed that nurses who worked in surgical units had a positive attitude toward older patients, and their educational status, the experiences they gained in providing care for older patients, and the increase in their age and professional experience were effective in developing their positive attitudes toward older patients. The presence of educated and experienced surgical nurses in nursing care of older patients is important in terms of displaying positive attitudes towards them.

Key Words: Surgical Nurse, Older Patient, Surgical Unit, Attitude.

Öz

Cerrahi Hemşirelerinin Yaşlı Hastalara Yönelik Tutumlarının Belirlenmesi

Giriş: Yaşlanma ile birlikte oluşan fizyolojik değişimler ve gelişen kronik hastalıklara bağlı olarak, cerrahi işlemlere ilişkin bakım gereksinimleri farklılık gösterebilmektedir. **Amaç:** Bu çalışmada cerrahi hemşirelerinin yaşlı hastalara yönelik tutumlarının ve tutumu etkileyen faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır. **Yöntem:** Tanımlayıcı ve kesitsel tipteki bu çalışma, 21 Şubat - 11 Mart 2020 tarihleri arasında Türkiye'nin Trakya bölgesinde bulunan bir üniversite hastanesinin cerrahi birimlerinde çalışan 153 hemşire ile gerçekleştirildi. Veriler hemşire tanıtım formu ve Kogan Yaşlılara Yönelik Tutum Ölçeği kullanılarak toplandı. Veriler, Whitney - U testi, Kruskal - Wallis testi ve Spearman korelasyon katsayısı testleri kullanılarak analiz edildi. **Bulgular:** Toplam tutum ölçeği puanı ortalaması 126.23 ± 15.52 olup, yüksek lisans derecesine sahip hemşirelerin puanları, lise mezunu olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu ($p < .05$). Yaşlı bakım deneyimi olmayan hemşirelerin olumsuz tutum puanı, deneyimi olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu ($p < .05$). Hemşirelerin yaş ortalaması ve mesleki deneyim süresi ile ortalama tutum ölçek puanı arasında pozitif bir ilişkinin olduğu belirlendi (sırasıyla $r = .18$ $p = .019$; $r = .17$ $p = .027$). **Sonuç:** Çalışma, cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin yaşlı hastalara yönelik olumlu bir tutuma sahip olduklarını, eğitim durumlarının, yaşlı hastalara bakım sağlama konusunda edindikleri deneyimlerin, yaş ve mesleki deneyimlerinin artmasının yaşlılara karşı olumlu tutumlarını geliştirmede etkili olduğunu göstermiştir. Yaşlı hastaların hemşirelik bakımında eğitilmiş ve deneyimli cerrahi hemşirelerinin bulunması, onlara yönelik olumlu tutum sergilemesi açısından önemlidir.

Anahtar Sözcükler: Cerrahi Hemşire, Yaşlı Hasta, Cerrahi Birim, Tutum.

Geliş Tarihi / Received: 07.04.2021 **Kabul Tarihi / Accepted:** 21.12.2021

Correspondence Author: Assoc. Prof. Trakya University, Faculty of Health Sciences, Department of Surgical Nursing, Edirne, Turkey. Phone: +90(505)50072178 E-mail: seher.unver@hotmail.com

Cite This Article: Ünver S, Kızılcık Özkan Z, Karaca Ö. Determining the Attitudes of Surgical Nurses toward Older Patients. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 2022; 15(2): 110- 116.

* This article was presented as an oral abstract at the 4th International 12th National Turkish Surgery and Operating Room Nursing Congress held in Antalya between 13-16 January 2022.



Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi 2021 Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License

Global population is increasing and in parallel to scientific and technological developments in the field of health, possibilities of treating diseases are also increasing and life expectancy is increasing (1). As a result of these developments, global population is becoming older (2, 3). According to the World Health Organization (WHO), approximately 125 million people are currently over 80 years old and the population rate of people over 60 will increase from 12% to 22% between 2015 – 2050 (4). In Turkey, according to Turkish Statistical Institute (TUIK) data published on March 18, 2020, the elderly population increased by 21.9% in the last five years and was determined as 9.1% (5). In addition, according to the results of a projection study, this rate is predicted to increase to 16.3% in 2040, 22.6% in 2060 and 25.6% in 2080 (6).

Studies have reported that health problems and hospital admission rates also increase in areas where the population of older people rises (7, 8). Paul et al. (7) reported that in the New South Wales state of Australia, 342.265 patients aged 65 and over presented to the emergency unit due to the falls; fractures were reported in 134.555 and head trauma in 10.358 of the patients. A retrospective study conducted by Sing et al. (9) in the USA reported a 51% increase in spinal surgery interventions for individuals in the 40-59 age group, whereas this rate increased to 285% in individuals aged 60 and over. Fowler et al. (10) reported that the surgical rate of individuals aged 75 years and over in England increased by 22.9% in the last 16 years. One in five individuals in this age group are estimated to have surgery every year as of 2030. This illustrates the parallel of the increase in the population of older people to the increase in surgical interventions and as a result, surgical nurses are more likely to encounter older patients.

Due to chronic diseases and physiological changes that occur with increasing age, risks in surgical intervention increase and the care provided may change compared to younger age groups (8, 11). The literature emphasizes that problems such as malnutrition, multiple drug use, fear, anxiety, depression and delirium are frequently seen in older people undergoing surgical intervention; therefore, it is necessary to plan specific care interventions in order to maintain mental health and ensure physiological recovery in this age group (8, 12, 13). Values and attitudes toward older people gain importance in terms of providing healthcare for this age group especially with nurses (14, 15). The WHO published the Integrated Care for Older People (ICOPE) handbook in October 2019 to focus attention on the health care of older people. The handbook is aimed at healthcare professionals to better focus on the care of older people and to ensure equality in health care (16). The importance of determining negative attitudes and behaviors toward older people globally and in Turkey is significant. Healthcare professionals should recognize surgical risks associated with physiological changes and chronic diseases in older patients are higher compared to younger patients, and base care accordingly to those differences (17, 18). The care provided during the perioperative process can help older patients recover faster and retain their quality of life (19, 20). So that, maintaining proper perioperative care for older patients, educating and preparing them for surgery, and being in communication with them are all essential issues in surgical units, and these can be influenced by nurse attitudes (17,19). Therefore, it is important to determine the attitudes of health professionals toward older patients involved in their care in surgical units. Studies discussing the attitudes of nurses who work in surgical units toward older patients and focusing attention on this issue are rare.

This descriptive study was carried out to determine the attitudes of nurses working in surgical units toward older patients based on the aforementioned information and the factors affecting the attitude. The research findings are thought to contribute to determining the views and attitudes of the nurses working in surgical units toward older patients and raise awareness of the care of older patients in the perioperative process.

Research Questions

- What is the attitude level of surgical nurses toward older patients?
- What are the factors affecting the attitude of surgical nurses toward older patients?

Method

Research Type

This research was designed as a descriptive and cross-sectional study.

Research Place

This research was conducted at a university hospital located in Thrace region of Turkey from February 21 to March 11, 2020.

Research Universe/Sample

The population of the study consisted of 178 nurses, working in eleven different surgical wards (emergency, neurosurgery, general surgery, thoracic surgery, eye surgery, cardiovascular surgery, otolaryngology, transplantation, orthopedics, plastic surgery, urology) and four surgical critical care units (surgical intensive care, reanimation intensive care, postoperative intensive care and cardiovascular surgery intensive care); all the nurses in the population were targeted to be included in the study. Data was collected through appropriate sampling method and based on a voluntary basis. The inclusion criteria were actively working in a surgical unit and agreeing to participate in the study. The study managed to reach 86% of the population and 153 nurses formed the sample of the study.

Data Collection Tools

Data were collected using a nurse identification form to determine the sociodemographic characteristics and Kogan's Attitude toward Older People scale (KAOP) to determine their attitudes toward older patients. The nurses were visited by the researcher in the surgical units where they worked according to their weekly work schedules. The nurses were informed about the study purpose and data collection forms were given to those who agreed to participate in the study. Nurses were asked to complete the forms in separate rooms to prevent influencing each other's responses. The forms were collected by the researcher after completion, which took about 15 minutes.

Nurse identification form was prepared by the researchers in line with relevant literature (19, 21-23) and included seven questions. The questions determined the descriptive characteristics of the nurses (age, gender, educational status, units they are currently working and the duration of professional experience in the unit), experiences of providing care for older patients and

their history of receiving education on the care of older patients.

Kogan's Attitude toward Older People Scale (KAOP) was developed by Kogan (24) to evaluate attitudes toward older patients. Erdemir et al. (25), conducted the validity and reliability study of the Turkish version of the scale. The Cronbach's alpha value of the original version was found to be .84. It is a single-dimension scale and includes 34 items. In the scale, one set of 17 items with odd numbers expresses statements about negative attitudes (KAOP-) and the other set of 17 items with even numbers expresses statements about positive attitudes (KAOP+) regarding older patients. Items in this six-point Likert-type scale are scored as "6-strongly agree", "5-agree", "4- partly agree", "3- partly disagree", "2- disagree", and "1-strongly disagree". The items about negative attitudes (1, 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15, 17), are reverse scored. A score of 102 in the scale indicates a neutral attitude toward older patients. The minimum and maximum scores that can be obtained from the scale are 34 and 204, respectively; a high score on the scale indicates a positive and a low score indicates a negative attitude toward older patients (24, 25). In this study, the Cronbach's alpha value of the scale was calculated as .819.

Data Analysis

Araştırma kapsamında veriler, araştırmacılar tarafından, araştırmaya katılmaya gönüllü olan bireylere gerekli Data were analyzed using IBM SPSS Statistics software V22.0 (IBM, Armonk, NY, USA). Descriptive data of the study were evaluated using number, percentage, mean and standard deviation calculations. Shapiro-Wilks test was used to investigate the compatibility of the data to normal distribution, and Mann-Whitney U and Kruskal-Wallis tests were used to evaluate the data that were not normally distributed. The relationship between the scale total score and the age and duration of professional experience was examined using Spearman's correlation test. A value of $p < .05$ was accepted as statistically significant.

Ethical Considerations

To conduct the study, research and publication ethics were followed, the Ethical Committee of the Medical Faculty gave approval (number: 2020/99-04/25 date: 17.02.2020), and institutional permission (number: 79056779-600/414113 date: 21.02.2020) was obtained from the management of the hospital where the study was carried out. The researcher who conducted the validity and reliability of the Turkish version of the scale gave necessary permission for use by e-mail. In this study Declaration of Helsinki Principles are followed, the nurses were informed about the study and they gave verbal consent. The participants were asked not to write their name on the forms and were told that the information they provided would be kept confidential and used only within the scope of the study.

Results

Of the participating nurses, 78.4% ($n = 120$) were female, 70.6% ($n = 108$) had undergraduate degrees, 69.9% ($n = 107$) were working in the surgical wards, 78.4% ($n = 120$) had experience in providing care for older patients and 36.6% ($n = 56$) received training (through in-service training or congresses/courses) on providing care for older patients. The mean age of the nurses was 31.09 ± 6.52 years and their professional experience in the surgical field was 9.47 ± 6.47 years (Table 1). The total mean KAOP score of the nurses was 126.23 ± 15.52 , positive attitude KAOP+ score was 63.60 ± 8.60 and negative attitude KAOP- score was 62.62 ± 8.84 .

The comparison between the total scale score and the demographic characteristics of the nurses showed that the scores of the nurses having postgraduate degrees were statistically significantly higher than those having undergraduate and high school degrees ($KW = 7.480$; $p = .024$). The scores of the nurses who worked in the surgical critical care units were statistically significantly higher than those who worked in the surgical wards ($U = 1780.000$; $p = .007$) and the scores of the nurses who had no experience in providing care for older patients were statistically significantly higher than those who had experience in providing care for older patients ($U = 1534.000$; $p = .048$) (Table 1).

The positive attitude KAOP+ scores of the nurses having postgraduate degrees were statistically significantly higher than those having undergraduate and high school degrees ($KW = 10.912$; $p = .004$) and who worked in the surgical critical care units were statistically significantly higher than those who worked in the surgical wards ($U = 1704.500$; $p = .003$). The negative attitude KAOP- scores of the nurses who did not experience in providing care for older patients were statistically significantly higher than those who had experience in providing care for older patients ($U = 1499.000$; $p = .033$) (Table 1).

It was also found that there was a weak positive correlation between the nurses' mean age and professional experience duration and the total mean KAOP score ($r = .18$, $p = .019$; $r = .17$, $p = .027$, respectively) (Table 2).

Table 1. Comparison of the Nurses' Individual Variables and KAOP Scale Scores (n = 153)

Variables	n (%)	Total Score (mean ± SD)	KAOP+ Score (mean ± SD)	KAOP Score (mean ± SD)
Gender				
Female	120 (78.4)	126.25 ± 16.34	63.41 ± 8.33	62.83 ± 9.31
Male	33 (21.6)	126.18 ± 12.29	64.30 ± 7.06	61.87 ± 6.90
p -test		p = .667 Z = -.430 U = 1883.000	p = .835 Z = -.209 U = 1933.000	p = .388 Z = -.864 U = 1785.500
Educational Status				
High school	30 (19.6)	125.26 ± 15.17	62.50 ± 7.91	62.76 ± 8.40
Undergraduate	108 (70.6)	125.06 ± 15.36	63.00 ± 7.74	62.05 ± 8.98
Postgraduate	15 (9.8)	136.60 ± 14.40	70.13 ± 8.17	66.46 ± 8.22
p -test		p = .024* KW = 7.480 df = 2	p = .004* KW = 10.912 df = 2	p = .295 KW = 2.443 df = 2
Nursing Unit				
Surgical ward	107 (69.9)	124.08 ± 15.06	62.42 ± 7.80	61.65 ± 8.66
Surgical critical care unit	46 (30.1)	131.23 ± 15.70	66.34 ± 8.09	64.89 ± 8.92
p -test		p = .007* Z = -2.711 U = 1780.000	p = .003* Z = -3.013 U = 1704.500	p = .051 Z = -1.955 U = 1970.000
Provides care to older patients				
Yes	120 (78.4)	125.03 ± 15.67	63.20 ± 7.98	61.82 ± 9.05
No	33 (21.6)	130.60 ± 14.35	65.06 ± 8.32	65.54 ± 7.44
p -test		p = .048* Z = -1.979 U = 1534.000	p = .150 Z = -1.441 U = 1665.500	p = .033* Z = -2.136 U = 1499.000
Received training on giving care to older patients				
Yes	56 (36.6)	128.50 ± 14.36	64.83 ± 7.70	63.66 ± 8.24
No	97 (63.4)	124.92 ± 16.07	62.89 ± 8.22	62.03 ± 9.15
p -test		p = .500 Z = -.674 U = 2538.000	p = .464 Z = -.732 U = 2523.000	p = .661 Z = -.438 U = 2600.500

U: Mann-Whitney U test, KW: Kruskal-Wallis H test, *p: < .05

Table 2. Correlation of Total KAOP Score between Nurses' Age and Professional Experience Duration

	KAOP score Mean ± SD (min-max)	test	p value
Age	31.09 ± 6.52 years (20-52)	r = .18	p = .019*
Professional experience	9.47 ± 6.47 years (1-28)	r = .17	p = .027*

SD: Standard deviation; r: Spearman's correlation, *p: < .05

Discussion

Due to prolonged life span and accompanying comorbidities, older people will occupy a significant place in the patient population that surgical nurses, a leading workforce in the healthcare team, provide care for (10, 19). Healthcare services provided to older people are increasing and determining nurses' attitudes toward older people as a quality indicator of the care given is significant, as well as revealing the factors that adversely affect their attitudes (26). This study found that the nurses working in surgical units had positive attitudes toward older patients. Similarly, other studies examining nurses' attitudes toward older people in Turkey reported that nurses had a positive attitude toward older people (23, 27). Pehlivan and Vatansever (23) investigated the attitudes of nurses who worked in surgical units of hospitals in the Bursa province of Turkey toward older people and found that the nurses had positive attitudes. Another study conducted with 351 health professionals working in a university hospital founded that nurses' attitudes toward older people were positive (27). In the literature, descriptive and cross-sectional studies examining the attitudes of nurses working in Nigeria (28), and in Sweden (29) found that the nurses exhibited positive attitudes toward older people. These results show that nurses have positive attitudes toward older people.

In this study, the total KAOP and positive attitude KAOP+ scores of nurses who had postgraduate degrees was higher than those who had education at undergraduate and high school levels. Similar to the results of this study, Bulut and Çilingir (19) reported that attitudes of nurses who had postgraduate degrees were more positive than those who had undergraduate and high school graduate degrees. Another descriptive study which included 628 nurses from five provinces of Turkey found that nurses who had postgraduate and undergraduate degrees made less age discrimination against older people than those who had associate degree or were graduates of nursing vocational high schools (26). A cross-sectional descriptive study conducted by Sharafi et al. (30) with 82 nurses in Iran found a positive correlation between nurses' educational level and positive attitude. Based on these

studies, it can be argued that progress in nursing education contributes to the positive development of attitude toward older patients.

This study found that the KAOP score of the nurses working in the surgical critical care units were significantly higher than that of those working in the surgical wards. A cross-sectional study conducted by Arani et al. (21) with 30 nurses in the Ilam province of Iran found that the mean KAOP score (183.44 ± 34.99) of nurses working in the critical care units was higher than that of the nurses working in the surgical wards (120.37 ± 41.16). Similarly, a study whose sample consisted of 178 nurses in Korea showed that nurses who worked in acute care units including surgical wards and emergency rooms had negative attitudes toward age discrimination (31). Additionally, in the present study, the positive attitude KAOP+ scores showed that nurses who work in the surgical critical care units had significantly higher positive attitude scores than those who worked in the surgical wards. Studies in international and national literature indicate that the number of older patients treated in intensive care units is increasing and that the majority of patients needing care and treatment in intensive care units will be older patients (32, 33). However, the hospitalization rate of patients aged 65 and over in chronic care units is higher compared to that of patients in surgical wards (34). Likewise, the current research was carried out in a university hospital where patients from the Balkans and Turkey's Thrace area were hospitalized and treated, as a result, the number of older patients increases. As the number of older patients in critical care units is getting higher and nurses who work in critical care units encounter them more; this may be influenced their attitudes toward older patients positively.

This study found that, although the mean KAOP score of the nurses who had no experience in giving care to older patients was higher than those who had, results of the negative attitude scores showed that nurses who did not experience in providing care for older patients had higher negative attitude scores than those who had experience. A cross-sectional study conducted with 230 nurses in Iran showed that attitudes of nurses who had experience in providing care for older patients were more positive (146.2 ± 20.43) than those of who did not (144.12 ± 49.18) (21). It was found in a descriptive and cross-sectional study (22), which consisted of 1.367 nurses from five hospitals in China, that nurses having experience in providing care for older people displayed a more positive attitude toward them. Rush et al. (35) stated in the integrative review in which they discussed nurses' attitudes toward older people, that attitudes toward older people were positively affected by experience. In a quantitative correlational study by Heyman, Osman & Ben Natan (36), they reported that health professionals who are specialized in working with older people exhibited a more positive attitude. It can be argued, based on the results obtained from this current study that being experienced in giving care for older people is effective in increasing awareness of nurses toward older people and developing positive attitudes.

In this study, as the nurses' mean age and their professional experience period increased, their attitudes toward older patients increased positively as well. Similarly, a descriptive study by Pehlivan & Vatansever (23) conducted with 217 nurses working in university hospital in the Bursa province of Turkey showed that as the nurses' age or experience increased, their mean KAOP scores increased. A study carried out with 188 nurses working in 12 geriatric units in Korea showed that nurses aged 40 and over had higher KAOP scores than those who were aged 21-29, and that the duration of work in gerontology units contributed to positive attitudes (37). Engström & Fagerberg (38) stated that older nurses in the sample group had a more positive attitude toward older people due to the effect of their professional experience. According to these results, nurses' education and experience in providing care for older patients improves as they get older, and these characteristics eventually contribute to nurses developing positive attitudes about older patients.

The strength of the study was that it was carried out with nurses working in many surgical specialty units. The results obtained from the study are thought to contribute to keeping nurses' attitudes toward older patients in surgical units up-to-date and maintaining positive attitudes.

Conclusion and Use of Results in Practice

The study showed that nurses who worked in surgical units had a positive attitude toward older patients, and their educational status, the experiences they gained in providing care for older patients, and the increase in their age and professional experience were effective in developing their positive attitudes toward older patients. Results indicate that the presence of educated and experienced surgical nurses in nursing care of older patients is important in terms of displaying positive attitudes towards them. The attitudes of nurses who worked in surgical wards were more negative than those who worked in surgical critical care units; therefore, the reasons that negatively affect the attitudes of nurses working in the surgical wards toward older patients should be investigated.

Limitations

One limitation of this study is data were limited to the surgical units of a university hospital in a province of Turkey. Therefore, the generalization of the results from the study for all nurses working in surgical units was restricted. The other limitation was the possibility of being affected by social and institutional factors during the evaluation of nurses' attitudes toward older patients. Accordingly, nurses may have provided desired responses to the statements on the scale.

Acknowledgements

The authors thank to the nurses who participated in this study and saved their time. No conflict of interest has been declared by the authors. This research did not receive any specific grant from funding agencies in the public, commercial, or not-for-profit sectors. The authors' contribution rate statement follows as: idea: SÜ, ZKÖ, ÖK, data collection: SÜ, ÖK, data analysis: SÜ, ZKÖ, manuscript writing: SÜ, ZKÖ, ÖK, manuscript control and editing: SÜ. To conduct the study, research and publication ethics were followed, the Ethical Committee of the Medical Faculty gave approval (number: 2020/99-04/25 date: 17.02.2020), and institutional permission (number: 79056779-600/414113 date: 21.02.2020) was obtained from the management of the hospital where the study was carried out.

References

1. Stambler I. Human life extension-opportunities, challenges, and implications for public health policy. In Vaiserman AA, *Anti-aging drugs-from basic research to clinical practice*. 1. Edition. London, United Kingdom: Royal Society of Chemistry; 2017:537-564.
2. Officer A, de la Fuente-Nunez V. A global campaign to combat ageism. *Bull World Health Organ* 2018;96(4):95-96.
3. Peterson L, Ralston M. Aging well in an aging world-The impact of material conditions, culture, and societal disruptions. *Soc Sci Med* 2019;220(1):245-253.
4. World Health Organization. *Aging and Health* 2018. (2018). URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>.16.03.2020.
5. Turkish Statistical Institute. *Elders with Statistics, 2019*. (2019). URL: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Yaslilar-2019-33712#:~:text=Ya%C5%9F%C4%B1%20n%C3%BCfusun%20toplamlam%20n%C3%BCfus%20i%C3%A7indeki,8'ini%20kad%C4%B1n%C3%BCfus%20olu%C5%9Fturdu>. 18.03.2020.
6. Turkish Statistical Institute. *2018 Statistics on Older People*. (2018). URL: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kronik-hastaliklar-engelli-db/hastaliklar/Yasli_Sagligi/raporlar_istatistikler/TUIK_Yasli_Istatistik_2018.pdf.17.03.2020.
7. Paul SS, Harvey L, Canning CG, Boufous S, Lord SR, Close JCT, et al. Fall-related hospitalization in people with parkinson's disease. *Eur J Neurol* 2017;24(3):523-529.
8. Wirtz D, Kohlhof H. The geriatric patient: special aspects of peri-operative management. *EFORT Open Rev* 2019;4(6):240-247.
9. Sing DC, Berven SH, Burch S, Metz LN. Increase in spinal deformity surgery in patients age 60 and older is not associated with increased complications. *Spine J* 2017;17(5):627-635.
10. Fowler AJ, Abbott TEF, Prowle J, Pearse RM. Age of patients undergoing surgery. *Br J Surg* 2019;106(8):1012-1018.
11. Mehta A, Dultz LA, Joseph B, Canner JK, Stevens K, Jones C, et al. Emergency general surgery in geriatric patients: a statewide analysis of surgeon and hospital volume with outcomes. *J Trauma Acute Care Surg* 2018;84(6):864-875.
12. Abraham J, Meng A, Siraco S, Kannampallil T, Politi MC, Baumann AA, et al. A qualitative study of perioperative depression and anxiety in older adults. *Am J Geriatr Psychiatry* 2020;28(10):110-118.
13. Olotu C, Weimann A, Bahrs C, Schwenk W, Scherer M, Kiefmann R. The perioperative care of older patients: time for a new, interdisciplinary approach. *Dtsch Arztebl Int* 2019;116(5):63-69.
14. Okuyan CB, Alkaya SA, Sairanen R. Finnish and Turkish nursing students' attitudes toward the elderly people. *J Gerontol Geriatr* 2018;7(3):1-4.
15. Rababa M, Hammouri AM, Hweidi IM, Ellis JL. Association of nurses' level of knowledge and attitudes to ageism toward older adults: cross-sectional study. *Nurs Health Sci* 2020;22(3):593-601.
16. World Health Organization. *Integrated Care for Older People (ICOPE): Guidance for Person-Centred Assessment and Pathways in Primary Care*; 2019. (2019). World Health Organization. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326843/WHO-FWC-ALC-19.1-eng.pdf>.17.02.2020.
17. Fitzgerald A, Verrall C, Henderson J, Willis E. Factors influencing missed nursing care for older people following fragility hip fracture. *Collegian* 2020;27(4):450-458.
18. Tarafdar SA, Gupta S. Knowledge of and attitude on assessment of substance use disorders of nurses working in general wards. *Indian J Psychiat Nurs* 2018;15(1):33-38.
19. Bulut E, Çilingir D. Attitudes of surgical nurses towards the elderly. *Turk J Geriatri* 2016;19(4):253-259.
20. Usta E, Aygin D. Prospective randomized trial on effects of structured training and counseling on depression, body image, and quality of life. *Bariatric Surg Pract P* 2020;15(2):55-62.
21. Arani MM, Aazami S, Azami M, Borji M. Assessing attitudes toward elderly among nurses working in the city of Ilam. *Int J Nurs Stud* 2017;4(3):311-313.
22. Lan X, Chen Q, Yi B. Attitude of nurses toward the care of older adults in China. *Journal of Transcult Nurs* 2019;30(6):597-602.
23. Pehlivan S, Vatanserver N. Attitudes of nurses towards the elderly and affecting factors. *J Uludağ Uni Med Fac* 2019;45(1):47-53.
24. Kogan N. Attitudes toward old people: the development of a scale and an examination of correlates. *J Abnorm Soc Psych* 1961;62(1):44-54.
25. Erdemir F, Kav S, Citak EA, Hanoglu Z, Karahan AA. Turkish version of Kogan's attitude toward older people (KAOP) scale: reliability and validity assessment. *Arch Gerontol Geriatr* 2011;52(3):162-165.
26. Uğurlu Z, Kav S, Karahan A, Akgün ÇE. Correlates of ageism among health care professionals working with older adults. *J. Transcult. Nurs* 2019;30(3):303-312.
27. Oral B, Gunay O, Cetinkaya F. Attitudes of health professionals working in a university hospital towards ageism. *Med Sci* 2019;8(1):117-122.
28. Afolabi AO, Eboiyehi FA, Afolabi KA. Gender analysis of nurses' attitude towards care of the elderly with dementia in Obafemi Awolowo University Teaching Hospitals Complex, Ile-Ife, Osun State, Nigeria. *J Women Aging* 2020;32(2):203-219.
29. Blaser R, Berset J. Setting matters-Associations of nurses' attitudes towards people with dementia. *Nurs Open* 2019;6(1):155-161.
30. Sharafi H, Khonji A, Rooshenas Z, Rezaei F. The attitude of nurses working in educational hospitals of Bandar Abbas University of Medical Sciences toward the Elderly-2017. *J Dev Strategies Med Educ* 2018;5(1):34-41.
31. Kim J, Ha J. Factors influencing ageism in general hospital nurses. *J Korean Acad Nurs Adm* 2019;25(5):393-403.

32. Carrillo-Esper R, la Torre-Leon D. The geriatric patient in the intensive care unit. Are we prepared?. *Med Crit* 2019;33(4):199-203.
33. Sert H, Aygin D, Boluktas RP. Ventilator-associated pneumonia and prevention in elderly patients in intensive care units. *J Turk Soc Crit Care Nurs* 2015;19(2):60-67.
34. Bedel C, Tomruk Ö. Characteristics of geriatric patients presenting to an emergency department of a university hospital. *Med J SDU* 2018;25(4):393-399.
35. Rush KL, Hickey S, Epp S, Janke R. Nurses' attitudes towards older people care: an integrative review. *J Clin Nurs* 2017;26(23-24):4105-4116.
36. Heyman N, Osman I, Ben Natan M. Ageist attitudes among healthcare professionals and older patients in a geriatric rehabilitation facility and their association with patients' satisfaction with care. *Int. J. Older People Nurs* 2020;15(2):e12307.
37. Kwon Y, Lee HY, Hwang SS. A study on the knowledge, attitude and nursing practice of the nurses-towards the elderly in geriatric hospitals. *J Korea Acad Industr Coop Soc* 2013;14(11):5785-5791.
38. Engström G, Fagerberg I. Attitudes towards older people among Swedish health care students and health care professionals working in elder care. *Nurs Rep* 2011;1(1):1-6.

ARAŞTIRMA MAKALESİ

Hemşirelerin COVID-19'a Yönelik Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Kullanım Durumu ve Tutumu

 Feride GÖR¹,  Güler DURU AŞİRET²

¹ Yüksek Lisans Öğrencisi, Aksaray Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Aksaray, Türkiye.

² Doç. Dr., Aksaray Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İç Hastalıkları Hemşireliği, Aksaray, Türkiye.

Öz

Giriş: Tüm dünyayı kısa sürede etkileyen Koronavirüs (COVID-19) salgınıyla mücadelede hemşireler ön saflarda yer almaktadır. Bu süreçte hemşirelerin sağlıklarını koruyabilmeleri ve sürdürebilmeleri önem arz etmektedir. **Amaç:** Bu çalışmada hemşirelerin COVID-19'a yönelik tamamlayıcı tedavi yöntemlerini kullanım durumu ve tutumunun belirlenmesi amaçlanmıştır. **Yöntem:** Tanımlayıcı nitelikte olan bu araştırma, ülkemizde Ocak-Mart 2021 tarihleri arasında COVID-19 sürecinde kamu hastanelerinde hizmet veren ve Türkiye genelinde il sınırlaması olmaksızın sanal kartopu örnekleme yöntemiyle yürütülen online ankete yanıt veren 385 hemşire ile yürütülmüştür. Araştırmanın verilerinin toplanmasında, Birey Tanıtım Formu ve Tamamlayıcı Tedavileri Kullanmaya Yönelik Tutum Ölçeği (TTTÖ) kullanılmıştır. "Google Forms" uygulaması kullanılarak hazırlanan veri toplama formunun online anket linki hemşirelere e-posta veya WhatsApp uygulaması üzerinden gönderilerek araştırmanın verileri toplanmıştır. Araştırma verilerinin değerlendirilmesinde ortalama, standart sapma, yüzde, bağımsız gruplarda t testi ve ikiden fazla grupların karşılaştırılmasında One-way ANOVA testi kullanılmıştır. **Bulgular:** Bu çalışmaya katılan hemşirelerin yaş ortalaması 29.67 ± 7.27 ve %76.1'i kadındır. Hemşirelerin %32.5'inin en az bir tane tamamlayıcı tedavi yöntemi kullandığı ve en sık tercih edilen tamamlayıcı tedavi yönteminin bitkisel ürün kullanımı olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin Tamamlayıcı Tedavileri Kullanmaya Yönelik Tutum Ölçeği toplam puan ortalamasının 22.16 ± 6.06 olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada kadın, 31-41 yaş grubunda olan ve COVID-19'da doktor önerisi dışında tedavi kullanan hemşirelerin Tamamlayıcı Tedavileri Kullanmaya Yönelik Tutum Ölçeği toplam puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır ($p < .05$). **Sonuç:** Bu çalışmada hemşirelerin tamamlayıcı tedavi yöntemi kullanım oranı düşük olmasına rağmen tamamlayıcı tedavi yöntemlerine ilişkin tutumunun olumlu olduğu saptanmıştır. Bu nedenle hemşirelerin hem hastaları hem de kendileri için tamamlayıcı tedavi yöntemlerine ilişkin bilgilerini güncellemeleri ve bu yöntemlere ilişkin planlı eğitimler yapılması önerilmektedir.

Anahtar Sözcükler: Tamamlayıcı Tedavi, COVID-19, Hemşire, Tutum.

Abstract

Nurses' Use of Complementary Treatment for COVID-19 and Attitudes

Background: Nurses are at the forefront in the fight against the coronavirus (COVID-19) epidemic, which affects the whole world in a short time. In this process, it is important for nurses to protect and maintain their health. **Objectives:** In this study, it was aimed to determine the status and attitude of nurses using complementary treatment methods for COVID-19. **Methods** This descriptive study was conducted with 385 nurses who were serving in public hospitals during the COVID-19 process in our country between January and March 2021 and responded to the online survey conducted with virtual snowball sampling method throughout Turkey without any provincial limitation. The data of the study were collected using the Individual Identification Form and the Attitudes towards Using Complementary Treatments. The online questionnaire link of the data collection form prepared using the "Google Forms" application was sent to the nurses via e-mail or WhatsApp application, and the data of the research were collected. Mean, standard deviation, percentage, t test in independent groups and one-way Anova test in comparisons in more than two groups were used. **Results:** Of the nurses participating in our study, the mean age was 29.67 ± 7.27 and 76.1% were women. It was determined that 32.5% of the nurses used at least one complementary treatment method and the most preferred complementary treatment method was the use of herbal products. The mean score of the Attitudes towards Using Complementary Treatments was determined as 22.16 ± 6.06 . In our study, it was determined that the total mean score of the Attitudes towards Using Complementary Treatments of the nurses who were female, in the 31-41 age group and who used treatment other than the doctor's recommendation in COVID-19 was statistically significantly higher ($p < .05$). **Conclusion:** In our study, although the rate of use of complementary treatment methods by nurses was low, it was found that their attitudes towards complementary treatment methods were positive. For this reason, it is recommended that nurses update their knowledge of complementary therapy methods for both their patients and themselves, and to conduct planned trainings on these methods.

Key Words: Complementary Treatment, COVID-19, Nurse, Attitude.

Geliş Tarihi / Received: 01.07.2021 **Kabul Tarihi / Accepted:** 07.01.2022

Correspondence Author: Doç. Dr., Aksaray Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Aksaray, Türkiye. E-posta: gulerduru@gmail.com.

Cite This Article: Gör F, Duru Aşiret G. Hemşirelerin COVID-19'a Yönelik Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Kullanım Durumu ve Tutumu. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 2022; 15(2): 117-127.



Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi 2021 Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License

Aralık 2019'da ilk vakaların Çin'de görülmesinin ardından tüm ülkelerin halk sağlığını tehdit eden Koronavirüs hastalığı (COVID-19), Ocak 2020'de Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından "uluslararası endişe veren bir halk sağlığı acil durumu" olarak ilan edilmiştir (1). COVID-19 ile enfekte olan birey sayısı sürekli artarak devam etmekte ve buna bağlı olarak vaka sayıları güncellenmektedir. Fakat COVID-19 pandemisinden etkilenen sağlık çalışanlarının sistematik bir takip sistemi olmadığı için tüm dünyada COVID-19 virüsü nedeniyle enfekte olan veya ölen sağlık çalışanı bilgisi hala net sayılarla ifade edilememektedir. Uluslararası Hemşireler Konseyi 29 Ekim 2021'de yayınladığı bültende DSÖ'nün 180.000'e yakın sağlık çalışanının COVID-19'dan öldüğü bilgisinin kendi analizleriyle desteklendiğini ifade ederken gerçek sayının daha fazla olabileceğine de değinmiştir (2). Ülkemizde Sağlık Bakanlığı 2 Eylül 2020'de 29.865 olarak bildirilen enfekte sağlık çalışanı sayısının 9 Aralık 2020'de 120.000 kişiye ulaştığını ve ölüm sayısının 216 olduğunu açıklamıştır. Türk Tabipleri Birliği'nin Haziran 2021'de yayınladığı raporda 17.03.2020-31.05.2021 tarihleri arasında 403 sağlık çalışanının hayatını kaybettiği ifade edilmiştir (1, 3).

Tüm sağlık sistemlerinde hemşireler, hastalara en fazla sağlık hizmeti sağlayan sağlık personeli olmuştur (4). Bu nedenle hemşireler küresel olarak sağlık sistemini sürdürmek ve çöküşten korumak için tüm sağlık çalışanları ile birlikte bu salgınla mücadele etmektedir. Al-Dossary ve ark. (2020) çalışmasında COVID-19 salgınından önce hemşirelerin %25'inin 12 saat/gün çalışırken bu oranın %46,2'ye yükseldiğine değinilmiştir. Bu durumun artan hastaneye yatış, yatan hasta ihtiyaçlarının farklı olması ve personel yetersizliği sonucu geliştiği bildirilmiştir (5). Ancak bu süreçte, enfekte hasta sayısı arttıkça COVID-19'un küresel sağlık sistemi iş gücü üzerindeki baskısı da artarak devam etmektedir (6). Bu nedenle hemşireler başta olmak üzere tüm sağlık çalışanları, hem sağlık sisteminin kapasitesi üzerindeki hastalık yükünün baskısı hem de enfeksiyon riskinin olması nedeniyle olumsuz etkilenebilmektedir (5).

Literatürde yapılan çalışmalarda COVID-19 salgını sırasında hemşirelerin stres, anksiyete, depresyon ve uykusuzluk gibi zorlukları deneyimlediği bildirilmiştir (7, 8). Ayrıca hemşirelerin, sağlık hizmeti politikası, çalışma saatleri, psikolojik ve sosyal refahtaki değişiklikler gibi klinik olmayan zorlukları da deneyimlediği bildirilmiştir (9, 10). Sağlık personellerinin salgın sebebiyle karşılaştığı önemli sonuçların başında ölüm gelmektedir (11). Salgın nedeniyle hayatının birçok alanı etkilenen sağlık personelinin COVID-19 tanılı hastalara bakım verirken zihinsel sağlığını sürdürmesi, bağışıklığını desteklemesi ve koruyucu ekipman (eldiven, maske, önlük ve gözlük) kullanması gerekmektedir (12). Uluslararası bir araştırmada hemşirelerin genellikle 4-6 saat ara vermeden kişisel koruyucu ekipman (KKD) giydikleri ve uzun süreli KKD giymenin yorgunluk, stres, bitkinlik ve tıbbi hatalara sebep olabileceğine değinilmiştir (13). Hemşirelerin yaşadıkları bu zorluklar, hem çalışma ortamını olumsuz etkileyerek hasta güvenliğini ve bakım kalitesini etkilemekte hem de hemşirelerin sağlıklarını tehdit edebilmektedir (14). Bu nedenle hemşirelerin sağlıklarının korunması ve sürdürülmesi önem arz etmektedir (12).

COVID-19'dan korunma ve hastalık yönetimi ile ilgili çalışmalar tüm dünyada hızla devam etmektedir. Bu süreçte bireyler, sağlıklarını sürdürebilmek için tamamlayıcı tedavi yöntemlerini kullanabilmektedir (15). Tamamlayıcı tedavi yöntemlerinin kayropratik, ozon tedavisi, ayurveda, akupunktur, aromaterapi, homeopati, naturopati, bitkisel ilaçlar, meditasyon gibi farklı çeşitleri bulunmaktadır. Bu tedavi yöntemlerinin farklılığındaki çeşitlilik gibi yararlarında da farklılıklar bulunmaktadır (16). Uçar ve ark. (2020) çalışmasında geleneksel Çin tıbbında kullanılan bitkilerin, virüslerin hücreye tutunmasını ve hücre içine girmesini engelleyerek bağışıklık sisteminde stimülasyon oluşturduğuna değinilmiştir (17). Ülkemizde yapılan bir çalışmada yazılı ve görsel medyada COVID-19'dan korunmaya yönelik kullanılabilir tamamlayıcı tedavi yöntemlerine ilişkin haberlerin çok fazla yer aldığı belirtilmektedir (15). Literatürde COVID-19 döneminde tamamlayıcı tedavinin etkisi ve kullanım durumunun incelendiği birçok çalışmaya rastlamak mümkündür. Ancak literatürde COVID-19 döneminde hayatı birçok alanda etkilenen ve sağlık sisteminin önemli halkalarından birisi olan hemşirelerin tamamlayıcı tedavi kullanımının incelendiği yurt dışında yürütülen birkaç araştırmaya (18-20) ve Türkiye'de hemşirelik öğrencilerinin örneklemini oluşturduğu bir çalışmaya ulaşılmıştır (21). Literatürde Türkiye'de sahada aktif olarak çalışan hemşirelerin COVID-19 sürecinde başvurdukları tamamlayıcı tedavi yöntemlerinin kullanım durumu ve tutumunu inceleyen çalışma bulunmamaktadır. Bu nedenle bu çalışma, ülkemizde COVID-19 sürecinde aktif olarak çalışan hemşirelerin COVID-19'a yönelik tamamlayıcı tedavi yöntemlerini kullanım durumu ve tutumunun belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Amaç

Bu çalışmada COVID-19'la ön saflarda karşılaşan ve mücadele eden hemşirelerin COVID-19'a yönelik tamamlayıcı tedavi yöntemlerini kullanım durumu ve tutumunun belirlenmesi amaçlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır;

- Hemşirelerin COVID-19'a yönelik tamamlayıcı tedavi yöntemlerini kullanım durumu nasıldır?
- Hemşirelerin COVID-19'a yönelik tamamlayıcı tedavi yöntemlerine ilişkin tutumu nasıldır?
- Hemşirelerin sosyodemografik ve COVID-19'a ilişkin özelliklerine göre tamamlayıcı tedavi yöntemlerini kullanım durumu ve tutumu nasıldır?

Yöntem

Araştırmanın Tipi

Bu çalışma tanımlayıcı türde bir araştırmadır.

Araştırmanın Yapıldığı Yer

Bu çalışma Türkiye’de aktif olarak çalışan ve il sınırlaması olmaksızın online ulaşılan hemşirelerle Ocak-Mart 2021 tarihleri arasında yürütülmüştür.

Araştırmanın Evreni/Örnekleme

Araştırmanın evrenini, Sağlık Bakanlığı’na bağlı kamu hastanelerinde çalışan 132.333 hemşire oluşturmuştur. TÜİK’in 16 Nisan 2021’de yayınladığı “Sağlık Personeli Sayılarının İllere Göre Dağılımı” tablosu incelenerek en son açıklanan 2019 yılı Sağlık Bakanlığı’na bağlı kamu hastanelerinde çalışan hemşire sayısı araştırmanın evreni olarak kabul edilmiştir (22). Araştırmanın evrenine ilişkin güncel bir veri bulunduğu için araştırmanın örneklem büyüklüğü hesaplamasında Cochran’ın bilinen evren büyüklüğü formülü kullanılmıştır ($n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$). Bu formüle göre; %95 ($\alpha = .05$) güven aralığı sınırlarında $d = .05$ hata

ile hemşirelerin COVID-19’a yönelik tamamlayıcı tedavi kullanım sıklığı $p = .5$ için ulaşılması gereken minimum örneklem büyüklüğü 384 kişi olarak hesaplanmıştır (23). Araştırmanın örneklemini, amaçlı örnekleme yöntemlerinden sanal kartopu örnekleme yöntemi ile il sınırlaması olmaksızın yönlendirilen online çalışma anketi ulaştırılan, Ocak-Mart 2021 tarihleri arasında Sağlık Bakanlığı’na bağlı kamu hastanelerinde çalışan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 385 hemşire oluşturmuştur. Araştırmaya kabul kriterleri arasında; araştırmanın yapıldığı tarihler arasında Sağlık Bakanlığı’na bağlı kamu hastanelerinde hemşire olarak çalışmak ve gönüllü olarak araştırmaya katılmayı kabul etmek yer almaktadır.

Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri “Birey Tanıtım Formu” ve “Tamamlayıcı Tedavileri Kullanmaya Yönelik Tutum Ölçeği (TTTÖ)” ile toplandı.

Birey Tanıtım Formu

Araştırmacılar tarafından hazırlanan form hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerini (yaş, cinsiyet, medeni durum, çalışma biçimi/pozisyonu vb.), COVID-19 geçirme durumunu ve COVID-19 hastasına bakım verme durumunu değerlendiren 18 sorudan oluşmaktadır. Ayrıca bu formda, hemşirelerin tamamlayıcı tedavi yöntemlerini kullanma durumu, kullanılan yöntem, kullanma süresi ve yarar görme durumunu belirlemeye yönelik 10 adet soru da bulunmaktadır (4, 12, 15, 24).

Tamamlayıcı Tedavileri Kullanmaya Yönelik Tutum Ölçeği (TTTÖ)

Bilge ve ark. (2018) tarafından geliştirilen ölçek, bireylerin sağlık sorunu yaşadıkları dönemlerde tamamlayıcı tedavi kullanımına yönelik tutumunu ölçmektedir. 4’lü likert tipinde (“0” hiç katılmıyorum, “1” biraz katılıyorum, “2” oldukça katılıyorum, “3” tümüyle katılıyorum) olan bu ölçek 13 maddeden oluşmakta ve dokuzuncu madde ters puanlanmaktadır. Her maddenin 0-3 arasında puanlandığı ölçekten alınan en düşük puan sıfır, en yüksek puan 39’dur. Ölçekten alınan puanın yüksek olması tamamlayıcı tedaviye karşı olumlu tutumu göstermektedir. Bilge ve ark. (2018) çalışmasında ölçeğin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0.79 olarak bulunmuştur (24). Bu çalışmada ise ölçeğin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0.81 olarak belirlenmiştir.

Verilerin Toplanması

Araştırmanın veri toplama formu hazırlanırken “Google Forms” uygulaması kullanılmış ve araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden hemşirelere, online anket linki e-posta veya WhatsApp yolu ile gönderilmiştir. Ayrıca çalışmaya katılan hemşirelerden veri toplama formunu tanıdıkları hemşirelere göndermeleri konusunda yardım istenmiştir. Veri toplama formu süre belirlemek amacıyla uygulayıcı tarafından süre tutularak cevaplandırılmıştır. Buna dayanarak hemşirelerin veri toplama formunu yaklaşık 10 dakikada cevaplandıkları varsayılmaktadır.

Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımlı değişkenleri arasında hemşirelerin tamamlayıcı tedavi kullanım durumu ve tutumu yer alırken; bağımsız değişkenleri arasında ise hemşirelerin yaş, cinsiyet, çalışma pozisyonu, çalışma süresi, COVID-19 geçirme durumu ve COVID-19 kliniğinde çalışma gibi özellikleri yer almıştır.

Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmanın verileri SPSS (Statistical Package for Social Science for Windows 24.0) paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Tanımlayıcı özelliklerin değerlendirilmesinde ortalama, standart sapma, sayı ve yüzde kullanılmıştır. Verilerin dağılımlarının incelenmesi amacıyla Shapiro-Wilk testi uygulanmıştır. Araştırma verileri normal dağılım gösterdiği için ikili karşılaştırmalarda bağımsız gruplarda t testi ve ikiden fazla grupların karşılaştırılmasında One-way ANOVA testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık sınırı $p < .05$ olarak alınmıştır.

Araştırmanın Etik Yönü

Bu araştırma, Helsinki Bildirgesi’nde belirtilen ilkelere uygun olarak gerçekleştirilmiş olup araştırma ve yayın etiği ilkelerine uyulmuştur. Araştırmacılar tarafından araştırmanın yürütülmesi için bir üniversitenin etik kurulundan (18/12/2020 tarihi ve 2020/13-55 karar numarası) ve Sağlık Bakanlığı’ndan (07/01/2021 tarihli) izin alınmıştır. Ayrıca “Tamamlayıcı Tedavileri Kullanmaya Yönelik Tutum Ölçeği’nin çalışmada kullanılabilmesi için ölçek geliştiricisinden izin alınmıştır. Hemşirelere ulaştırılan online anketin ilk bölümüne aydınlatılmış onam formu eklenmiş ve çalışmaya gönüllü olarak katıldığını beyan eden kişiler araştırmaya dahil edilmiştir.

Bulgular

Bu çalışmaya katılan hemşirelerin %76.1'i kadın, %78.4'ü üniversite mezunu, %62.3'ü bekar ve yaş ortalaması 29.67 ± 7.27 'dir. Hemşirelerin %42.9'u 1-5 yıl tecrübeye sahipken, %84.4'ü gece ve gündüz değişen vardiya sistemi ile çalışmakta ve %45.4'ü yataklı servislerde çalışmaktadır (Tablo 1).

Tablo 1. Hemşirelerin Sosyodemografik Özellikleri (N = 385)

Sosyodemografik Özellikler	N	%
Yaş (yıl)	385	(29.67 ± 7.27)
20-30 yaş	255	66.2
31-41 yaş	78	20.3
42- 52 yaş	52	13.5
Cinsiyet		
Kadın	293	76.1
Erkek	92	23.9
Eğitim Durumu		
Lise	19	4.9
Ön lisans	26	6.8
Üniversite mezunu	302	78.4
Lisansüstü	38	9.9
Medeni Durum		
Evli	145	37.7
Bekar	240	62.3
Çalışma Biçimi		
Sürekli gündüz	38	9.9
Sürekli gece	22	5.7
Gece-gündüz değişen vardiya sistemi	325	84.4
Çalışma Pozisyonu		
Sorumlu hemşire	28	7.3
Servis hemşire	175	45.4
Yoğun bakım hemşiresi	150	39.0
Poliklinik hemşiresi	32	8.3
Çalışma Süresi		
1 yıldan az	53	13.8
1-5 yıl	165	42.9
6-10 yıl	62	16.1
11 ve üzeri	105	27.3

Araştırmaya katılan hemşirelerin %74.3'ü COVID-19 hastasına bakım verdiğini, %17.5'i COVID-19 kliniklerinde 10 aydan daha uzun çalıştığını ve %41.6'sı hala COVID-19 hastasına bakım vermeye devam ettiğini ifade etmiştir. Hemşirelerin %79.7'si COVID-19 testi yaptırdığını ve %35.8'i COVID-19 testinin pozitif çıktığını belirtmiştir. COVID-19 geçiren hemşirelerin büyük bir kısmı halsizlik ve yorgunluk (%82.6), baş ağrısı (%72.5) ve eklem ağrısı (%65.2) yaşadığını belirtmiştir. Hemşirelerin %33.2'si hastalık sürecinde evde dinlendiğini ve iyileşebilmek için bol sıvı tükettiğini (%92.2), yeterli ve dengeli beslendiğini (%88.7) ve C vitamini kullandığını (%83.7) belirtmiştir. COVID-19 salgınında hemşirelerin %79'u stres ve kaygı durumunun arttığını ifade etmiştir (Tablo 2).

Tablo 2. Hemşirelerin COVID-19'a İlişkin Özellikleri (N = 385)

COVID-19 İle İlgili Özellikler	N	%
COVID-19 hastasına bakım verme durumu		
Evet	286	74.3
Hayır	99	25.7
COVID-19 kliniklerinde ay olarak çalışma süresi		
1 aydan daha az	24	8.4
1-5 ay	145	50.7
6-9 ay	67	23.4
10 ay ve üzeri	50	17.5
COVID-19 hastasına şuan bakım verme		
Evet	160	41.6
Hayır	225	58.4
COVID-19 testi yaptırma durumu		
Evet	307	79.7
Hayır	78	20.3
COVID-19 geçirme durumu		
Evet	138	35.8
Hayır	247	64.2
COVID-19'da yaşanan semptomlar		
Halsizlik ve yorgunluk	114	82.6
Baş ağrısı	100	72.5
Eklem ağrısı	90	65.2
Tat ve koku duyusunda kayıp	81	58.7
Sırt ağrısı	76	55.1
Boğaz ağrısı	75	54.3
İyileşmek için yapılan uygulamalar		
Bol sıvı tüketimi	130	92.2
Yeterli dengeli beslenme	125	88.7
C vitamini alma	118	83.7
Verilen tedavinin düzenli kullanımı	100	70.9
Bitkisel çay/gıda alımı	95	67.4
D vitamini alma	87	61.7
COVID-19 nedeniyle stres durumu		
Arttı	304	79.0
Değişmedi	54	14.0
Azaldı	1	0.3
Stres yaşamıyorum	26	6.8
COVID-19 nedeniyle kaygı durumu		
Arttı	304	79.0
Değişmedi	53	13.8
Azaldı	2	0.5
Kaygı yaşamıyorum	26	6.8

Araştırmaya katılan hemşireler tamamlayıcı tedavi yöntemlerinden bitkisel ürünler (%71.2), dua etme (%56.8), müzik dinleme (%26.4), diyet desteği (%24.8) ve sıcak uygulamayı (%10.4) kullanmaktadır. En sık tercih edilen tamamlayıcı tedavi yöntemlerinden birisi olan bitkisel ürünlerden hemşireler, sıklıkla kekik (%40.7), zencefil (%28.6), nane-limon (%27.5) kullandığını belirtmiştir. Anket sorularının çoğunluğunun kapalı uçlu (çoktan seçmeli) sorulardan oluşması nedeniyle müzik dinleme ve sıcak uygulama gibi kullanılan tamamlayıcı tedavi yöntemleri hakkında ayrıntılı bilgiye ulaşılamamıştır. Tamamlayıcı tedavi yöntemi kullanan hemşirelerin büyük bir kısmı (%74.8) kullandıkları tamamlayıcı tedavi yöntemlerini eş/dost/akraba üyelerinden duyduklarını ifade etmiştir. Hemşirelerin çoğunluğu tamamlayıcı tedavi yöntemlerini hastalıkla savaşmak/yenmek (%43.5) ve hastalıkla savaşmak için mümkün olan her şeyi yapmış olmak (%36.1) gibi sebeplerle tercih

ettiğini ifade etmiştir. Hemşirelerin %35.4'ü üç aydan daha uzun süre tamamlayıcı tedavi yöntemlerini kullanırken, %25'i tamamlayıcı tedavi yöntemlerini 7-14 gün süre ile kullanmıştır. Bu süreçte hemşirelerin sadece biri yan etki gözlemediğini belirtmiş ve yaşadığı yan etkinin ne olduğunu açıklamamıştır. Tamamlayıcı tedavi yöntemlerini kullanan hemşirelerin %33'ü tamamlayıcı tedavi yöntemleri ile ilgili bilgi aldığını ve bunların %53.8'i hemşirelerden ve %25'i doktordan bilgi aldığını belirtmiştir. Tamamlayıcı tedavi yöntemlerini kullanan hemşirelerin %64.4'ü kullandığı tamamlayıcı tedavi yönteminin yararlı olduğunu ve %8.7'si ağrıya azalma, %6.7'si psikolojik rahatlama ve %4.8'si bağışıklığı artırma şeklinde yarar gördüğünü belirtmiştir (Tablo 3).

Tablo 3. Hemşirelerin Tamamlayıcı Tedavi Yöntemlerine İlişkin Özellikleri (N = 385)

Tamamlayıcı Tedavi Yöntemlerine İlişkin Özellikler	N	%
Tamamlayıcı tedavi kullanım durumu		
Evet	125	32.5
Hayır	260	67.5
Kullanılan tamamlayıcı tedavi yöntemleri*		
Bitkisel ürünler	89	71.2
Dua etme	71	56.8
Müzik	33	26.4
Diyet desteği	31	24.8
Sıcak uygulama	13	10.4
Tamamlayıcı tedavi kapsamında kullanılan bitkisel ürünler*		
Kekik	37	40.7
Zencefil	26	28.6
Nane-Limon	25	27.5
İhlamur	21	23.1
Adaçayı	20	22.0
Kullandığınız tamamlayıcı tedavi yöntemleri ile ilgili bilgi kaynağı*		
Eş/dost/akraba üyeleri	80	74.8
İnternet	40	37.4
Hemşire	39	36.4
Kitap/dergi/gazete	26	24.3
Tv/Radyo	21	19.6
Hastanedeki hekim hemşire dışında çalışan diğer personeller	12	11.2
Doktor	1	0.93
Tamamlayıcı tedavi yöntemi kullanma nedeni*		
Hastalıkla savaşmak/yenmek	47	43.5
Hastalıkla savaşmak için her şeyi yapmış olmak	39	36.1
Kötüleşmemek	38	35.2
Endişeleri gidermek	30	27.8
Ağrıyı gidermek	22	20.4
Tamamlayıcı tedavi yöntemi kullanım süresi		
7 günden kısa	9	9.4
7-14 gün	24	25.0
15-29 gün	8	8.3
1-3 ay	21	21.9
3 aydan fazla, sürekli	34	35.4
Tamamlayıcı tedavi kullanımında yan etki yaşama durumu		
Yok	109	99.1
Var	1	0.9
Tamamlayıcı tedavi ile ilgili bilgi alma durumu		
Hayır	75	67.0
Evet	37	33.0
Bilgi alınan sağlık personeli*		
Hemşire	28	53.8
Doktor	13	25.0
Diğer sağlık personellerinden	7	13.5
Eczacı	4	7.7
Tamamlayıcı tedavi yönteminden yarar görme durumu		
Hayır	37	35.6
Evet	67	64.4

*Hemşireler birden fazla cevap vermiştir. Yüzde değerleri verilen cevaplar üzerinden hesaplanmıştır

Bu çalışmaya katılan hemşirelerin Tamamlayıcı Tedavileri Kullanmaya Yönelik Tutum Ölçeği (TTÖ) toplam puan ortalamasının 22.16 ± 6.06 olduğu belirlenmiştir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puanın 39 olduğu ve ölçeğin kesme noktası bulunmamasına bağlı olarak bu çalışmada hemşirelerin tamamlayıcı tedavi yöntemlerine ilişkin olumlu tutum gösterdikleri anlaşılmaktadır. Çalışmaya katılan kadın ($p = .026$), 31-41 yaş grubunda yer alan ($p = .039$) ve doktor önerisi dışında tedavi kullanan ($p < .0001$) hemşirelerin TTTÖ toplam puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksek olduğu belirlenmiştir. Çalışmaya katılan hemşirelerin medeni durumu, eğitim durumu, deneyim süresi, çalışma biçimi, COVID-19 tanılı hastaya bakım verme durumu/süresi, COVID-19 geçirme durumu ve bu süreçte stres algılama durumu gibi özellikleri ile TTTÖ puan ortalaması karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p > .05$) (Tablo 4).

Tablo 4. Hemşirelerin Sosyodemografik ve COVID-19'a İlişkin Özellikleri ile TTTÖ Toplam Puan Ortalamasının Karşılaştırılması (N = 385)

Hemşirelerin Sosyodemografik ve COVID-19'a İlişkin Özellikleri	TTÖ		
	Ort+SS	Test değeri*	p**
Cinsiyet			
Kadın	22.60 ± 5.55	2.259	p = .026
Erkek	20.73 ± 7.29		
Medeni durum			
Evlü	21.77 ± 6.47	-0.978	p = .329
Bekar	22.39 ± 5.79		
Yaş			
20-30 yaş	22.25 ± 6.05	-0.907***	p = .366***
31-41 yaş	22.91 ± 5.38	2.094****	p = .039****
42-52 yaş	20.55 ± 6.80	1.672*****	p = .099*****
COVID-19 hastasına bakım verme durumu			
Evet	22.26 ± 6.06	.595	p = .552
Hayır	21.84 ± 6.07		
COVID-19 geçirme durumu			
Evet	21.94 ± 6.16	-0.510	p = .610
Hayır	22.27 ± 6.01		
Doktor önerisi dışında tedavi kullanma durumu			
Evet	24.00 ± 5.67	4.218	p < .0001
Hayır	21.27 ± 6.05		

TTÖ: Tamamlayıcı Tedavileri Kullanmaya Yönelik Tutum Ölçeği, * Bağımsız gruplarda student t testi, **p < .05, *** 20-30 yaş ve 31-41 yaş karşılaştırması, ****31-41 yaş ve 42-52 yaş karşılaştırılması, ***** 20-30 yaş ve 42-52 yaş karşılaştırılması olarak kabul edilmiştir.

Tartışma

Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de hemşireler, COVID-19 hastalarının bakımını sürdürebilmek amacıyla en ön safta büyük bir özveri ile çalışmaktadır. Bu süreçte birçok hemşirenin çalıştığı klinik COVID-19 kliniğine dönüşmüş ve hemşireler COVID-19'a ilişkin bilinmezlik korkusu yaşarken diğer taraftan da hastalarının bakımını sürdürmüştür. Bu dönemde birçok sağlık çalışanı gibi hemşireler de yoğun iş temposu nedeniyle ve COVID-19 etkeni ile bulaştıran korumak adına ailesi ile zaman geçirememiş hatta ailesini görememiştir. Tüm bu nedenlere bağlı olarak hemşirelerin yoğun anksiyete ve stres yaşadığı düşünülmektedir. Bu çalışma kapsamında hemşirelerin de %79'u stres ve kaygı yaşadığını ifade etmiştir. Stres, yorgunluk ve kaygı COVID-19'un bulaşmasında etkili faktörlerdendir (25). Hemşirelerin, COVID-19'lu hastanın bakımı ya da tedavisi sırasında hastalara, kontamine tıbbi ekipmanlara ve diğer bulaşıcı materyallere doğrudan veya dolaylı maruz kalma ve enfekte olma ihtimali yüksektir (26). COVID-19 sürecinde hemşireler, hastalara bakım verirken kişisel koruyucu ekipman kullanarak

bulaş riskini en aza indirebilmektedir. Bu nedenle hemşirelerin koruyucu ekipman (eldiven, maske, önlük ve gözlük) kullanması, zihinsel sağlığını sürdürmesi ve bağımsızlığını desteklemesi gerekmektedir. Bağımsızlık sistemini güçlendirmek ve COVID-19 enfeksiyonundan korunmak için sosyal medyanın yanı sıra gazete ve televizyon gibi medya araçlarında da tamamlayıcı tedaviler önerilmektedir (12). Konakçı ve ark. (2020) çalışmasında COVID-19 salgını süresince görsel medyada COVID-19 tedavisinde tamamlayıcı tedavi yöntemlerinin kullanımına ilişkin haberlerin sayısında artış olduğu bildirilmektedir (15).

Bu çalışma kapsamındaki hemşirelerin %74.3'ünün COVID-19 hastasına bakım verdiği ve %35.8'inin COVID-19 testinin pozitif olduğu belirlenmiştir. Enfekte hastayla karşılaşma ve enfekte olma ihtimalinin yüksek olduğu bu süreçte birçok bulaşıcı hastalıkta olduğu gibi hemşirelerin sağlıklarını korumak, geliştirmek ve hastalık semptomlarını atlatabilmek için başvurabilecekleri yöntemler arasında tamamlayıcı tedavi yöntemleri bulunmaktadır (12). Literatürde yer alan çalışmalar incelendiğinde, COVID-19 sürecinde hemşirelerin tamamlayıcı tedavi yöntemi kullanma durumunu inceleyen sınırlı çalışmaya rastlanmıştır. Bir çalışmada COVID-19 pandemisi süresince tüm sağlık personellerinin %45.5'inin son bir ay içinde en az bir tane tamamlayıcı tedavi yöntemi kullandığı saptanmıştır (12). Sağlık personelinin tamamlayıcı tedavi yöntemi kullanım durumunu inceleyen farklı bir çalışmada, sağlık personelinin %25'inin en az bir tamamlayıcı tedavi yöntemi kullandığı saptanmıştır (27). Jones ve ark. (2017) internet üzerinde yürüttüğü bir çalışmada sağlık personellerinin %85.4'ünün tamamlayıcı tedavi yöntemlerini kullandığını belirtmiştir (28). Çiçek ve Satı'nın (2020) çalışmasında hemşirelerin tamamlayıcı tedavi yöntemi kullanım oranı %44 bulunmuştur (29). Bu çalışmada hemşirelerin %32.5'inin en az bir tane tamamlayıcı tedavi yöntemi kullandığı belirlenmiştir. Toplumumuzda hastalıktan korunmak ya da hastalığa bağlı ortaya çıkan semptomların yönetiminde bireyler tarafından tercih edilen tamamlayıcı tedavi yöntemlerinin, hemşireler tarafından kullanımının COVID-19 döneminde çok yüksek olmadığı görülmektedir. Bu durumun COVID-19'un seyri ve tedavisinin belirsiz olması nedeniyle tamamlayıcı tedavi yöntemlerinin yararlarına ilişkin net bir verinin olmaması ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada herhangi bir tamamlayıcı tedavi yöntemi kullandığı ifade eden hemşirelerin %71.2'sinin bitkisel ürün kullandığı ve bunun yanında diğer tamamlayıcı tedavi yöntemlerinden dua etme, müzik dinleme, diyet desteği ve sıcak uygulamayı da kullandıkları belirlenmiştir. Bu araştırmada elde edilen bulgular literatürle benzerlik göstermektedir. Bu araştırmaya katılan hemşirelerin en çok kekik, zencefil, nane-limon, ıhlamur ve adaçayı bitkilerini tercih ettiği belirlenmiştir. Sağlık çalışanları ile yapılan çalışmalarda, sağlık çalışanlarının sıklıkla bitkisel ürün, multivitamin kullanma, dua etme, müzik dinleme ve gıda desteğinden yararlandığı belirtilmektedir (12, 21, 27, 29). Görücü ve Sayılan (2021)'in çalışmasında katılımcıların çoğunluğunun en çok akupunktur, dua etme, bitki-bitki çayları ve vitaminleri kullandıkları belirtilmiştir (30). Işık ve Can (2021)'in hemşirelik öğrencileriyle yürüttüğü çalışmada öğrencilerin en çok kullandıkları tamamlayıcı tedavilerin bitki çayı içmek; limon, enginar, kırmızı lahana, nar, çilek, acı biber, soğan, zencefil, zerdeçal ve sumak tüketmek olduğu bildirilmiştir (21). Konakçı ve ark. (2020)'nin çalışmasında da COVID-19 salgını süresince görsel basında en sık önerilen tamamlayıcı tedavi yöntemlerinden %77.5'inin biyolojik temelli uygulamalar (bitkisel ürünler, gıda, vitaminler, mineraller ve probiyotikler, çaylar vb.) ve %20.6'sının zihin-vücut uygulamaları (yoga, meditasyon, nefes alma, egzersizler) hakkında olduğu bildirilmiştir (15).

Araştırmaya katılan hemşirelerin çoğunluğu tamamlayıcı tedavi yöntemlerini eş/dost/akraba üyeleri (%74.8), internet (%37.4) veya meslektaşlarından (%36.4) duyduğunu ifade etmiştir. Bu çalışmanın bulguları literatürle benzerlik göstermektedir (29, 31). Lafçı ve Kaşıkçı'nın (2014) çalışmasına katılan kişilerin çoğunluğunun tamamlayıcı tedavi yöntemleri hakkındaki bilgiyi televizyon, bilimsel kitaplar, çevre ve gazetelerden edindikleri belirtilmiştir (27). Bunchan ve ark. (2012) yürüttüğü çalışmaya göre katılımcıların sadece %14'ünün pratisyen hekim tarafından bilgilendirildiği bulunmuştur (32). Konakçı ve ark. (2020)'nin çalışmasında da COVID 19 salgını sürecinde görsel basında tamamlayıcı tedavi yöntemlerine ilişkin haberlerin arttığı belirtilmektedir (15). Başka bir çalışmada katılanların %91.2'si internet/sosyal medya aracılığıyla COVID-19 hakkında bilgi edindiğini belirtirken katılımcıların %50,5'i TV/radyo aracılığıyla bilgi edindiğini belirtmektedir (4). COVID-19 salgını sürecinde bireylerin evde kaldığı günlerde sosyal medya kullanımının da artmasına bağlı olarak COVID-19 salgınıyla ilgili medyada çıkan haberlerden etkilenebileceği ve salgından korunmak için tamamlayıcı tedavi yöntemlerini deneyebileceği düşünülmektedir. Bunun yanı sıra salgının hayat üzerindeki kısıtlamaları ve etkileri sebebiyle günlük sohbetlerde COVID-19'un sıkça konuşulan ve yorum yapılan bir konu haline geldiği düşünülmektedir.

Bu çalışmada hemşirelerin çoğunluğu tamamlayıcı tedavi yöntemlerini hastalıkla savaşmak/yenmek ve semptomların kötüleşmesini önlemek amacıyla kullandığını belirtmiştir. Çalışmanın bulguları literatürle benzerlik göstermektedir (21, 27, 30). Teke ve ark. (2021) çalışmasında da sağlık personelinin tamamlayıcı tedavi yöntemlerini kullanmasının ana sebebinin bağımsızlığı güçlendirmek olduğu saptanmıştır (12). Hayes ve ark. (2000) çalışmasında hemşirelerin tamamlayıcı tedavi yöntemlerini sıklıkla ağrıyı gidermek, stresi azaltmak ve sağlığın sürdürülmesi amacıyla kullandıkları bildirilmiştir (31). Konakçı ve ark. (2020) COVID-19 salgını süresince ülkemizde tamamlayıcı tedavi yöntemlerine ilişkin haberleri incelediği bir çalışmada, tamamlayıcı tedavi yöntemlerinin büyük çoğunluğunun COVID-19'a karşı önleyici ve koruyucu yöntemler olarak aktarıldığı ve bu haberlerin sadece %1.3'ünün COVID-19'a karşı terapötik tamamlayıcı tedavi yöntemlerini içerdiği bildirilmiştir (15).

Tamamlayıcı tedavi yöntemlerini kullanan hemşirelerin %35.4'ü üç aydan daha uzun süre tamamlayıcı tedaviyi kullanmış ve hemşirelerin sadece biri yan etki gözlemediğini bildirmiştir. Verilerin çoğunluğu kapalı uçlu soru yöntemiyle toplandığı için yan etki bilgisine ulaşılamamıştır. Tamamlayıcı tedavi kullanan hemşirelerin %64.4'ü kullandığı tamamlayıcı tedavi yönteminin yararlı olduğunu ve %8.7'si ağrıya azalma, %6.7'si psikolojik rahatlama ve %4.8'si bağımsızlığı artırma şeklinde yarar gördüğünü belirtmiştir. COVID-19 ve tamamlayıcı tedavi yöntemlerinin değerlendirildiği bir sistematik derlemede farklı tamamlayıcı tedavi yöntemlerinin (akupunktur, geleneksel Çin tıbbı, gevşeme, Qigong) çeşitli psikolojik semptomları (depresyon, anksiyete, stres, uyku kalitesi, olumsuz duygular, yaşam kalitesi) ve fiziksel semptomları (fiziksel aktivite, göğüs ağrısı ve solunum fonksiyonu) iyileştirmede olumlu bir etkiye sahip olduğu belirtilmiştir (33).

Bu çalışmada hemşirelerin tamamlayıcı tedavi yöntemlerine ilişkin tutumunun olumlu olduğu saptanmıştır. Balouchi ve ark. (2018) çalışmasında benzer olarak hemşirelerin tamamlayıcı tedavi yöntemlerinin kullanımına ilişkin tutumunun olumlu olduğu bildirilmiştir (34). Trail-Mahan ve ark. (2013) çalışmasında da hemşirelerin tamamlayıcı tedavi yöntemlerinin kullanımına yönelik tutum ve inançlarının olumlu olmasına rağmen hastaların kullandıkları tamamlayıcı tedavi yöntemlerini bakım planlarına dahil etme konudaki rollerine ilişkin kararsızlık yaşadıkları saptanmıştır. Aynı çalışmada hemşirelerin büyük bir kısmının hastalarını tamamlayıcı tedavi yöntemleri hakkında eğitmekten sorumlu olduğunu düşünmediği, hastaları tamamlayıcı tedavi kullanımı açısından değerlendirmede ve hastalara tamamlayıcı tedavi yöntemleri ile ilgili açıklama yapmadığı belirlenmiştir (35). Bu çalışmada literatür ile benzer olarak hemşirelerin tamamlayıcı tedavi yöntemlerine ilişkin tutumunun olumlu olduğu saptanmıştır (12, 28, 30, 32, 34-36). Ülkemizde lisans ve lisansüstü düzeyde hemşire yetiştiren pek çok üniversitenin eğitim müfredatında tamamlayıcı tedavi yöntemlerine ilişkin seçmeli dersi yer almaktadır (36, 37). Çalışma kapsamındaki hemşirelerin hem lisans eğitiminde aldıkları ders içeriklerinde tamamlayıcı tedavi yöntemlerinin yararlarına ilişkin aldıkları bilgiler hem de günümüzde yapılan birçok çalışmada tamamlayıcı tedavi yöntemlerinin olumlu etkilerinin belirlendiği çalışma sonuçlarının da olması ile ilişkili olarak hemşirelerin tamamlayıcı tedavi yöntemlerine yönelik tutumunun olumlu olduğu düşünülmektedir.

Bu çalışmada kadın hemşirelerin tamamlayıcı tedavi yöntemlerini kullanmaya ilişkin tutumlarının daha olumlu olduğu saptanmıştır. Teke ve ark. (2021) çalışmasında erkeklerin tamamlayıcı tedavi yöntemlerine ilişkin tutumlarının daha olumlu olduğu saptanmışken (12), Buchan ve ark. (2012) çalışmasında ise kadınların erkeklerden daha fazla tamamlayıcı tedavi kullandıkları belirlenmiştir (31). Hemşirelik mesleğinde de bu çalışmada olduğu gibi kadınların daha fazla bulunması nedeniyle pandemiden daha fazla etkilenebilecekleri için bu süreçte tamamlayıcı tedaviye karşı daha fazla olumlu tutum sergiledikleri düşünülmektedir.

Bu çalışmada 31-41 yaş grubunda olan hemşirelerin 42-52 yaş grubundaki hemşirelere göre tamamlayıcı tedavi yöntemlerini kullanmaya ilişkin tutumunun daha olumlu olduğu saptanmıştır. Fakat literatürde bu bulgunun tam tersini bildiren çalışma sonucu da bulunmaktadır. Güven ve ark. (2013) yaptığı bir çalışmada artan yaşla beraber kronik hastalık sayısının artması ve hastalık semptomlarının artmasına bağlı olarak medikal tedavilere ek tamamlayıcı tedavi uygulamalarının arttığı belirtilmiştir (38). Bu çalışmada bireylerin yaşı arttıkça tamamlayıcı tedaviye yönelik olumlu tutumun azaldığı saptanmıştır. Bu durumun COVID-19 hastalığının tedavi ve seyrinin belirsiz olmasının yanı sıra artan yaşla beraber bireylerde kronik hastalık ve çoklu ilaç kullanımı sonucu gelişebilecek advers olaydan korunmak için geliştiği düşünülmektedir.

Kısıtlılıklar

Bu çalışmanın sonuçları büyük ve heterojen popülasyondan rastgele seçilmiş 385 bireyin verdiği yanıtlarla sınırlıdır. Anket sorularının kapalı uçlu olması çalışmada kısıtlılık yaratan başka bir durumdur. Bu sebeple araştırmadan elde edilen bulgular tüm hemşirelere genellenemez.

Sonuçların Uygulamada Kullanımı

COVID-19 salgınıyla mücadelede ön saflarda yer alan hemşirelerin COVID-19'a yönelik tamamlayıcı tedavi yöntemlerini kullanım durumu ve tutumunun belirlenmesi amacıyla yürüttüğümüz bu çalışmada hemşirelerin tamamlayıcı tedavi yöntemlerini kullanım oranının düşük olduğu fakat tamamlayıcı tedavi yöntemlerine ilişkin olumlu tutum gösterdikleri saptanmıştır. Günümüzde pek çok hastalığın semptom yönetiminde ya da hastalıktan korunmada insanların kolaylıkla temin edebileceği bitkisel yöntemlerin hemşireler tarafından en sık tercih edilen tamamlayıcı tedavi yöntemi olduğu belirlenmiştir. Literatürde tamamlayıcı tedavi yöntemlerinin COVID-19'dan korunma ve semptom yönetimi üzerine etkisini inceleyen yeterli araştırma olmaması nedeniyle tamamlayıcı tedavi yöntemlerinin kullanımı konusunda hemşirelerin bilgi ve tutumları netlik kazanmamış olabilir. Fakat yazılı ve görsel medyada COVID-19'dan korunmada birçok tamamlayıcı tedavi yönteminin yararları yer almaktadır. Bu nedenle birçok insan bilinçsizce bu yöntemleri kullanabilmekte ve birçok yan etki ile karşı karşıya kalabilmektedir. Hemşirelerin bu süreçte sağlık eğitimleri içerisine tamamlayıcı tedavi yöntemlerinin bilinen etki ve yan etkileri ve güncel olarak bu konu ile ilgili yapılan kanıta dayalı araştırma sonuçlarını da eğitimlerine eklemesi önem arz etmektedir. Spesifik olarak tamamlayıcı tedavi yöntemlerinin COVID-19'un semptom yönetimi etki ve yan etkilerinin araştırıldığı ileri çalışmalar yapılması önerilmektedir.

Bilgilendirme

Bu çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden hemşirelere teşekkür ederiz. Çalışma konsepti/Tasarımı: FG, GDA; Veri toplama/Veri işleme: FG; Veri analizi ve yorumlama: FG, GDA; Yazı taslağı: FG, GDA; İçeriğin eleştirel incelenmesi: FG, GDA; Son onay ve sorumluluk: FG, GDA; Teknik ve malzeme desteği: Yok; Süpervizyon: GDA. Yazarlar arasında herhangi bir çıkar çatışması yoktur. Araştırmanın bütçesi araştırmacılar tarafından karşılanmıştır. Araştırmanın yürütülmesi için bir üniversitesinin insan araştırmaları etik kurulundan 18/12/2020 tarihinde 2020/13-55 karar numarası ile etik kurul izni alınmıştır.



Kaynaklar

1. Saatçı E. COVID-19 Pandemisi ve sağlık çalışanları: yaşatmak mı yaşamak mı? Türkiye Aile Hekimliği Dergisi 2020;24(3):153-166.
2. International Council of Nurses (ICN). ICN demands G20 nations take action to stop nurses and other healthcare workers dying in the pandemic, after WHO confirms up to 180.000 have died already (2021) [online]. URL: <https://www.icn.ch/news/icn-demands-g20-nations-take-action-stop-nurses-and-other-healthcare-workers-dying-pandemic>. 4 Kasım 2021
3. Türk Tabipleri Birliği. Türkiye’de sağlık çalışanı ölümlerinin anlattığı (2021) [online]. URL: https://www.ttb.org.tr/userfiles/files/son_son_saglik_emekcileri_olumleri_rapor.pdf. 4 Kasım 2021
4. Shawahna R. Knowledge, attitude, and use of protective measures against COVID-19 among nurses: A questionnaire-based multicenter cross-sectional study. BMC Nursing 2021;20(1):163.
5. Al-Dossary R, Alamri M, Albaqawi H, Al Hosis K, Aljeldah M, Aljohan M et al. Awareness, attitudes, prevention, and perceptions of COVID-19 outbreak among nurses in Saudi Arabia. Int J Environ Res Public Health 2020;17(21):8269.
6. Adams JG, Walls RM. Supporting the health care workforce during the COVID-19 global epidemic. JAMA 2020;323(15):1439-1440.
7. Pappa S, Ntella V, Giannakas T, Giannakoulis VG, Papoutsis E, Katsaounou P. Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. Brain Behav Immun [online]. 2020;88:901-907. URL: <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.026>. 12 Nisan 2021
8. Zhuo K, Gao C, Wang X, Wang X, Zhang C, Wang Z. Stress and sleep: A survey based on wearable sleep trackers among medical and nursing staff in Wuhan during the COVID-19 pandemic. General Psychiatry 2020;33:e100260.
9. Wierenga KL, Moore SE. Adapting to uncertainty: nursing responsiveness to COVID-19. J Cardiovasc Nurs 2020;35(4):322-323.
10. Zhang X, Jiang Z, Yuan X, Wang Y, Huang D, Hu R et al. Nurses reports of actual work hours and preferred work hours per shift among frontline nurses during coronavirus disease 2019 (COVID-19) epidemic: A cross-sectional survey. Int J Nurs Stud Adv 2021;3:100026.
11. Sepkowitz KA, Eisenberg L. Occupational deaths among healthcare workers. Emerging Infectious Diseases 2005;11(7):1003-1008.
12. Teke N, Özer Z, Turan BG. Analysis of health care personnel's attitudes toward complementary and alternative medicine and life satisfaction due to COVID-19 pandemic. Holist Nurs Pract 2021;35(2):98-107.
13. Loibner M, Hagauer S, Schwantzer G, Berghold A, Zatloukal K. Limiting factors for wearing personal protective equipment (PPE) in a health care environment evaluated in a randomised study. PLoS One 2019;14:e0210775.
14. Sagherian K, Zhu S, Storr C, Hinds PS, Derickson D, Geiger-Brown J et al. Bio-mathematical fatigue models predict sickness absence in hospital nurses: An 18 months retrospective cohort study. Appl Ergon 2018;73:42-47.
15. Konakçı G, Uran BNÖ, Erkin Ö. In the Turkish news: coronavirus and "alternative & complementary" medicine methods. Complement Ther Med 2020;53:102545.
16. World Health Organization (WHO). WHO Global report on traditional and complementary medicine 2019 (2019) [online]. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/312342/9789241515436-eng.pdf?ua=1>. 6 Kasım 2021
17. Uçar D, Tayfun K, Müslümanoğlu YA, Kalaycı ZM. Koronavirüs ve fitoterapi. Bütünleyici ve Anadolu Tıbbı Dergisi 2020;1(2):49-57.
18. Liu L, Tang Y, Baxter GD, Yin H, Tumilty S. Complementary and alternative medicine - practice, attitudes, and knowledge among healthcare professionals in New Zealand: An integrative review. BMC Complement Med Ther 2021;21(1):63.
19. Kristoffersen AE, van der Werf ET, Stub T, Musial F, Wider B, Jong MC et al. Consultations with health care providers and use of self-management strategies for prevention and treatment of COVID-19 related symptoms. A population based cross-sectional study in Norway, Sweden and the Netherlands. Complement Ther Med 2022;64:102792.
20. Zeighami M, Soltani-Nejad S. Knowledge, attitude, and practice of complementary and alternative medicine: A survey of Iranian nurses. J Res Nurs 2020;25(4):380-388.
21. Işık MT, Can R. Bir grup hemşirelik öğrencisinin COVID-19 riskine yönelik koruyucu, geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi 2021;11(1):94-103.
22. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). Sağlık personeli sayılarının illere göre dağılımı (2021) [online]. URL: <https://data.tuik.gov.tr/Kategori/GetKategori?p=saglik-ve-sosyal-koruma-101&dil=1>. 6 Kasım 2021
23. Cochran WG. Sampling techniques. 3rd Edition. New York: John Wiley & Sons; 1977: 89-96.
24. Bilge A, Uğuryol M, Dülgerler Ş, Yıldız, M. Tamamlayıcı tedavileri kullanmaya yönelik tutum ölçeği'nin geliştirilmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2018;34(2):55-63.

25. Pala SÇ, Metintaş S. COVID-19 Pandemisinde sağlık çalışanları. Eskişehir Türk Dünyası Uygulama ve Araştırma Merkezi Halk Sağlığı Dergisi [online]. 2020;5(1):156-168. URL:<https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/1271620>. 10 Mayıs 2021
26. Demirağ H, Hindistan S. COVID-19'un klinik yönetimi ve hemşirelik. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2020;9(2):222-231.
27. Lafçı D, Kaşıkçı MK. Yataklı sağlık kuruluşunda görev yapan sağlık personelinin tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerini bilme ve kullanma durumları. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2014;3(4):1114-1131.
28. Jones J, Rayner S, Logue S, Imray E, Stewart DC, Leslie SJ. National health service healthcare staff experience and practices regarding complementary and alternative medicine: An online survey. Int J Complement Altern Med [online]. 2017;5(4):00159. URL: <https://medcraveonline.com/IJCAM/IJCAM-05-00159.pdf>. 11 Nisan 2021
29. Çiçek SC, Can S. Hemşirelerin tamamlayıcı ve bütünleştirici bakım uygulamalarını bilme ve kullanma durumları. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2020;23(4):478-485.
30. Görücü R, Sayılan AA. Turkish nurses' knowledge levels concerning complementary and alternative treatment methods. Adv Integr Med 2021;8(3):187-192.
31. Hayes KM, Alexander IM. Alternative therapies and nurse practitioners: knowledge, professional experience, and personal use. Holist Nurs Pract 2000;14(3):49-58.
32. Buchan S, Shakeel M, Trinidade A, Buchan D, Ah-See K. The use of complementary and alternative medicine by nurses. Br J Nurs 2012;21(11):672-676.
33. Badakhsh M, Dastras M, Sarchahi Z, Doostkani M, Mir A, Bouya S. Complementary and alternative medicine therapies and COVID-19: A systematic review. Rev Environ Health 2021;36(3):443-450.
34. Balouchi A, Mahmoudirad G, Hastings-Tolsma M, Shorofi SA, Shahdadi H, Abdollahimohammad A. Knowledge, attitude and use of complementary and alternative medicine among nurses: A systematic review. Complement Ther Clin Pract 2018;31:146-157.
35. Trail-Mahan T, Mao CL, Bawel-Brinkley K. Complementary and alternative medicine: nurses' attitudes and knowledge. Pain Manag Nurs 2013;14(4):277-286.
36. Yıldırım D, Akman Ö. Tamamlayıcı ve alternatif tedaviler dersinin hemşirelik öğrencilerinin tamamlayıcı ve alternatif tıbbı karşı tutumlarına ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisi. Kocaeli Tıp Dergisi 2019;8(3):55-61.
37. Kaya Ş, Karakuş Z, Boz İ, Özer Z. Dünyada ve Türkiye'de tamamlayıcı terapilere ilişkin yasal düzenlemelerde hemşirelerin yeri. Journal of Academic Research in Nursing 2020;6(3):584-591.
38. Güven ŞD, Muz G, Ertürk NE, Özcan A. Hipertansiyonlu bireylerde tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanma durumu. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi 2013;2(3):160-166.

ARAŞTIRMA MAKALESİ

Erişkin Bireylerde Ortostatik Hipotansiyon ile Beden Kütle İndeksi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

 Yakup KARAHAN¹,  Burcu CEYLAN²,

¹Uzman Hemşire, Ankara Şehir Hastanesi, Ankara, Türkiye.

²Dr. Öğr. Üyesi, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İzmir, Türkiye.

Öz

Giriş: Ortostatik hipotansiyon, klinik ortamda olası semptomlardan şikâyet edilmedikçe genel olarak kontrol edilmeyen ve hayatı tehdit eden ciddi bir sorundur. **Amaç:** Erişkin bireylerde Ortostatik Hipotansiyonun Beden Kütle İndeksi (BKİ) ile ilişkisini incelemek ve Ortostatik Hipotansiyonun nabız, solunum ve oksijen satürasyonu ile ilişkisini değerlendirmektir. **Yöntem:** Tanımlayıcı ve analitik tipte olan bu araştırma, Şubat-Nisan 2019 tarihleri arasında bir hastanenin karma cerrahi kliniğine estetik ve obezite cerrahisi nedeniyle yatışı yapılan 170 erişkin birey ile yürütülmüştür. Bireyler 10 dakika supine pozisyonda yatırılmış, yataktan kalkmadan ve kalktıktan bir dakika sonra kan basıncı, nabız, solunum ve oksijen satürasyonu değerleri ölçülerek kayıt edilmiştir. Sistolik Kan Basıncı (SKB)'nda 20 mmHg ve/veya daha fazla düşüş Ortostatik Sistolik Hipotansiyon (OSH); Diyastolik Kan Basıncı (DKB)'nda 10 mmHg ve/veya daha fazla düşüş Ortostatik Diyastolik Hipotansiyon (ODH); hem SKB'de 20 mmHg ve/veya üzeri hem de DKB'de 10 mmHg ve üzeri düşüş Ortostatik Hipotansiyon (OH) olarak değerlendirilmiştir. Birey ayağa kaldırıldıktan sonra ortostatik hipotansiyon belirtileri açısından da sorgulanmıştır. **Bulgular:** Araştırmaya katılan bireylerin yaş ortalaması 34.41 ± 10.50 , %87.6'sı kadındır. Bireylerin %12.9'unda OSH, %25.9'unda ODH ve %4.1'inde OH saptanmıştır. Ortostatik Hipotansiyon saptanan bireylerin BKİ ortalaması saptanmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Nabız, solunum ve oksijen satürasyonu değerlerinde postural değişiklikle birlikte istatistiksel olarak anlamlı bir değişim görülmemiştir. OSH saptanan bireylerde en sık ifade edilen belirtiler göz karaması, baş dönmesi, çarpıntı ve bulanık görme iken ODH ve OH saptanan bireylerde yorgunluk, çarpıntı, bulanık görme ve göz karamasıdır. **Sonuç:** Beden Kütle İndeksi ortalamasının yüksek olması OSH, ODH ve OH riskini artırdığı, bu riskin OH saptanan bireylerde anlamlı olduğu görülmüştür.

Anahtar Sözcükler: Hipotansiyon, Ortostatik Hipotansiyon, Beden Kütle İndeksi/BKİ.

Abstract

Investigation of the Relationship Between Orthostatic Hypotension and Body Mass Index in Adult Individuals

Background: Orthostatic hypotension is a serious, life-threatening problem in the clinical environment that is generally not controlled unless possible symptoms are complained. **Objectives:** The aim of this study is to examine the relationship between Orthostatic Hypotension and Body Mass Index (BMI) in adult individuals and to evaluate the relationship of Orthostatic Hypotension with pulse, respiration and oxygen saturation. **Methods:** This descriptive and analytical research was conducted with 170 adult individuals who were admitted to the mixed surgery clinic of a hospital for aesthetic and bariatric surgery between February and April 2019. Individuals were placed in a supine position for 10 minutes, and their blood pressure, heart rate, respiration and oxygen saturation were measured and recorded before getting out of bed and one minute after getting out. The individuals were also questioned in terms of orthostatic hypotension symptoms after standing up. **Results:** The mean age of the individuals participating in the study is 34.41 ± 10.50 , 87.6% of them are women. Orthostatic Systolic Hypotension (OSH) was detected in 12.9% of the individuals, Orthostatic Diastolic Hypotension (ODH) in 25.9% and Orthostatic Hypotension (OH) in 4.1%. The average BMI of individuals with orthostatic hypotension was found to be significantly higher than those without. There was no statistically significant change in pulse, respiration and oxygen saturation values with postural change. The most common symptoms in individuals with OSH are blackout, dizziness, whereas those in individuals with ODH and OH are fatigue, palpitations. **Conclusion:** It was observed that a high mean Body Mass Index increased the risk of OSH, ODH and OH, and this risk was significant in individuals with OH.

Key Words: Hypotension, Orthostatic Hypotension, Body Mass Index / BMI.

Geliş Tarihi / Received: 02.03.2021 Kabul Tarihi / Accepted: 14.02.2022

Correspondence Author: Dr. Öğr. Üyesi, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Hemşirelik Esasları A.D., İzmir, Türkiye. E-posta: ceylan4426@gmail.com

Cite This Article: Karahan Y, Ceylan B. Erişkin Bireylerde Ortostatik Hipotansiyon ile Beden Kütle İndeksi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 2022; 15(2): 128-136.



Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi 2022 Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License

Ortostatik Hipotansiyon (OH), supine pozisyondan ayakta dik pozisyona geçişte ilk üç dakika içerisinde semptom olsun ya da olmasın Sistolik Kan Basıncı (SKB)'nda 20 mmHg veya daha fazla ve/veya Diyastolik Kan Basıncı (DKB)'nda 10 mmHg veya üzeri düşüş olarak tanımlanmaktadır (1-5). İnsanın yatar pozisyondan dik pozisyona geçmesiyle oluşan arteriyal kan basıncı değişikliklerinin kontrolü, fonksiyonel yaşam dengesinin sürdürülmesinde önemli rol oynamaktadır. Ayağa kalkıldığında dolaşımdaki yaklaşık 500-1000 ml kan başta alt ekstremiteler olmak üzere üst vücut yarısından alt vücut yarısına geçiş yaparak göllenir. Kalbe venöz dönüşün azalması, sırasıyla ventrikül dolum basıncında, kalp debisinde ve kan basıncında azalma ile sonuçlanır. Bu duruma cevaben kompensatuvar etki olarak sempatik sinir sistemi ve renin-anjiyotensin-aldosteron sistemi (RAAS) aktive olur. Böylece periferik vasküler direnç, venöz dönüş, kardiyak debi artar ve kan basıncındaki düşüş önlenir (6). Literatürde postural değişiklik ile birlikte sağlıklı bireylerde ortostatik sistolik basınçta 10 mmHg'dan az, diyastolik basınçta yaklaşık 2.5 mmHg düşüş normal bir yanıt olarak ifade edilmiştir (6). Bununla birlikte ortostatik nabız hızındaki değişimlerin dakikada 10-15 atım/dk hatta 20atım/dk'ya kadar normal olduğu belirtilmektedir (6-8). Ancak yetersiz intravasküler hacim, otonom sinir sistemi disfonksiyonu, azalmış venöz dönüş veya kardiyak debiyi arttırmada yetersizlik olması hâlinde OH gelişir ve bu duruma ikincil gelişen doku perfüzyon bozukluklarına bağlı semptomlar ortaya çıkar (6-8).

Ortostatik hipotansiyonun klinik önemini vurgulayan birçok çalışma olmasına rağmen, hasta olası semptomlardan şikayet etmedikçe durum genel olarak klinik ortamda kontrol edilmemektedir (9,10). Birçok çalışma OH ile hipertansiyon ve kalp hastalıkları gibi yaygın kronik hastalıklar arasında bir bağlantı olduğunu göstermiştir (3,10-13). Ayrıca, OH' nin morbidite ve mortalite oranlarını artırdığı ve miyokardiyal iskemi, kalp yetmezliği ve inme gibi kardiyovasküler problemler ve böbrek hastalığı için bir risk faktörü olduğu kanıtlanmıştır (3,9,12-15).

Kardiyovasküler hastalıklar, ileri yaş (özellikle 65 yaş üstü), düşük BKİ, dehidratasyon (yanıklar, diyare, ateş, kanama, kusma, sıcağa maruziyet), anemi, nörolojik hastalıklar, Diabetes Mellitus, venöz yetersizlik ve gebelik gibi faktörlerin OH ile ilişkisi kanıtlanmıştır (1,3,5,8,9). Ayrıca sıcak ortam, uzamış yatak istirahati, fazla öğünler ve alkol kullanımı gibi faktörlerin de OH' a neden olabileceği belirtilmiştir (9). Bununla birlikte obez hastalarda ve yaşlılarda hem hipertansiyon hem de OH yaygındır (16). Yapılan çalışmalarda BKİ'nin OH üzerinde etkili olabileceği belirtilmiştir (3,17). Ancak bununla ilgili yeterli kanıtlar bulunmamakta ve sınırlı sayıda araştırma bulunmaktadır. Bu nedenle BKİ'nin OH üzerine etkisini değerlendirmek ve literatüre kanıt temelli veri sunmak için bu çalışmanın yapılmasına gerek duyulmuştur.

Amaç

Bu araştırmanın amacı, erişkin bireylerde Ortostatik Hipotansiyonun Beden Kütle İndeksi ile ilişkisini incelemek ve aşağıda belirtilen araştırma sorularını irdelemektir.

- Ortostatik Sistolik Hipotansiyon, Ortostatik Diyastolik Hipotansiyon ve Ortostatik Hipotansiyon görülme sıklığı nedir?
- Ortostatik Hipotansiyonun nabız, solunum ve oksijen satürasyonu ile ilişkisi var mıdır?
- Yaş, cinsiyet, sigara/alkol kullanma durumu ve daha önceden OH belirtileri deneyimlemenin Ortostatik Hipotansiyon üzerinde etkisi var mıdır?
- Ortostatik Hipotansiyon belirtilerinin ODH, OSH ve OH varlığına göre görülme sıklığı nedir?

Yöntem

Araştırmanın Tipi

Bu araştırma tanımlayıcı ve analitik tipte bir araştırmadır.

Araştırmanın Yapıldığı Yer

Bu araştırma Şubat – Nisan 2019 tarihleri arasında özel bir hastanenin Karma Cerrahi Kliniği'nde yürütülmüştür. Karma Cerrahi Kliniği'ne estetik, plastik ve rekonstrüktif cerrahi, genel cerrahi, Kulak Burun Boğaz ve üroloji hastaları yatırılmaktadır.

Araştırmanın Evreni/Örnekleme

Araştırmanın evrenini Şubat - Nisan 2019 tarihleri arasında Karma Cerrahi Kliniği'ne yatışı yapılan hastalar oluşturmuştur. Literatürde benzer çalışmalara erişilemediğinden, en az örnek büyüklüğü Cohen' in önerdiği orta düzeyde etki büyüklüğü tahmini (d=.50) ve %95 güven aralığı, % 90 güç ile toplamda 170 kişi olarak hesaplanmıştır (18). Şubat - Nisan 2019 tarihleri arasında araştırmaya katılmayı kabul eden, araştırmaya dahil edilme kriterlerini sağlayan 170 kişi araştırmanın örneklemini oluşturmuştur.

Özel hastanenin karma cerrahi kliniğine estetik ve obezite cerrahisi nedeniyle yatışı yapılan, ameliyat olmamış, 18 - 65 yaş aralığında olan, herhangi bir kronik hastalığı olmayan, herhangi bir ilaç tedavisi almayan, herhangi bir fiziksel, işitme ve/veya görme engeli olmayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden bireyler araştırma kapsamına alınmıştır. Araştırma kriterlerine uygun olup ölçüme başlanan bireyde ayağa kaldırıldıktan sonra senkop düzeyinde semptom gerçekleşirse ölçüme devam edilmeyip birey derhal supine pozisyona getirilmesi ve araştırma dışında tutulması planlanmış ancak böyle bir durumla karşı karşıya kalınmamıştır.

Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri hemşirelik lisans mezuniyet derecesi ve iki yıl klinik deneyimi olan araştırmacı tarafından toplanmıştır. Bireyin kendisinden onam alındıktan sonra bireylere Veri Toplama Formu'nda yer alan sorular; yaş, cinsiyet, sigara ve alkol kullanma durumu ile yaşamlarında OH belirtilerini deneyimleme durumları sorularak; kilo ve boy ölçümleri yapılmıştır. Kilo, boy ölçümleri kimeks Seca marka 799 model dijital terazisi ile ölçülerek kayıt edilmiş, sonrasında monitörize edilmiştir. Monitör karma cerrahi kliniğinde bulunan MİNDRAY marka 10.4 inç (iMEC10) ayaklı mobil bir monitördür. Hem monitörün hem de dijital terazinin yıllık kalibrasyonları yapılmaktadır. Monitör her hasta başına çekilerek hastaya bağlanıp kan basıncı, nabız, solunum ve oksijen satürasyonu ölçümleri yapılmıştır. Oksijen satürasyonları parmak probu kullanılarak ölçülmüş; doğru ölçüm için bireylerin tırnaklarında oje, tırnak cilası vb. varsa silinmiştir.

Yapılan İşlem/Müdahale

Bireylerden ölçümler öncesinde mesanesini boşaltmış olması ve en az iki saattir su hariç hiçbir şey yememiş/içmemiş olması istenmiştir. Ölçümler sabah saatlerinde (09.00 - 11.00 arasında) ve sessiz bir odada, oda ısısı 20 - 24 santigrat derece olacak şekilde yapılmıştır. Kan basıncı ilk ölçüm ve son ölçüm bireyin aynı kolundan alınmıştır. Tüm ölçümler (kan basıncı, nabız, solunum, oksijen satürasyonu, boy, kilo) bireyin hastaneye yatışının ilk günü ameliyat olmadan önce yapılmıştır.

Birey en az 10 dakika sırt üstü pozisyonda yatırılarak, yataktan kalkmadan kan basıncı, nabız, solunum ve oksijen satürasyonu ölçülerek kayıt edilmiştir. Birey sonrasında yatak kenarına kaldırılarak bir dakika bekletildikten sonra aynı ölçümler tekrarlanarak ölçüm değerleri kayıt edilmiştir. Ölçüm değerleri sonucunda:

- Sistolik Kan Basıncı (SKB)'nda 20 mmHg ve/veya daha fazla düşüş Ortostatik Sistolik Hipotansiyon,
- Diyastolik Kan Basıncı (DKB)'nda 10 mmHg ve/veya daha fazla düşüş Ortostatik Diyastolik Hipotansiyon,
- Hem SKB'de 20 mmHg ve/veya üzeri hem de DKB'de 10 mmHg ve üzeri düşüş Ortostatik Hipotansiyon olarak değerlendirilmiştir (2-4,19-21).

Bu ölçümler ile birlikte birey ayağa kalktıktan sonra baş dönmesi, göz kararması, bulanık görme, halsizlik, yorgunluk, mide bulantısı ve çarpıntı belirtilerini yaşayıp yaşamadığı sorgulanmıştır (2,21-23).

Verilerin Değerlendirilmesi

Veri analizinde, SPSS 24 istatistik paket programı (Chicago, IL, USA) kullanılmıştır. Tanımlayıcı bulgularda ölçüm değerleri ortalama ve standart sapmaları ile sayım değerleri ise sayı ve yüzde olarak sunulmuştur. Beden Kütle İndeksine göre oluşturulan gruplar Dünya Sağlık Örgütü'nün sınıflandırılmasına göre yapılmıştır. Buna göre BKİ değeri 18.5-24.99 arası normal kilolu, 25.0-29.9 fazla kilolu, 30 ve üzeri obez olarak sınıflandırılmıştır (24).

Ölçüm ortalamalarının karşılaştırılmasında parametrik koşulların sağlanıp sağlanmadığı kontrol edilerek, parametrik koşulların sağlandığı durumda bağımsız gruplarda t testi, sağlanmadığı durumda ise Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Ki-Kare testi, Fisher's Exact test kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ kabul edilmiştir.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın uygulanabilmesi için ilgili Üniversitenin Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (06.02.2019 tarih ve 40 karar numaralı yazı) ve araştırmanın yapılacağı hastanenin ilgili yönetim biriminden yazılı onam (03.01.2019 tarih) alınmıştır. Bununla birlikte araştırmaya katılmayı kabul eden bireylerden de yazılı onam alınmıştır. Araştırmada Helsinki Bildirgesi ilkelerine uyulmuştur.

Bulgular

Araştırmaya katılan 170 birey 18 ile 62 yaş aralığında olup yaş ortalaması 34.41 ± 10.50 (medyan = 33)' dir. Araştırmaya katılan bireylerin %87.6'sı kadın (n = 149), %36.5'inin sigara içme, %18.2'sinin alkol kullanma öyküsü vardır. Bireylerin BKİ ortalaması 36.35 ± 8.74 ; %14.7'si normal kilolu, %7.1'i fazla kilolu ve %78.2'si obezdir. Daha önce OH belirtilerini deneyimleme açısından bakıldığında; %54.7'si bu belirtileri daha önce yaşadığını, %45.3'ü ise yaşamadıklarını ifade etmiştir (tanımlayıcı veriler tabloda gösterilmemiştir).

Tablo 1. OSH, ODH ve OH Görülme Durumu

Değişkenler	Var Sayı (%)	Yok Sayı (%)	Toplam
OSH	22 (12.9)	148 (87.1)	170 (100)
ODH	44 (25.9)	126 (74.1)	170 (100)
OH	7 (4.1)	163 (95.9)	170 (100)

Bireylerin %12.9'unda OSH, %25.9'unda ODH ve %4.1'inde OH saptanmıştır (Tablo 1). Bireylerde saptanan OSH, ODH ve OH varlığına göre BKİ ortalamaları Tablo 2'de görülmektedir. Beden Kütle İndeksi ortalaması OSH ve ODH'ı olanlarda olmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur, ancak saptanan bu fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir. Öte yandan OH olanlarda olmayanlara göre BKİ ortalaması anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (Tablo 2).

Tablo 2. OSH, ODH ve OH Bağımlı Değişkenlerinin BKİ Değerleri

Değişkenler		BKİ (Ort ± SS)	p*
OSH	Var	36.71 ± 9.18	.952
	Yok	36.30 ± 8.70	
ODH	Var	37.30 ± 8.66	.248
	Yok	36.02 ± 8.77	
OH	Var	41.99 ± 4.58	.034
	Yok	36.11 ± 8.80	

SS: Standart Sapma *Mann Whitney U Testi

Bireylerin BKİ gruplarına göre OSH, ODH ve OH görülme oranları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 3).

Tablo 3. BKİ'ye göre OSH, ODH ve OH Görülme Sıklığı

BKİ Grup	OSH		ODH		OH	
	Var Sayı (%)	Yok Sayı (%)	Var Sayı (%)	Yok Sayı (%)	Var Sayı (%)	Yok Sayı (%)
Normal Kilolu	4 (16.0)	21 (84.0)	6 (24.0)	19 (76.0)	0 (0.0)	25 (100.0)
Fazla Kilolu	0 (0.0)	12 (100.0)	3 (25.0)	9 (75.0)	0 (0.0)	12 (100.0)
Obez	18 (13.5)	115 (86.5)	35 (26.3)	98 (73.7)	7 (5.3)	126 (94.7)
p*		.362		.968		.362

* χ^2 Ki -kare testi

Bu araştırmada OH saptanan bireyler ile saptanmayan bireylerin postural değişikliklerle birlikte nabız solunum ve oksijen saturasyonu değerlerinde istatistiksel olarak anlamlı bir değişim görülmemiştir (Tablo 4).

Tablo 4. OH Varlığının Pozisyon Değişimi İle Birlikte Nabız, Solunum ve Oksijen Saturasyon Farklarına Etkisi

Pozisyon	Nabız (atım/dk)		Solunum (Solunum Sayısı/dk)		Oksijen Saturasyonu (%)	
	Ort. ± SS	Fark Ort. ± SS	Ort. ± SS	Fark Ort. ± SS	Ort. ± SS	Fark Ort. ± SS
OH Var	Supine	71.42 ± 8.94	19.71 ± 3.14		97.57 ± 0.78	
	Ayağa kalktıktan 1 dk.sonra	87.0 ± 13.62	+15.57 ± 6.02	21.42 ± 3.95	+1.71 ± 2.69	97.0 ± 2.88
OH Yok	Supine	74.19 ± 10.18	18.71 ± 2.89		97.97 ± 1.47	
	Ayağa kalktıktan 1 dk.sonra	88.09 ± 10.79	+13.90 ± 7.79	19.80 ± 2.93	+1.09 ± 2.64	98.18 ± 2.56
p		.578*		.419**		.729**

* Bağımsız gruplarda t-testi, ** Mann-Whitney U testi

Yaş ile OH arasında sadece OSH'da anlamlı ilişki bulunmuştur. Buna göre yaş arttıkça OSH görülme oranı da anlamlı olarak artmaktadır. Cinsiyet ile OH görülme durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Bireylerin sigara ve alkol kullanma durumlarına göre OH görülmesi açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır. Bireylerin yaşamlarında daha önce OH belirtileri yaşama durumu ile OH varlığı açısından da anlamlı fark yoktur (Tablo 5).

Tablo 5. Bağımsız Değişkenlerin OSH, ODH ve OH ile Karşılaştırılması

Değişkenler		OSH		p*	ODH		p*	OH		p*
		Var Sayı (%)	Yok Sayı (%)		Var Sayı (%)	Yok Sayı (%)		Var Sayı (%)	Yok Sayı (%)	
Yaş	18 - 34 yaş	8 (8.5)	86 (91.5)	.042	22 (23.4)	72 (76.6)	.698	3 (3.2)	91 (96.8)	.780
	35 - 49 yaş	9 (16.7)	45 (83.3)		16 (29.6)	38 (70.4)		3 (5.6)	51 (94.4)	
	50 - 65 yaş	5 (22.7)	17 (77.3)		6 (27.3)	16 (72.7)		1 (4.5)	21 (95.5)	
Cinsiyet	Kadın	19 (12.8)	130 (87.2)	.845	40 (26.8)	109 (73.2)	.445	6 (4.0)	143 (96.0)	1.0**
	Erkek	3 (14.3)	18 (85.7)		4 (19.0)	17 (81.0)		1 (4.8)	20 (95.2)	
Sigara	Kullanıyor	6 (9.7)	56 (90.3)	.337	14 (22.6)	48 (77.4)	.456	1 (1.6)	61 (98.4)	.213
	Kullanmıyor	16 (14.8)	92 (85.2)		30 (27.8)	78 (72.2)		6 (5.6)	102 (94.4)	
Alkol	Kullanıyor	6 (19.4)	25 (80.6)	.239	7 (22.6)	24 (77.4)	.643	1 (3.2)	30 (96.8)	1.0**
	Kullanmıyor	16 (11.5)	123 (88.5)		37 (26.6)	102 (73.4)		6 (4.3)	133 (95.7)	
OH Belirtileri Deneyimleme	Evet	13 (14)	80 (86.0)	.819	24 (25.8)	69 (74.2)	1.0*	5 (5.4)	88 (94.6)	.458
	Hayır	9 (11.7)	68 (88.3)		20 (26.0)	57 (74.0)		2 (2.6)	75 (97.4)	

* χ^2 Ki-kare testi, ** Fisher's Exact test

Araştırmaya katılan bireylerde Ortostatik Hipotansiyon belirtilerinin tüm bireylerde görülme sıklığı incelendiğinde, en sık saptanan belirti %55.3 oranında baş dönmesidir. Bu belirtiyi %44.1 oranında göz kararması takip etmiştir. Saptanan diğer belirtiler sırasıyla bulanık görme (%27.1), çarpıntı (%24.7), yorgunluk (%14.1), mide bulantısı (%12.9), halsizlik (%11.8) olarak bulunmuştur (veri tabloda gösterilmemiştir). Ortostatik Sistolik Hipotansiyon saptanan bireylerde en sık ifade edilen belirtiler göz kararması, baş dönmesi, çarpıntı ve bulanık görme iken ODH ve OH saptanan bireylerde yorgunluk, çarpıntı, bulanık görme ve göz kararması şeklindedir. Bununla birlikte OH belirtilerinin en yoğun ODH saptanan bireylerde yaşandığı görülmüştür (Tablo 6).

Tablo 6. Ortostatik Hipotansiyon Belirtilerinin ODH, OSH ve OH Varlığına Göre Görülme Sıklığı

Belirtiler	OSH		ODH		OH	
	Var Sayı (%)	Yok Sayı (%)	Var Sayı (%)	Yok Sayı (%)	Var Sayı (%)	Yok Sayı (%)
Baş Dönmesi	15 (16.0)	79 (84.0)	31 (33.0)	63 (67.0)	4 (4.3)	90 (95.7)
Göz Kararması	14 (18.7)	61 (81.3)	27 (36.0)	48 (64.0)	4 (5.3)	71 (94.7)
Bulanık Görme	6 (13.0)	40 (87.0)	17 (37.0)	29 (63.0)	3 (6.5)	43 (93.5)
Halsizlik	2 (10.0)	18 (90.0)	7 (35.0)	13 (65.0)	1 (5.0)	19 (95.0)
Yorgunluk	3 (12.5)	21 (87.5)	10 (41.7)	14 (58.3)	3 (12.5)	21 (87.5)
Mide Bulantısı	2 (9.1)	20 (90.9)	7 (31.8)	15 (68.2)	0 (0.0)	22 (100.0)
Çarpıntı	6 (14.3)	36 (85.7)	16 (38.1)	26 (61.9)	3 (7.1)	39 (92.9)

Tartışma

Ortostatik hipotansiyon genellikle nörodejeneratif hastalıklar (ör. Parkinson hastalığı, çoklu sistem atrofisi veya otonom nöropatiler) (25), yaşlı hastalar/bireyler (1,20,21,26-28) ve kronik kalp yetmezliği ile (23) ilişkilendirilmiştir. Bunlara ek olarak hipertansiyon hem de diyabet henüz tam olarak anlaşılabilen mekanizmalar yoluyla bozulmuş ortostatik homeostaz ile ilişkili bulunmuştur (3). Bununla birlikte düşük BKİ, metabolik bozukluk olarak ele alınmış ve bu durum OH'a yakınlıkla ilişkilendirilmiştir. Bu tür yüksek riskli bireylerde OH, genel popülasyona göre daha yüksek prevalans göstermektedir (3). Bu veriler; yaşlı olmayan, herhangi bir kronik hastalığa sahip olmayan ve düşük BKİ aralığında olmayan bireylerde OH açısından

durum nedir sorusunu doğurmuştur.

Yaş ortalaması 34, BKİ ortalaması 36.69 olan bu çalışmada bireylerin %12.9'unda OSH, %25.9'unda ODH ve %4.1'inde OH saptanmıştır. Yapılan bir derleme makalede OH'nin, genel popülasyonda prevalansının %6 olduğu, ilerleyen yaş ve komorbiditeler ile görülme sıklığının arttığı sonucuna ulaşılmıştır. Buna ek olarak yaygınlığının 50 yaş altında %5, 70 yaş üzerinde %30 olduğu vurgulanmıştır (5). Ortostatik Hipotansiyonda bilişsel fonksiyonun incelendiği bir çalışmada ise OH prevalansının %6.1 olduğu ve OH saptanan 65 yaş üzeri kadınlarda bilişsel fonksiyon ve hafızanın anlamlı olarak azaldığı saptanmıştır (29). Orta yaş grubunda yapılan bir çalışmada (yaş ortalaması 45) OH'nin %6.2 oranında; bunun da sıklıkla hipertansiyon ve diyabet ile birlikte olduğu tespit edilmiştir. Bununla birlikte OH'nin mortalite ve koroner olay riskini artırdığı; SKB'de ≥ 30 mmHg ve DKB'de ≥ 15 mmHg düşüş olan bireylerin mortalite ve koroner olay açısından yaklaşık 1.5 kat daha fazla risk taşıdığı saptanmıştır. Ayrıca DKB'deki bozukluğun koroner hastalıkla daha güçlü bir ilişkisi olduğu görülmüştür. Buna ek olarak 42 yaşından daha genç ve OH saptanan bireylerin 42 yaş üzeri bireylere göre mortalite riski iki kat daha yüksek bulunmuştur (3). Yapılan bu çalışmada OH görülme oranının diğer araştırma bulgularına göre daha düşük olması yaş ortalamasının düşük olması ve kronik hastalıklarının olmaması ile açıklanabilir. Bununla birlikte bu çalışmada ODH daha yüksek oranda saptanmıştır ve hem ODH hem de OH saptanan bireylerin DKB düşüşleri ortalama 22 mmHg'dır. Buna ek olarak çalışmanın örnekleminin %85'ini fazla kilolu ve obez bireyler oluşturmaktadır. Bu doğrultuda normal BKİ üzerinde olan ve OH saptanan bireylerin koroner hastalık yönünden ve ortalama yaşın 34 olması sebebiyle mortalite yönünden de yüksek risk taşıdığı söylenebilir.

Bu araştırma bulgusuna göre yaş arttıkça OSH görülme oranı da anlamlı olarak artmaktadır. Cinsiyet ile OH görülme durumu açısından ise istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Çalışmada kadın ve erkek sayılarının homojen dağılmaması sonucu etkilemiş olabilir. İstatistiksel olarak anlamlı fark olmasa da her iki cinsiyette OSH ve OH benzer oranda görülürken ODH kadınlarda (%26.8) erkeklere (%19) göre daha yüksek oranda görülmüştür. Yapılan bir çalışmada OH görülme oranı artan her bir yaşla birlikte bir kat, kadın cinsiyet olmakla 1.2 kat arttığı saptanmıştır (3). Yaşlı bireylerde yapılan bir çalışmada OH kadın ve erkeklerde benzer oranlarda (sırasıyla %18.5; %20.9) iken 75 yaş üzerinde, kadınlarda erkeklerden anlamlı olarak daha düşük (sırasıyla %11, %30) oranda saptanmıştır (20). Yaş ortalaması 45 olan başka bir çalışmada OH prevalansının erkeklerde %5.3, kadınlarda %8.1 olarak saptanmıştır (3). Ortostatik hipotansiyon görülme oranlarındaki farklılıklar örneklem gruplarının farklılığından kaynaklanmış olabilir. Bu çalışmada kadın ve erkeklerin yaş ortalaması 34; BKİ ortalaması ise kadınlarda 35.98 ± 8.76 iken erkeklerde 39.00 ± 8.29 'dur. Obez ve kadın bireyler ODH açısından erkeklere göre daha riskli olduğu söylenebilir. Bir araştırma bulgusuna göre erkeklerde kadınlara göre BKİ ve OH arasında daha güçlü bir ilişki olduğu görülmüştür. Erkeklerde BKİ, kan basıncı seviyesi ve yaştan bağımsız olarak sempatik sinir sistemi aktivitesinin önemli bir belirleyicisi; kadınlarda ise sempatik sinir sistemi aktivitesi doğrudan kan basıncı ile bağlantılı olduğu görülmüştür. Sistolik Kan Basıncı değeri 140 mmHg ve üzeri olması OH riskini yalnızca kadınlarda artırmıştır (20). Yapılan bir çalışmada hem erkek hem de kadınlarda BKİ ile OH arasında ters bir ilişki saptanmıştır. Başka bir deyişle BKİ arttıkça OH oranı düşmüştür. Bu sonuç üzerine iki olası mekanizmadan bahsedilmektedir. İlki, daha düşük BKİ'ye sahip olanlar, sempatik sinir sistemindeki değişiklikler nedeniyle azalmış otonomik fonksiyona sahip olabilir. İkincisi ise yağ hücreleri tarafından üretilen bir hormon olan leptin seviyeleri, daha düşük BKİ'ye sahip olanlarda daha düşüktür ve muhtemelen sempatik uyarılmanın inhibisyonuna neden olmaktadır (20). Bu çalışmada OH saptanan bireylerin BKİ ortalaması saptanmayan bireylere göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Yapılan bir çalışmada BKİ'de her bir kg/m² artış OH riskini 0.96 kat artırdığı saptanmıştır (3). Bu veri araştırma bulgumuzu desteklemektedir. Bu saptamadan yola çıkarak, obez bireyler de OH açısından düşük BKİ'ye sahip bireyler kadar risk taşıyor olarak yorumlanabilir.

Bir çalışmada OH'nin belirleyici faktörleri araştırılmış ve bu sonuca göre hipertansiyon varlığında 2.3 kat, antihipertansif tedavi ile 1.3 kat, diyabet varlığı ile 1.3 kat, sigara kullanımı ile 1.3 kat, dakikadaki nabızda her bir artışın 1 kat OH riskini artırdığı saptanmıştır (3). Bununla birlikte literatürde OH'nin yaygın nedenlerinden biri olarak alkol tüketimine vurgu yapılmakta ve OH'ı önlemek için önerilen girişimlerden biri olarak alkol tüketiminin sınırlandırılması yer almaktadır (8,22,30,31). Bu veriler doğrultusunda sigara ve alkol kullanımının OH'ı artırdığı görülmektedir. Ancak bu çalışmada bireylerin sigara ve alkol kullanma durumlarına göre OH görülmesi açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır. Araştırmaya dahil edilen bireylerin büyük çoğunluğu sigara ve alkol kullanmamaktadır, bu durum sonuçları etkilemiş olabilir.

Bu çalışmada bireylerin supine pozisyon ile ayağa kalktıktan sonra ölçülen nabız değerleri arasında dakikada en fazla 15.40 ± 5.76 atım artış olmuştur. Bir klinik kılavuzda ortostatik yaşamsal bulgu değerlendirmesinde dakikadaki nabız hızının ikinci en sık kullanılan parametre olduğu vurgulanmıştır. Bununla birlikte kalp atım hızında dakikada 20 atımdan fazla artışın DKB'de 10 mmHg'den fazla düşüşe neden olduğu belirtilmiştir (2). Literatürde pozisyon değişikliği ile birlikte nabız hızı en az 30 atım/dk artış gösterirse ya da sürekli bir taşikardi olursa (nabız hızı 120 atım/dk) postural ortostatik taşikardi olarak tanımlanmaktadır (8). Buna ek olarak yatar pozisyondan ayağa kalkma pozisyonuna geçildiğinde ortostatik nabız hızındaki değişimlerin dakikada 10-15 atım/dk hatta 20 atım/dk'ya kadar normal olduğu belirtilmektedir (6-8). Bu bilgilere dayanarak bu çalışmada bireylerin pozisyon değişimi ile birlikte nabız artışları normal olup postural ortostatik taşikardi görülmemiştir.

Ortostatik Hipotansiyon semptomatik veya asemptomatik, hafif veya şiddetli, akut veya kronik olabilir (30). Bu çalışmada en sık karşılaşılan OH belirtileri baş dönmesi ve göz kararması olarak saptanmıştır. Ortostatik Sistolik Hipotansiyon saptanan bireylerde en sık ifade edilen belirtiler genel ile uyumlu olarak göz kararması ve baş dönmesi iken ODH ve OH saptanan bireylerde yorgunluk ve çarpıntıdır. Literatürde de Ortostatik Hipotansiyonda yorgunluk, baş dönmesi ve bayılma sıklıkla yaşanan semptomlar olarak belirtilmektedir (3). Bununla birlikte belirtiler, algıda azalma ve dengesiz emosyonel durumdan, denge kaybı, baş dönmesi ve görmedeki değişikliklere, senkop/bayılmaya ve ölüme kadar büyük ölçüde değişebilmektedir (30). Diğer yaygın semptomları arasında halsizlik, yorgunluk, mide bulantısı, çarpıntı ve baş ağrısı bulunmaktadır. Senkop, nefes darlığı, göğüs ağrısı ile boyun ve omuz ağrısı da mümkündür ancak daha az sıklıkta ortaya çıkmaktadır (8). OH'li hastaların

çoğunluğu asemptomatiktir veya spesifik olmayan semptomları çok azdır, bu nedenle çoğunlukla tanılanamaz. Bu durum da artmış kardiyovasküler morbidite ve tüm nedenlere bağlı mortalite ile ilişkili gözden kaçan bir faktör olabilir. Semptomlar sabahları ve uyandıktan sonra daha yaygın ve daha şiddetlidir ve genellikle aşırı sıcak, ateş, ishal, alkollü içecek, idrara çıkma, egzersiz sonrası süre ve hareketsizlik gibi periferik venöz göllenme ve dehidratasyona yatkınlık yaratan durumlarla şiddetlenir (5). Bununla birlikte pozisyon değişimi ile birlikte yaşanan semptomların şiddeti arttıkça düşmelerin ortaya çıkabileceği vurgulanmaktadır (22). Baş dönmesi gibi semptomların varlığı kan basıncındaki değişimlerden klinik olarak daha önemli olduğu ifade edilmektedir (7). Yapılan bir araştırmada bireyler ayağa kaldırdıktan sonra 25 sn aralıklarla Sistolik ve Diyastolik Kan Basıncıları beş kez ölçülmüş; bireylerde baş dönmesi şikayeti en yüksek birinci dakikada yapılan ölçümlerde olduğu ve birinci dakikada saptanan baş dönmesi şikayeti ile SKB ve DKB ölçümleri arasında güçlü bir ilişki bulunmuştur (4). Bir sistematik derlemede postural değişikliklerle birlikte kan basıncındaki düşüşlerin yaşanan semptomlarla çoğunlukla ilişkili olmadığı ifade edilmiştir (27). Buna ek olarak OH'li hastaların sadece onda birinin belirgin semptom yaşadığı belirtilmiştir (21). Bu araştırma sonucu da bu veriyi desteklemektedir. Ortostatik Hipotansiyon saptanan bireylerin bir kısmı semptom yaşamıştır. Bununla birlikte daha önce OH belirtileri yaşama durumu ile OH varlığı açısından anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Ortostatik Hipotansiyon için kan basıncı ölçümlerinin bireyin ayağa kalktıktan sonraki ilk bir dakikada ölçülmesinin klinik olarak daha yararlı bilgiler verdiği ve ilerideki risk faktörleri açısından uyarıcı olduğu vurgulanmaktadır (4). Başka bir araştırmada ise kan basıncındaki ortostatik düşüşlerin ayağa kalktıktan sonra üç dk.dan daha kısa sürede (bir dk) değerlendirilmesinin OH'ı daha doğru belirleyeceği belirtilmiştir (28). Orta yaş grubunda (yaş ort. 54) yapılan bir kohort çalışmada ayağa kalktıktan sonraki bir dakika içinde yapılan ölçümlerle saptanan OH'ın baş dönmesi, kırık, senkop, motorlu araç kazası ve ölüm ile daha yüksek olasılıkla ilişkilendirilmiştir (4). Bu veriye göre bu araştırmada OH saptanan bireyler ileriki yaşamlarında düşme, motorlu araç kazası, kırık gibi komplikasyonlarla karşılaşma riski yüksektir diyebiliriz. Bu bireylerin izlenmesi ve OH açısından tekrar değerlendirilmesi gerekmektedir. Ayrıca bireylere OH semptomlarını ve komplikasyonlarını daha az yaşamaları ya da hiç yaşamamaları için OH'ın non-farmakolojik yönetimi konusunda eğitimler verilerek olası komplikasyonlar önlenmelidir. Literatürde artmış çevre sıcaklığı, sıcak duş ya da banyo ve saunadan venöz göllenmeyi arttıracığı için kaçınılması, gün içerisinde uzamış yatak istirahati ve özellikle sabahları ani kalkışların önlenmesi gerektiği ifade edilmektedir. Özellikle karbonhidrattan zengin ve alkol içeren büyük öğünlerden uzak durulmalı ve alkol tüketimi sınırlandırılmalıdır. Bireyselleştirilmiş egzersiz programlarının (yüzme, aerobik mümkünse bisiklete binme ve yürüyüş), mümkünse günlük su tüketiminin (2 - 2.5lt/gün) ve tuz alımının (> 8 g ya da 150 mmol/gün) artırılmasının OH semptomlarını iyileştirdiği vurgulanmaktadır (8,27,31).

Kısıtlılıklar

Araştırma örnekleminin büyük çoğunluğunun kadın cinsiyet ve obez bireylerden oluşması bu araştırmanın kısıtlılıklarıdır.

Sonuçların Uygulamada Kullanımı

Erişkin bireylerde Ortostatik Hipotansiyon ile Beden Kütle İndeksi arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla yapılan bu araştırma sonuçları OH saptanan bireylerde saptanmayanlara göre BKİ ortalamasının anlamlı olarak yüksek olduğunu göstermektedir. BKİ sınıflamasına göre değerlendirildiğinde ise obez bireylerde OH görülme sıklığı normal kilolu ve fazla kilolu bireylere göre daha yüksek çıkmıştır. Literatürde OH'nin belirtilerinin ve şiddetinin bireyler arasında değişebileceği ve buna bağlı olarak da komplikasyonlar açısından yüksek risk taşıdığı belirtilmektedir. Bu nedenle klinik uygulamalarda hastaların değerlendirilmesi aşamalarında OH riskinin belirlenmesi olası komplikasyonların önlenmesi açısından önemli bir girişim olacaktır. Bu kapsamda hemşirelerin bilgilendirilerek farkındalıklarının artırılması hasta güvenliği açısından önemli olacaktır.

Literatüre bakıldığında, OH ve BKİ arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmaların sınırlı sayıda olduğu görülmektedir. Bundan sonra yapılacak çalışmalarda, örneklemin tüm BKİ gruplarını içermesi, OH'nin belirti sıklığı ve şiddeti ile hemoglobin ve elektrolit değerlerinin sorgulanması önerilmektedir.

Bilgilendirme

Yazarların katkı oranı beyanı şöyledir: fikir/kavram YK, BC; tasarım YK, BC; denetleme/danışmanlık BC; veri toplama ve işleme YK; analiz ve yorum YK, BC; kaynak taraması YK, BC; makalenin yazımı YK, BC'dir. Araştırma yazarları arasında herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır. Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 06.02.2019 tarih ve 40 karar numarası ile etik onay alınmıştır.

Kaynaklar

1. Alagiakrishnan K, Bu R, Hamilton P, Senthilselvan A, Padwal R. Comparison of the assessment of orthostatic hypotension using peripheral and central blood pressure measurements. *J Clin Med Res.* 2018;10(4):309.
2. National Heart, et al. Clinical guidelines on the identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults: the evidence report. No. 98. National Heart, Lung, and Blood Institute. 1998;6:51-209.
3. Fedorowski A, Stavenow L, Hedblad B, Berglund G, Nilsson PM, Melander O. Orthostatic hypotension predicts all-cause mortality and coronary events in middle-aged individuals (The Malmö Preventive Project). *Eur Heart J.* 2010;31(1):85-91.
4. Juraschek SP, Daya N, Rawlings AM, Appel LJ, Miller ER, Windham BG, et al. Association of history of dizziness and long-term adverse outcomes with early vs later orthostatic hypotension assessment times in middle-aged adults. *JAMA Intern Med.* 2017;177(9):1316-1323.
5. Ricci F, De Caterina R, Fedorowski A. Orthostatic hypotension: Epidemiology, prognosis, and treatment. *J Am Coll Cardiol.* 2015;66(7):848-860.
6. Turner D. A patient with autonomic imbalance: Treating symptomatic neurogenic orthostatic hypotension. *Nurse Pract.* 2018;43(6):18-22.
7. Irvin DJ, White M. The importance of accurately assessing orthostatic hypotension. *Geriatr Nurs.* 2004;25(2):99-101.
8. Lanier JB, Mote MB, Clay EC. Evaluation and management of orthostatic hypotension. *Am Fam Physician.* 2011;84(5):527-536.
9. Feldstein C, Weder AB. Orthostatic hypotension: A common, serious and underrecognized problem in hospitalized patients. *J Am Soc Hypertens.* 2012;6(1):27-39.
10. Allan LM, Ballard CG, Rowan EN, Kenny RA. Incidence and prediction of falls in dementia: A prospective study in older people. *PLoS One.* 2009;4(5):e5521.
11. Figueroa JJ, Basford JR, Low PA. Preventing and treating orthostatic hypotension: As easy as A, B, C. *Cleve Clin J Med.* 2010;77(5):298-306.
12. Gupta V, Lipsitz LA. Orthostatic hypotension in the elderly: Diagnosis and treatment. *Am J Med.* 2007;120(10):841-847.
13. Shibao C, Grijalva CG, Raj SR, Biaggioni I, Griffin MR. Orthostatic hypotension-related hospitalizations in the United States. *Am J Med.* 2007;120(11):975-980.
14. Jones CD, Loehr L, Franceschini N, Rosamond WD, Chang PP, Shahar E, et al. Orthostatic hypotension as a risk factor for incident heart failure: The atherosclerosis risk in communities study. *Hypertension.* 2012;59(5):913-918.
15. Kobayashi K, Yamada S. Development of a simple index, calf mass index, for screening for orthostatic hypotension in community-dwelling elderly. *Arch Gerontol Geriatr.* 2011;54(2):293-297.
16. Lee T, Donegan C, Moore A. Combined hypertension and orthostatic hypotension in older patients: A treatment dilemma for clinicians. *Expert Rev Cardiovasc Ther.* 2005;3(3):433-440.
17. Nakamura T, Suzuki M, Ueda M, Hirayama M, Katsuno M. Lower Body Mass Index is associated with orthostatic hypotension in Parkinson's disease. *J Neurol Sci.* 2017;372:14-18.
18. Portney LG, Watkins MP. Foundations of clinical research. Applications to practice Norwalk, Connecticut, Appleton&Lange, 1993; 652-661.
19. Luukinen H, Koski K, Laippala P, Kivelä SL. Prognosis of diastolic and systolic orthostatic hypotension in older persons. *Arch Intern Med.* 1999;159(3):273-280.
20. Méndez AS, Melgarejo JD, Mena LJ, Chávez CA, González AC, Boggia J, et al. Risk factors for orthostatic hypotension: Differences between elderly men and women. *Am J Hypertens.* 2018;31(7):797-803.
21. Ricci F, Fedorowski A, Radico F, Romanello M, Tatasciore A, Di Nicola M, et al. Cardiovascular morbidity and mortality related to orthostatic hypotension: a meta-analysis of prospective observational studies. *Eur Heart J.* 2015;36(25):1609-1617.
22. Annamalai A. Orthostatic hypotension. In medical management of psychotropic side effects. Springer, Cham. 2017.
23. Turner D. A patient with autonomic imbalance: Treating symptomatic neurogenic orthostatic hypotension. *Nurse Pract.* 2018;43(6):18-22.
24. World Health Organization, global database on body mass index. <https://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle/body-mass-index-bmi> Erişim Tarihi: 17.05.2020
25. Goldstein DS, Eldadah BA, Holmes C, Pechnik S, Moak J, Saleem A, et al. Neurocirculatory abnormalities in Parkinson disease with orthostatic hypotension: independence from levodopa treatment. *Hypertension.* 2005;46(6):1333-1339.
26. Press Y, Punchik B, Freud T. Orthostatic hypotension and drug therapy in patients at an outpatient comprehensive geriatric assessment unit. *J Hypertens.* 2016;34(2):351-358.
27. Logan IC, Witham MD. Efficacy of treatments for orthostatic hypotension: A systematic review. *Age Ageing.* 2012;41(5):587-594.
28. Gangavati A, Hajjar I, Quach L, Jones RN, Kiely DK, Gagnon P, et al. Hypertension, orthostatic hypotension, and the risk of falls in a community dwelling elderly population: the maintenance of balance, independent living, intellect, and zest in the elderly of Boston study. *J Am Geriatr Soc.* 2011;59(3):383-389.
29. Frewen J, Savva GM, Boyle G, Finucane C, Kenny RA. Cognitive performance in orthostatic hypotension: findings from a nationally representative sample. *J Am Geriatr Soc.* 2014;62(1):117-22.
30. Mager DR. Orthostatic hypotension: Pathophysiology, problems, and prevention. *Home Healthc Nurse.* 2012;30(9):525-530.

31. Lahrman H, Cortelli P, Hilz M, Mathias CJ, Struhal W, Tassinari M. EFNS guidelines on the diagnosis and management of orthostatic hypotension. Eur J Neurol. 2006;13(9):930-936.

Kısaltmalar

- OH: Ortostatik Hipotansiyon
- OSH: Ortostatik Sistolik Hipotansiyon
- ODH: Ortostatik Diyastolik Hipotansiyon
- SKB: Sistolik Kan Basıncı
- DKB: Diyastolik Kan Basıncı
- BKİ: Beden Kütle İndeksi

Üniversite Öğrencilerinin Kadına Yönelik Aile İçi Şiddete İlişkin Görüşleri: Bir Örnek Olay Çalışması

 Büşra YILMAZ¹,  Nihal AVCI²,  Nevin HOTUN ŞAHİN³

¹ Arş. Gör., İstanbul Üniversitesi – Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Şişli/İstanbul.

² Arş. Gör., Kırklareli Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, Ebelik Anabilim Dalı, Merkez/Kırklareli

³ Prof. Dr., İstanbul Üniversitesi – Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Şişli/İstanbul.

Öz

Giriş: Kadına yönelik aile içi şiddet, toplum sağlığını olumsuz yönde etkileyen küresel bir sorundur.

Amaç: Bu çalışmada farklı iki fakültede öğrenim gören üniversite öğrencilerinin aile içi şiddete yönelik görüş ve tutumlarını belirlemek amaçlandı. **Yöntem:** Bu çalışma tanımlayıcı tipte bir araştırmadır. Çalışma Aralık 2018 - Haziran 2019 tarihleri arasında 900 üniversite öğrencisiyle gerçekleştirildi. Araştırmaya belirlenen iki fakültede lisans eğitimi alan, Türkçe iletişim kurabilen, mental açıdan sağlıklı olan ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan bireyler dâhil edildi. Verilerin toplanmasında literatür doğrultusunda araştırmacılar tarafından hazırlanan katılımcı tanıtım formu ve bir örnek olayın yer aldığı açık uçlu sorulardan oluşan yapılandırılmış görüşme formu kullanıldı. Örnek olaya ilişkin görüşler düzenlendi, kodlandı ve daha sonra benzer özellik gösteren kodlar kategorileştirildi. Sosyodemografik bulgular tanımlayıcı istatistiksel yöntemler kullanılarak değerlendirildi. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile kadına yönelik aile içi şiddete yönelik görüşleri ve örnek olaya ilişkin görüşleri arasındaki ilişkinin analizinde ki-kare (χ^2) testi kullanıldı. **Bulgular:** Katılımcıların yaş ortalaması 20.67 ± 2.14 , %63.5'i kadın ve %36.5'i erkekti. Örnek olaya ilişkin görüşler analiz edildiğinde; katılımcıların %10.3'ünün daha önce örnek olaya benzer bir durumla karşılaştığı bulundu. Katılımcıların %65.5'i böyle bir durumda şikayette bulunmak isterlerse polise şikayette bulunacaklarını ifade etti. Aile içi şiddet ile karşılaşma durumunda kadınların %50'si pasif tepki, %37.9'u aktif tepki verirken, erkeklerin %36.5'i pasif tepki, %49.3'ü aktif tepki gösterdi. Daha önce şiddete maruz kalan kadınların %18.5'inin, erkeklerin %6.9'unun daha önce örnek olaya benzer bir durumla karşılaştığı belirlendi.

Sonuç: Düşük oranda da olsa kadına yönelik aile içi şiddeti destekleyen öğrencilerin varlığı, bu konuda bilinçlendirilmelerinin önemini göstermektedir. Bu kapsamda sağlık bakım profesyonellerine eğitim, sağlık, hukuk ve sosyal hizmetlerle ilgili yapılan planlamalarda aktif rol alma, aile içi şiddeti tanımlayabilme ve bu konuda toplumsal farkındalığı artırma amacına yönelik eğitim hizmetlerini planlama ve uygulama gibi çok önemli görevler düşmektedir.

Anahtar Sözcükler: Aile İçi Şiddet, Tutum, Kadın.

Abstract

University Students' Views on Domestic Violence Against Women: A Case Study

Background: Domestic violence against women is a global concern that impacts public health negatively.

Objective: The aim of this research was to determine the views and attitudes of university students studying in two separate departments towards domestic violence. **Methods:** This study is a descriptive research. Between December 2018 and June 2019, the research was conducted with 900 university students. The research included individuals who received undergraduate training in two departments, who were able to communicate in Turkish, were mentally stable and volunteered to participate in the study. For data collection, a participant introduction form created by the researchers in accordance with the literature, as well as a structured interview form comprising of open-ended questions and a case study, were used. The opinions on the case were organized, coded, and then the codes with similar characteristics were categorized. Sociodemographic findings were evaluated using descriptive statistical methods. The relationship between the participants' sociodemographic factors, their attitudes on domestic violence against women, and their views on the case was investigated using the chi-square (χ^2) test.

Results: The participants' average age was 20.67 ± 2.14 , 63.5% were female, and 36.5% were male. When analyzing the opinions on the case, it was found that 10.3% of the participants had previously experienced a similar situation. If they were to make a report in such a case, 65.5% of the participants expressed they would appeal to the police. While 50% of females reacted passively in the case of domestic violence, 37.9% reacted actively, 36.5% of males reacted passively, and 49.3% reacted actively. It was found that 18.5% of women who were previously exposed to violence and 6.9% of men had previously encountered a situation similar to the case.

Conclusion: The fact that there are students with a positive attitude towards violence against women, although at a low rate, highlighted the value of raising awareness on this issue. At this point, healthcare professionals have very important duties. In this context, health care professionals have critical responsibilities such as actively participating in the planning of education, health, legal, and social services, diagnosing domestic violence, and aiming to plan and implement educational services to raise social awareness about the issue.

Key Words: Attitude, Domestic Violence, Female.

Geliş Tarihi / Received: 25.02.2021 **Kabul Tarihi / Accepted:** 04.03.2022

Correspondence Author: Arş. Gör. Nihal Avcı, Kırklareli Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, Ebelik Anabilim Dalı, Merkez/Kırklareli. Telefon: 0538 838 77 77 E-posta: nhalavc@gmail.com

Cite This Article: Yılmaz B, Avcı N, Hotun Şahin N. Üniversite Öğrencilerinin Kadına Yönelik Aile İçi Şiddete Bakışları: Bir Örnek Olay Çalışması. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 2022; 15(2):137-148.



Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi 2022 Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License

Şiddet, tüm dünyada giderek büyüyen küresel bir sorundur. Dünya Sağlık Örgütü şiddeti “bireyin kendine, başka birine ya da bir gruba tehdit veya fiziksel kuvvetin kasıtlı olarak kullanılmasıyla yaralanma, ölüm, psikolojik hasar veya yoksunluk gibi istenmeyen sonuçları olan eylem” şeklinde açıklamaktadır (1). Kasıtlı bir şekilde fiziksel güç kullanılarak uygulanan şiddet yaralanmalara, psikolojik hasarlara, gelişimsel bozukluklara ve ölüme sebep olmaktadır (2). Kadına yönelik aile içi şiddet (KYAİŞ) dünya çapında var olan ve kadın sağlığına olumsuz etki eden bir durumdur. Aile içi şiddet, yakın partner şiddetine ek olarak kardeşler veya kuşaklar arasındaki şiddet gibi aile üyeleri arasında oluşabilecek şiddet olarak tanımlanmaktadır (3). Aile içi şiddetin mağdurları ezici çoğunlukla kadınlardır. Kadına yönelik aile içi şiddetin sebepleri arasında eğitim yetersizliği, alkol, uyuşturucu ve madde kullanımı, göçler, gelenek-görenekler, maddi sıkıntılar ve eşler arasında etkili iletişimin kurulamaması sayılabilir. Kadına yönelik aile içi şiddetin en temel nedeni toplumsal cinsiyet eşitsizliğidir (4).

Şiddet, uygulanış biçimine göre fiziksel, cinsel, sözel, duygusal ve ekonomik şiddet olarak kategorilere ayrılmaktadır ve en sık rastlanan şiddet türü psikolojik şiddettir. Şiddet türlerinin çeşitliliği nedeniyle maruz kalınan şiddetin boyutlarını ortaya koymak zordur (5). Dünya’da her üç kadından biri şiddeti deneyimlemektedir. Şiddetin yaşam boyu prevalansı kadınlarda %30’dur (6). Dünya genelinde olduğu gibi Türkiye’de de şiddetin arttığı bilinmektedir. Fakat kadına yönelik aile içi şiddetin yaygınlığını ortaya koyan çalışmalar sınırlıdır. Türkiye genelinde kadınların %44’ünün psikolojik şiddete, %36’sının fiziksel şiddete ve %12’sinin cinsel şiddete uğradığı belirlenmiştir (7). Kadınların %9’u erkeğin kadına en az bir durumda fiziksel şiddet uygulamasını doğru bulduğunu belirtmiştir (8). Aile içinde şiddet ölüm ve yaralanmalara sebep olabilir. Şiddete maruz kalmış bireylerde yaralanmalar, kırık-çıkıklar, beyin hasarı gibi fiziksel hasarlar; depresyon, anksiyete bozuklukları, panik atak ve özgüven kaybı gibi psikolojik hasarlar meydana gelebilir (9). Ayrıca aile içinde yaşanan şiddet çocukları da olumsuz etkilemektedir; çocuklar şiddet esnasında yaralanmakta hatta hayatlarını kaybetmektedir. Çocuklar sosyal öğrenme yoluyla ev içinde yaşanan şiddeti rol model almaktadır (10).

Şiddete yönelik farkındalığı arttırmada üniversite öğrencilerinin önemli bir grup olduğu düşünülmektedir (11). Toplumun eğitilmiş kesimi olan üniversite öğrencilerinin kadına yönelik aile içi şiddete ilişkin tutumlarının belirlenmesi ve konuyla ilgili farkındalıklarının artırılması çok önemlidir. Bu kapsamda üniversite öğrencilerinin KYAİŞ’e yönelik tutumlarını belirlemek için çalışmalar yapılmıştır (12-14). Vural ve ark. (2020)’nin yaptığı çalışmada üniversite öğrencilerinin, KYAİŞ’e yönelik tutumlarının olumsuz olduğu yani öğrencilerin aile içi şiddeti desteklemediği bulunmuştur (14). Pınar ve ark. (2019)’nin yaptığı çalışmada üniversite öğrencilerinin, KYAİŞ’i destekleyen geleneksel bakış açısını reddettiği bildirilmiştir (13). Aktas (2016) yaptığı çalışmada üniversite öğrencilerinin şiddeti desteklemediğini bildirmiştir (15). Görüldüğü gibi üniversite öğrencilerinin aile içi şiddete yönelik tutumlarına ilişkin farklı görüşler mevcuttur. Bu noktada sağlık bakım profesyonellerine özellikle toplumla iç içe olan hemşirelere önemli görevler düşmektedir. Kadına yönelik aile içi şiddetin önlenmesi için toplumda duyarlılığın ve farkındalığın oluşturulması ve zihniyet dönüşümünün sağlanması gereklidir. Bu çalışmanın amacı farklı disiplinlerde öğrenim gören üniversite öğrencilerinin aile içi şiddete yönelik görüş ve tutumlarının belirlenmesidir.

Araştırma soruları:

- Üniversite öğrencilerinin aile içi şiddete yönelik görüşü nedir?
- Üniversite öğrencileri aile içi şiddet ile karşılaşma durumunda nasıl tepki verir?
- Üniversite öğrencilerinin cinsiyeti ile örnek olaydaki duruma ilişkin görüşleri arasındaki ilişki nasıldır?
- Üniversite öğrencilerinin daha önce şiddete maruz kalma ile örnek olaydaki duruma ilişkin görüşleri arasındaki ilişki nasıldır?
- Üniversite öğrencilerinin aile içi şiddete yönelik görüşleri ile örnek olaydaki duruma ilişkin görüşleri arasındaki ilişki nasıldır?

Yöntem

Araştırmanın Tipi

Araştırma, üniversite öğrencilerinin KYAİŞ'e yönelik görüş ve tutumlarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı tipte planlandı.

Araştırmanın Yapıldığı Yer

Araştırma İstanbul'da bir devlet üniversitesinin hemşirelik ve orman fakültelerinde yapıldı.

Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Çalışma evrenini İstanbul'da bir devlet üniversitesinin hemşirelik ve orman fakültelerinde lisans eğitimi alan öğrenciler oluşturdu. Aralık 2018 - Haziran 2019 tarihleri arasında belirlenen üniversitedeki Hemşirelik Fakültesi'nde 645 öğrenci, Orman Fakültesi'nde 355 öğrenci öğrenim görmekteydi. Hemşirelik Fakültesi öğrenim müfredatında aile içi şiddete yönelik derslere yer verilirken, Orman Fakültesi eğitim müfredatında bu bağlamda bir ders içeriği mevcut değildi. Hemşirelik Fakültesi'nde kadın öğrenci sayısının fazla, Orman Fakültesi'nde erkek öğrenci sayısının fazla olması sebebiyle örneklem belirtilen fakültelerden seçildi. Araştırmada evrenin tamamına erişilmesi amaçlandı. Belirlenen tarihler arasında evrenin %90'ına (900 kişiye) ulaşılarak çalışmaya katılımda gönüllü olan ve araştırmaya dâhil etme kriterlerini karşılayan katılımcılardan veriler toplandı. Araştırmaya dâhil etme kriterleri; belirlenen üniversitede Hemşirelik Fakültesi'nde ve Orman Fakültesi'nde lisans eğitimi alıyor olma, Türkçe iletişim kurabilme, mental açıdan sağlıklı olma ve araştırmaya katılımda gönüllü olmasıdır.

Veri Toplama Araçları

Katılımcı Tanıtım Formu: Literatürden yararlanılarak araştırmacılar tarafından hazırlanan form 14 sorudan oluşmaktadır. Formda katılımcıların sosyodemografik özelliklerini ve aile içi şiddete yönelik görüş ve tutumlarını belirlemeye ilişkin sorular yer almaktadır (18).

Yarı-Yapılandırılmış Görüşme Formu: Araştırmacılar tarafından literatüre dayalı kurgusal "aile içi şiddet gören kadın" içerikli örnek olay verilmiştir. Örnek olay yazıldıktan sonra Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği alanında uzman kişilerden görüş alınıp forma son hali verilmiştir. Sunulan örnek olaya ait açık uçlu yedi soru ile katılımcıların aile içi şiddete yönelik görüş ve tutumları alınmıştır (5).

Örnek Olay:

Örnek olayda evli ve iki çocuğu olan 35 yaşındaki kadının eşi alkol bağımlısıdır. 22 yıldır alkol almakta olan eş, bağımlılık durumundan kurtulmak için birçok yere başvurmuştur. Kadın eşinin herkes tarafından sevilen, iyi kalpli, dürüst, merhametli biri olduğunu ifade etmektedir. Alkol aldığında çocuklarına/eşine şiddet uygulayan eş sonrasında çok pişman olup ağlamakta, bu davranışları isteyerek yapmadığını; alkol etkisi altındayken kendisi gibi davranmadığını ifade etmektedir. Çocukları ve kendisi şiddet gören kadın eşinden şikayetçi olmamaktadır.

Verilerin Toplanması

Aralık 2018 - Haziran 2019 tarihleri arasında belirlenen üniversitedeki Hemşirelik ve Orman Fakültesi'ndeki 900 öğrenci ile yüz yüze görüşme yapıldı. Görüşmeler bireysel yapılmış olup her görüşme ortalama 25 dakika sürdü. Veri toplama öncesinde Hemşirelik ve Orman Fakültesi'nde öğrenim gören toplam 10 katılımcı ile ön uygulama gerçekleştirildi. Ön görüşmede elde edilen veriler analize dahil edilmedi. Araştırma soruları görüşmeler sonrasında revize edilip, sorulara son hali verildi. Verilerin toplanmasında literatür doğrultusunda araştırmacılar tarafından hazırlanan katılımcı tanıtım formu ve örnek olayın yer aldığı, açık uçlu sorulardan oluşan yapılandırılmış görüşme formu kullanıldı. Sorular araştırmacılar tarafından öğrencilere soruldu ve not alma yöntemi ile cevaplar kaydedildi. Görüşmede katılımcılara görüşme formunda yer almayan ek sorular sorulmadı. Görüşmeler araştırmacılar tarafından öğrencilerin toplu hâlde bulunduğu bahçe, kantin ve derslik gibi yerlerde öğrencilerin eğitimlerini aksatmayacak şekilde gerçekleştirildi.

Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen tüm bulgular IBM SPSS Statistics 25 (IBM SPSS, Türkiye) programı ile değerlendirildi. Sosyodemografik bulgular değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotlar (ortalama, standart sapma, frekans, yüzde)

kullanıldı. Örnek olaya ilişkin görüşlerin analizinde içerik analizi yapıldı. İçerik analizi elde edilen verilerin önce kavramsallaştırılması, ortaya çıkan kavramlara göre düzenlenmesi ve veriyi açıklayan temaların ortaya çıkarılmasına dayanmaktadır (16). Bu doğrultuda katılımcıların yarı-yapılandırılmış görüşme formundaki sorulara verdiği cevaplar düzenlendi, kodlandı ve daha sonra benzer özellik gösteren kodlar kategorileştirildi (16,17,19). Örneğin “*Siz bu ailenin komşusu olsaydınız şiddet uygulayan erkek birey ile ilgili ne yapardınız?*” sorusuna verilen ‘*bir kadın şiddet görürken öylece durup izlemezdim, polise haber verirdim*’ ve benzeri cevaplar ‘*herhangi bir yere başvururdum*’ şeklinde; ‘*sonuçta aile içinde yaşanan olay aile içinde kalır, ben olaya karışmazdım*’ ve benzeri cevaplar ise ‘*hiçbir şey yapmazdım*’ şeklinde kodlandı; daha sonra bu kodlar ‘*aktif tepki*’, ‘*pasif tepki*’ ve ‘*tepkisiz*’ olarak kategorileştirildi. Tablo 2’de ilgili soru başlığının altında, sorulara verilen yanıtların kodlanmış hali, Tablo 3’te ise ilgili soru başlığının altında bu kodların kategorize edilmiş hali görülmektedir. Örnek olaya ilişkin görüşler IBM SPSS Statistics 25 (IBM SPSS, Türkiye)’e kodlanmış haliyle girildi. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri, KYAİŞ’e yönelik görüşleri ve örnek olaya ilişkin görüşlerin analizinde ki-kare (χ^2) testi kullanıldı.

Araştırmanın Etik Yönü

Katılımcılar çalışma hakkında bilgilendirildi ve yazılı olarak “Bilgilendirilmiş Onam Formu” alındı. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayandırıldı. Çalışma, araştırma ve yayın etiğine uygun şekilde yapıldı. Etik kurul izni bir devlet üniversitesinin Sosyal Bilimler ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu’ndan (Sayı: 35980450-663.05-Tarih: 23/11/2018); kurum izinleri ilgili kurumlardan alındı.

Bulgular

Araştırmaya dahil edilen 900 katılımcının yaş ortalaması 20.67 ± 2.14 , katılımcıların %63.5’i kadın, %36.5’i erkekti. Katılımcıların %64.4’ü hemşirelik fakültesinde, %35.6’sı orman fakültesinde öğrenim görmekteydi. Katılımcıların aile içi şiddete yönelik görüşlerine ilişkin bulgulara Tablo 1’de yer verildi. Örneklemin %29.3’ü herhangi bir şiddet türüne maruz kalmıştı. En fazla maruz kalınan şiddet türüne bakıldığında katılımcıların %21.2’si psikolojik ve %16.6’sı fiziksel şiddete maruz kaldığını ifade etti. Katılımcıların %32.7’si herhangi bir şiddet türünü uyguladığını ifade etti. Katılımcıların %88.7’si aile içi şiddetin asla kabul edilemeyeceğini ifade etti. Katılımcıların örnek olaya ilişkin görüş ve tutumları Tablo 2’de verildi. Tablo 3’te katılımcıların cinsiyeti, daha önce şiddete maruz kalma durumu ve aile içi şiddete yönelik görüşü ile örnek olaya ait görüşleri arasındaki ilişki verildi.

Üniversite Öğrencilerinin Daha Önce Benzer Bir Durumla Karşılaşmasına İlişkin Bulgular

Örnek olaya yönelik sorulara verilen cevaplar içerik analizi yapıldığında; katılımcıların %10.3’ünün daha önce benzer bir durumla karşılaştığı bulundu (Tablo 2). Örnek olay gibi durumla karşılaşma ile daha önce şiddete maruz kalma arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulundu ($p = .000$) (Tablo 3). Daha önce şiddete maruz kalan kadınların %18.5’inin, erkeklerin %6.9’unun daha önce benzer bir durumla karşılaştığı belirlendi.

Üniversite Öğrencilerinin Örnek Olaydaki Aileye Komşu Olduklarını Varsaydıklarında Şiddet Uygulayan Erkek Birey Hakkında Düşündüklerine İlişkin Bulgular

Katılımcıların %34.6’sı bu ailenin komşusu olsalardı eşe tedavi olması gerektiğini söyleyeceklerini ve %32.8’inin herhangi bir yere şikayette bulunacaklarını ifade etti (Tablo 2). Literatürde gözlenebilen davranışsal çabalar aktif tepki, gözlenemeyen, duygusal ve bilişsel çabalar ise pasif tepki olarak sınıflandırılmıştır (20). Katılımcılar örnek olaydaki aileye komşu olduklarını varsaydıklarında cinsiyet ile verilen tepki arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulundu ($p = .001$) (Tablo 3). Bu duruma kadınların %50’si pasif tepki, %37.9’u aktif tepki verirken, erkeklerin %36.5’i pasif tepki, %49.3’ü aktif tepki göstermişti. Katılımcılar örnek olaydaki aileye komşu olduklarını varsaydıklarında aile içi şiddete yönelik görüş ile verilen tepki arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulundu ($p = .001$) (Tablo 3). Aile içi şiddetin asla kabul edilemeyeceğini ifade eden katılımcıların %45.0’i pasif tepki verirken, %38.6’sı aktif tepki verdi. Aile içi şiddet bazı durumlarda kabul edilebilir/uygulanabilir diyen katılımcıların %69.3’ü aktif tepki verirken, %15.8’i pasif tepki verdi.

Üniversite Öğrencilerinin Örnek Olaydaki Şiddet Uygulayan Bireyi Şikâyette Bulunmak İstese Nereye/Kime Başvuracağına İlişkin Bulgular

Katılımcıların %65.5'i örnek olaydaki gibi bir durumla karşılaştıklarında şikayette bulunmak isterlerse polise şikayette bulunacaklarını ifade etti. Katılımcıların %21.1'i örnek olaya benzer şekilde şiddet gören bireylerin aile ve sosyal politikalar bakanlığından, %20.5'i polisten destek alabileceğini ifade ederken, %40'ı herhangi bir fikrinin olmadığını belirtti (Tablo 2).

Üniversite Öğrencilerinin Şiddet Mağduru Kadının Aile İçi Şiddeti Bildirmeme Nedenlerinin Ne Olduğunu Düşünmesine İlişkin Bulgular

Katılımcıların %25.8'i örnek olaydaki kadının eşi tarafından öldürülmekten korktuğundan; %25.5'i eşinin düzeleceğine inandığından şikayetçi olmadığını düşündüklerini belirtti (Tablo 2). Cinsiyete göre örnek olaydaki kadının şikayetçi olmama nedenini kadının kendini güvende hissetmediğini düşünme açısından istatistiksel açıdan anlamlı fark vardı ($p = .003$) (Tablo 3). Örnek olayda aile içi şiddet gören kadının şikayetçi olmama nedeni olarak kadınların %47.2'si; erkeklerin %38.4'ü kadının kendini güvende hissetmediğini düşündüğünü belirtti. Daha önce şiddete uğrayan katılımcıların %10.9'unun şiddete uğrayan kadının bu durumu normalleştirdiğini ve %49.8'inin kadının geleneksel tutuma sahip olduğunu düşündüğü bulundu. Daha önce şiddete maruz kalmayanların %20.9'unun örnek olaydaki kadının durumu normalleştirdiğini ve %33.6'sının kadının geleneksel tutuma sahip olduğunu düşündüğü bulundu ve bu sonuçlar istatistiksel açıdan anlamlıydı ($p = .002$) (Tablo 3).

Üniversite Öğrencilerinin Şiddet Uygulayan Bireyin Yaptıklarından Pişman Olup Özür Dilemesini Nasıl Karşıladıklarına İlişkin Bulgular

Katılımcıların yalnızca %6.5'i örnek olayda şiddet uygulayan bireyin sürekli yaptıklarından pişman olup özür dilemesini olumlu karşılayacağını ifade etti (Tablo 2). Örnek olayda sürekli özür dileyen erkeğe karşı kadınların %3.8'i ve erkeklerin %11.2'si olumlu tutum sergiledi ve bu sonuç istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($p=.000$) (Tablo 3). Örnek olaydaki sürekli özür dileyen erkeğe yönelik tutum ile aile içi şiddete yönelik görüş arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulundu ($p = .001$) (Tablo 3). Aile içi şiddetin asla kabul edilemeyeceğini ifade eden katılımcıların %5.3'ü aile içi şiddet sonrasında sürekli özür dileyen eşe karşı olumlu tutum sergilerken, aile içi şiddet bazı durumlarda kabul edilebilir/uygulanabilir diyen katılımcıların %10.8'i aile içi şiddet sonrasında sürekli özür dileyen eşe karşı olumlu tutum sergiledi.

Tablo 1. Katılımcıların Daha Önce Şiddete Maruz Kalma Durumları ve Aile İçi Şiddete Yönelik Görüşleri

	n	%
Daha önce şiddete maruz kalma		
Evet	264	29.3
Hayır	636	70.7
Maruz kalınan şiddet türü		
Fiziksel şiddet	150	16.6
Psikolojik şiddet	191	21.2
Ekonomik şiddet	33	3.6
Cinsel şiddet	13	1.5
Daha önce şiddet uygulama		
Evet	295	32.7
Hayır	605	67.3
Aile içi şiddete yönelik görüş		
Asla kabul edilemez	799	88.7
Bazı durumlarda uygulanabilir/kabul edilebilir	101	11.3

Tablo 2. Katılımcıların Örnek Olaya İlişkin Görüş ve Tutumları

	n	%
Daha önce benzer bir durumla karşılaştınız mı?		
Evet	93	10.3
Hayır	891	89.7
Siz bu ailenin komşusu olsaydınız şiddet uygulayan erkek birey ile ilgili ne yapardınız?		
Herhangi bir yere şikâyetle bulunurdum		
Hiçbir şekilde karışmazdım	296	32.8
Kendim gidip olaya müdahale ederdim	88	9.7
Kadına şikâyetle bulunması gerektiği konusunda fikir verirdim	83	9.3
Tedavi olması gerektiğini söylerdim	122	13.6
	311	34.6
Bu durumda şikâyetle bulunmak isterseniz nereye/kime başvurursunuz?		
Polis	590	65.5
Sağlık kuruluşları	23	2.5
Aile ve sosyal politikalar il müdürlükleri	58	6.4
Aile içi şiddet acil yardım hattı	210	23.3
Bilgim yok	19	2.3
Kadının yaşadığı durumda şikâyetçi olmamasının nedeni ne olabilir?		
Her kadın eşinden şiddet görüyordur diye düşünüyordur	162	18.0
Şikâyetçi olduğunda yeterli korumanın sağlanabileceğine inanmıyordur	60	6.6
Eşinin düzeleceğine inanıyordur	230	25.5
Aile birliğini bozmaktan korkuyordur	102	11.3
Eşi tarafından öldürülmekten korkuyordur	233	25.8
Fikrim yok	113	12.8
Şiddet uygulayan bireyin sürekli yaptıklarından pişman olup özür dilemesini nasıl karşılırsınız?		
Olumlu	59	6.5
Olumsuz	841	93.5
Siz kadının yerinde olsaydınız ne yapardınız?		
Eşime boşanma davası açardım	345	38.3
Eşimi tedavi olması konusunda ikna etmeye çalışırdım	256	28.4
Eşimden şikâyetçi olurdu	225	25.0
Herhangi bir şey yapmazdım	74	8.3
Böyle bir durumda şiddet gören bireyler için hangi kurum/kuruluşlardan destek alınmalı/nereye başvurulmalıdır?		
Kadın sivil toplum kuruluşları	13	1.4
Polis	185	20.5
Aile ve sosyal politikalar bakanlığı	190	21.1
Kadın sığınma evleri	117	13.0
Sağlık kuruluşları	27	3.0
Bilgim yok	368	41.0

Tablo 3. Bazı Değişkenlerin Örnek Olaya İlişkin Görüş ve Tutumları ile İlişkisi

	Cinsiyet (%)		Daha önce şiddete maruz kalma (%)		Aile içi şiddete yönelik görüş (%)	
	Kadın (%)	Erkek (%)	Evet (%)	Hayır (%)	Asla kabul edilemez (%)	Bazı durumlarda uygulanabilir/ kabul edilebilir (%)
Daha önce benzer bir durumla karşılaştınız mı?						
Evet	61 (10.6)	32 (9.7)	49 (18.5) ^a	44 (6.9) ^b	79 (9.8)	14 (13.8)
Hayır	511 (89.4)	296 (90.3)	215 (81.5)	592 (93.1)	720 (90.2)	87 (86.2)
	$p = .085 ; \chi^2 : 0.136$		$p = .000 ; \chi^2 : 26.391$		$p = .236 ; \chi^2 : 0.218$	
Siz bu ailenin komşusu olsaydınız şiddet uygulayan erkek birey ile ilgili ne yapardınız?						
Aktif tepki	217 (37.9) ^a	162 (49.3) ^b	93 (35.2)	239 (37.5)	309 (38.6) ^a	70 (69.3) ^b
Pasif tepki	286 (50.0) ^a	120 (36.5) ^b	136 (51.5)	297 (49.6)	360 (45.0) ^a	16 (15.8) ^b
Tepkisiz	69 (12.1)	46 (14.2)	35 (13.3)	100 (12.9)	62 (16.4)	15 (14.9)
	$p = .001 ; \chi^2 : 14.724$		$p = .222 ; \chi^2 : 2.249$		$p = .001 ; \chi^2 : 10.192$	
Kadının yaşadığı durumda şikâyetçi olmamasının nedeni ne olabilir?						
Kendini güvende hissetmeme	270 (47.2) ^a	126 (38.4) ^b	104 (39.3)	290 (45.5)	373 (46.6)	15 (14.8)
Normalleştirme	96 (16.7)	66 (20.1)	29 (10.9) ^a	133 (20.9) ^b	144 (18.0)	22 (21.7)
Geleneksel tutuma sahip olma	206 (36.1)	137 (41.5)	131 (49.8) ^a	213 (33.6) ^b	282 (35.4)	64 (63.5)
	$p = .003 ; \chi^2 : 9.029$		$p = .002 ; \chi^2 : 7.013$		$p = .139 ; \chi^2 : 1.982$	
Şiddet uygulayan bireyin sürekli yaptıklarından pişman olup özür dilemesini nasıl karşılırsınız?						
Olumlu	22 (3.8) ^a	37 (11.2) ^b	23 (8.7)	36 (5.6)	43 (5.3) ^a	11 (10.8) ^b
Olumsuz	550 (96.2)	291 (88.8)	241 (91.3)	600 (94.4)	756 (94.7)	90 (89.2)
	$p = .000 ; \chi^2 : 18.437$		$p = .061 ; \chi^2 : 9.030$		$p = .001 ; \chi^2 : 16.632$	
Siz kadının yerinde olsaydınız ne yapardınız?						
Aktif tepki	241 (42.1)	135 (41.1)	91 (34.4)	271 (42.6)	336 (42.0)	25 (24.8)
Pasif tepki	180 (31.4)	98 (29.8)	78 (29.5)	187 (29.4)	247 (30.9)	38 (37.6)
Tepkisiz	151 (26.5)	95 (29.1)	95 (36.1)	138 (28.0)	216 (27.1)	38 (37.6)
	$p = .686 ; \chi^2 : 0.750$		$p = .057 ; \chi^2 : 7.631$		$p = .409 ; \chi^2 : 1.903$	
Böyle bir durumda şiddet gören bireyler için hangi kurum/kuruluşlardan destek alınmalı/nereye başvurulmalıdır?						
Bilgisi var	329 (57.5)	203 (61.8)	174 (65.9)	358 (56.2)	469 (58.6)	63 (62.3)
Bilgisi yok	243 (42.5)	125 (38.2)	90 (34.1)	278 (43.8)	330 (41.4)	38 (37.7)
	$p = .317 ; \chi^2 : 1.002$		$p = .220 ; \chi^2 : 1.504$		$p = .531 ; \chi^2 : 2.030$	

* χ^2 : Kikare exact test; a ve b üst simgeleri her bir kategorideki gruplar arası farklılığı göstermektedir.

Tartışma

Kadınlar en fazla güvende olduklarını düşündükleri evlerinde ve birlikte yaşadıkları bireylerden çeşitli şekillerde şiddet görmeye devam etmektedir. Kadının şiddete maruz kalması, kadının sağlığını olumsuz etkilemesinin yanı sıra şiddetin bir sorun çözme yöntemi olarak gelecek nesillere aktarımı açısından risklidir. (21). Şiddetin yaygınlığına ve sağlık üzerindeki olumsuz etkilerine rağmen literatürde araştırmalar kısıtlıdır (22). Bu çalışmada katılımcıların %16.6'sı fiziksel şiddete maruz kaldıklarını bildirmiştir. Danimarka'da kadınların %22'si, Norveç'te %13.9'u, Almanya'da %25'i yaşamını paylaştığı eşleri ve/veya birlikte yaşadıkları kişiler tarafından fiziksel ve cinsel şiddete uğradığı bulunmuştur (23). Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise erkeklerin üçte biri eşlerine ekonomik ve fiziksel şiddet uyguladığını bildirmiştir (24). Dünya Sağlık Örgütü'nün 10 ülkede gerçekleştirdiği çalışmaya göre kadınların %13 ile %61'i eşleri tarafından uygulanan fiziksel şiddete maruz kalmaktadır (27). Dünya genelinde kadınların %10 - %69'u yaşamlarının bir döneminde yakın bir partneri tarafından fiziksel saldırıya uğradığını bildirmektedir (25). Ülkemizde de her üç kadından biri eşinden fiziksel şiddet görmekte ve neredeyse yarısı şiddet gördüğünü ve bu durumu kimseye paylaşmadığını bildirmektedir (26). Yine bu araştırmada üniversite öğrencilerinin fiziksel şiddete yüksek oranda maruz kaldığı görülmektedir. Bu bulgu aile içinde şiddetin halen bir sorun çözme aracı olarak kullanıldığını göstermektedir.

Şiddet mağdurlarının çoğunluğu şiddetin görünmeyen fakat ciddi hasarları olabilen duygusal şiddetten önemli derecede etkilenmektedir (28). Bu çalışmada katılımcıların en fazla psikolojik şiddete (%21.2) maruz kaldığı bulunmuştur. Literatürde de bu araştırma sonucuna paralel olarak bazı çalışmalarda en fazla maruz kalınan şiddet türünün psikolojik şiddet olduğu belirlenmiştir (4,29). Türkiye'de kadınların yaşamlarının herhangi bir döneminde maruz kaldıkları duygusal şiddet oranı %44, son 12 ayda ise %26 olarak bildirilmiştir (7). Dünya genelinde kadınların %20 - 75'i duygusal/psikolojik şiddete maruz kalmaktadır (3). Bir çalışmada kadınların %88.1'i şiddeti yalnızca "fiziksel (dayak, dövme v.b)" olarak tanımladığı bildirilmiştir (30). Dolayısıyla psikolojik şiddetin görünenden çok daha yaygın olduğu düşünülmektedir. Bu araştırmada üniversite öğrencilerinin en fazla psikolojik şiddete maruz kalma nedeni olarak araştırma grubunun eğitim seviyesinin yüksek olması ve psikolojik şiddet ibarelerini tanıyor olmaları gösterilebilir.

Üniversite öğrencilerinin, KYAİŞ'e yönelik tutumlarının belirlenmesi önemlidir (13). Bu çalışmada katılımcıların %88.7'si aile içi şiddetin asla kabul edilemeyeceğini ve %11.3'ü bazı durumlarda kabul edilebileceğini bildirmiştir. Literatürde üniversite öğrencilerinin KYAİŞ'e ilişkin tutumlarına bakıldığında, üniversite öğrencilerinin şiddeti normal bir davranış olarak algılamadığı, geleneksel tutumdan uzaklaştığı, şiddete karşı olumsuz tutuma sahip olunan çağdaş tutuma yaklaştığı görülmektedir (31). Bazı çalışmalarda ise üniversite öğrencilerinin KYAİŞ durumunda geleneksel tutuma sahip olduğu belirlenmiştir (32). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (2018)'nda kadınların %9'u erkeğin en az bir durumda fiziksel şiddet uygulamasını doğru bulduğunu ifade etmiştir (8). Yeni evli çiftlerle yapılan bir çalışmada katılımcıların %18.8'i şiddeti gerekli gördüğü bildirilmiştir (33). Başka bir çalışmada katılımcıların %47'si şiddetin kabul edilebileceğini belirtmiştir (34). Bir hemşirelik fakültesinde yapılan çalışmada öğrencilerin %26.9'u erkeklerin kadınlara şiddet uygulaması için geçerli sebeplerin olabileceğini düşündüklerini bildirmiştir (35). Benzer olarak bir çalışmada kadınların %22.2'si kadının erkeğin sözünü dinlememesi durumunda şiddeti hak ettiğini düşündüklerini ifade etmiştir (30). Aile içi şiddet araştırmasında kadınların %14'ü bazı durumlarda erkeklerin şiddet uygulayabileceğini bildirmiştir (8, 27, 33). Suriye'de yapılan bir çalışmada öğrencilerin %17.7'sinin şiddete yönelik olumsuz, %18.4'ünün şiddete yönelik olumlu tutumlarının olduğu ve %63.9'unun bu konuda tarafsız olduğu görülmüştür (36). Bu sonuçlar toplum bazında aile içi şiddetin hala kabul gördüğünü, desteklendiğini göstermektedir. Çok yüksek oranda olmasa da yüksek eğitim seviyesine sahip bireylerin dahi aile içi şiddetin bazı durumlarda kabul edilebileceğini bildirmesi şiddete yönelik farkındalıklarının geliştirilmesi gerektiğini; şiddetin ciddi sonuçlarını ve sağlık üzerine olumsuz etkilerini bilmediğini ortaya koymaktadır.

Şiddete uğrayan kadınların çoğunluğu, ev dışında deneyimlediği şiddet hakkında daha kolay konuşup buna karşı çıkabilirken, aile içinde yaşadığı şiddeti gizli tutma, buna katlanma ve durumu kabullenme eğiliminde olabilmektedir (3). Bu araştırmada katılımcıların %65.5'i örnek olaya benzer aile içi şiddet ile karşılaşmaları durumunda şikayette bulunmak isteseler

polise şikayette bulunacaklarını bildirmiştir. Nitel bir çalışmada şiddet mağduru kadınların çoğunluğunun karakola, savcılığa/avukatlara ve hastaneler gibi kamu kurumlarına başvurduğu, çok azının polise başvuruda bulunduğu belirlenmiştir. Aynı çalışmada katılımcılar polislerin uzlaştırıcı tutumlarından ve şikâyetlere cevap verme konusundaki yetersizliklerinden ilk aşamada polise başvurmayı tercih etmediklerini bildirmiştir (37). Literatürde başkalarının aile içi şiddete maruz kaldığı durumda bireylerin bu durumu herhangi bir kuruluşa bildirip bildirmeyeceğine dair araştırmaya rastlanmamıştır. Dolayısıyla bu araştırma bulgusu önemli bir bulgu niteliğindedir. Katılımcıların büyük çoğunluğunun örnek olaydaki gibi bir aile içi şiddete tanık olmaları durumunda şikayette bulunmak isteseler polise başvuracağını bildirmesi, şiddet gibi suçlarla ilgilenen birimin emniyet müdürlükleri olduğunu düşünmeleri ve polisleri ulaşılabilir meslek grubu olarak gördükleri düşünülebilir.

Şiddet mağduru kadınlar, düşük eğitim seviyesi, ekonomik bağımlılık, çocukların iyiliği, geleneksel aile yapısını bozma korkusu, endişe duyma ve dışlanma korkusu gibi nedenlerle şiddete sessiz kalmaktadır (38). Bu çalışmada da katılımcıların %25.8'i örnek olaydaki kadının eşi tarafından öldürülmekten korktuğundan ve %25.5'i eşinin düzeleceğine inandığından şikayetçi olmadığını düşündüklerini belirtmiştir. Ayrıca örnek olayda kadının şikayetçi olmama nedeni olarak kadınların %47.2'si ve erkeklerin %38.4'ü kadının kendini güvende hissetmediğini düşündüğünü ifade etmiştir. İtalya'da sağlık personelleriyle yapılan nitel çalışmada katılımcıların, özgüven eksikliği olan kadınların şiddet karşısında affedici tutumda olduklarını düşündüğü bulunmuştur (39). Bu araştırmada katılımcıların çoğu örnek olaydaki kadının aile içi şiddete maruz kaldığı halde şikayette bulunmama nedeni olarak korkuyu ve şiddet uygulayan bireyin değişebileceğini göstermiştir. Bu sonuca göre aile içi şiddet durumunda kadınların korku nedeniyle şiddete boyun eğmemesi adına şiddet mağdurlarını koruyan politikaların ve mekanizmaların geliştirilmesi gerektiği; şiddetin failinin kendi kendine değişebileceği inancını değiştirmek adına şiddete yönelik farkındalığın oluşturulması ve arttırılması gerektiği ifade edilebilir.

Toplumun eğitilmiş kesimi olan üniversite öğrencilerinin, KYAİŞ'e tanık olmaları durumunda şiddete sessiz kalmaması, böyle bir durumda yardım alınabilecek kurum ve kuruluşlar hakkında bilgi sahibi olması gerektiği düşünülmektedir. Bu çalışmada katılımcıların %21.1'i şiddet gören bireylerin aile ve sosyal politikalar bakanlığından, %20.5'i polisten destek alabileceğini ifade ederken, %40'ı herhangi bir fikrinin olmadığını belirtmiştir. Bir araştırmada şiddet mağduru kadınların bazılarının nereye, nasıl başvuracağı hakkında bilgiye sahip olmadıkları; aile içi şiddete yönelik çabalara farkındalığın arttığı bilirse de bu çabaların toplum ile buluşturulmasında sorun olduğu ifade edilmiştir (40). Bu araştırmada da toplumun eğitim seviyesi yüksek kesiminde beş kişiden birinin şiddet gören bireylerin destek alabileceği kurum ve kuruluşlar hakkında bilgi sahibi olmadığını ifade etmesi bizim toplumumuzda da şiddete yönelik farkındalığı arttırma çabalarının toplumla buluşturulmasında sorun olduğunu ortaya koymaktadır.

Çalışmamızda daha önce şiddete uğrayan katılımcıların %10.9'unun, örnek olayda şiddete uğrayan kadının bu durumu normalleştirdiğini; %49.8'inin kadının geleneksel tutuma sahip olduğunu düşündüğü belirlenmiştir. Daha önce şiddete maruz kalmayanların %20.9'unun, örnek olaydaki kadının durumu normalleştirdiğini; %33.6'sının kadının geleneksel tutuma sahip olduğunu düşündüğü bulunmuştur. Amerika'da yapılan bir araştırmada kamuya açık alanda sergilenen aile içi şiddete toplumun tepkisi, gizli kameralar aracılığıyla çekilmiştir. Çalışmada toplumun sadece o alandan uzaklaştığı ve aile içi şiddet mağdurlarına müdahale veya yardım etmediği gözlenmiştir (43). Şiddet karşısında kadınların davranışlarının incelediği bir çalışmada da şiddete maruz kalmalarına rağmen, kadınların %87.3'ünün şiddet karşısında hiçbir tepki vermedikleri bulunmuştur. Kadınların %5.9'unun karakola, %2.9'unun adliyeye ve %2.9'unun sağlık birimine başvuruda bulunduğu belirlenmiştir (44). Bu çalışmada da şiddet karşısında kadınların %50'si pasif tepki, %37.9'u aktif tepki verirken, erkeklerin %36.5'i pasif tepki, %49.3'ü aktif tepki göstermiştir.

Şiddet öğrenilen bir davranış türüdür ve öğrenme kaynaklarından en önemlisi bireyin kendi ailesidir. Günümüzde hala erkeğe, eşine/partnerine şiddet uygulama hakkı tanıyan toplumlar bulunmaktadır. Erkeğin şiddet uygulamayı kendinde hak görerek yetişmesi, kadının da şiddet görmenin normal olduğunu deneyimleyerek büyümesi, toplumsal boyutta aile içi şiddetin sıradan bir olgu olarak algılanmasına ortam hazırlamaktadır. Bu çalışmada daha önce aile içi şiddet gören katılımcıların

görmeyenlere göre şiddeti daha fazla normalleştirdiği bulunmuştur. Bir çalışmada 20 yıl süren takip sonucunda çocukluk çağında aile içi şiddet gören bireylerin, sonraki yıllarda kendi ailelerine şiddet uygulama oranlarının %12 arttığı belirlenmiştir. Üniversite öğrencileriyle yapılan bir çalışmada da daha önce şiddete maruz kalan öğrencilerin, ileriki yaşamlarında şiddet uygulama ihtimallerinin daha yüksek olacağı bildirilmiştir. Ürdün'de 47.102 üniversite öğrencisinin dâhil edildiği araştırmada, şiddet eğilimi olan öğrencilerin %49.4'ünün ailesinden şiddet gördüğü bulunmuştur (43,44).

Sınırlılıklar

Araştırmanın belli tarih aralığında, belirtilen fakültelerde öğrenim gören öğrencilerle yapılmış olması, sonuçların yalnızca bu örneklem için genellenebilir olduğunu göstermektedir. Ayrıca araştırmada örneklem seçimine gidilmeden belirlenen tarih aralığında fakültelerde öğrenim gören ve araştırmaya katılımda gönüllü öğrencilerle gerçekleştirilmiş olması da sınırlılıklar arasındadır.

Sonuçların Uygulamada Kullanımı

Küresel bir sorun olan KYAİŞ, toplumsal ve bireysel bakımdan olumsuz sonuçlarıyla varlığını sürdürmektedir. Şiddetin önlenmesi için toplumun tüm kesimlerinin, çaba göstermesi gerekli ve önemlidir. Şiddetin nedeni tek bir olguya bağlanmadığından, şiddet çok boyutlu olduğundan tanılanması ve çözümlenmesi zor olabilmektedir. Şiddeti önlemede politikaların düzenlenmesi kadar etkin bir şekilde uygulanması da önemlidir. Bu sebeple eğitim, sağlık, hukuk ve sosyal hizmetlerle ilgili yapılan planlamalarda disiplinlerarası iş birliği gerekmektedir. Çalışma sonucu üniversite öğrencilerinin, KYAİŞ'i çoğunlukla desteklemediklerini (olumsuz tutuma sahip olduklarını) göstermektedir. Düşük oranda da olsa KYAİŞ'i destekleyen (olumlu tutumda olan) öğrencilerin olması, bu konuda bilinçlendirilmelerinin önemini göstermektedir. Katılımcıların önemli bir kısmının yaşamları süresince örnek olaya benzer şiddete tanık olduğu ve kendilerinin de şiddete maruz kaldıkları, daha önce aile içi şiddet gören katılımcıların görmeyenlere göre şiddeti daha fazla normalleştirdiği bulunmuştur. Toplumun geleceğini oluşturan üniversite öğrencilerinin şiddet durumunda başvurulacak birimler hakkında yeterli bilgiye sahip olmaması dikkat çekici bir bulgudur. Öğrencilerin konuyla ilgili farkındalığını artırmak ve şiddeti önleyici eylemleri uygulama becerilerini geliştirmek için eğitim ve destek programları sağlanmalıdır. Bunun yanı sıra toplum tabanlı şiddeti önleme amaçlı destek programlarının planlanması önerilebilir. Öğrencilere etkili ve mantıklı problem çözme alışkanlıklarının kazandırılması şiddet oranlarını azaltacaktır. Bu çalışma geniş bir örnekleme, örnek olay çözümlenmesi yoluyla üniversite öğrencilerinin KYAİŞ'e yönelik tutumlarının belirlenmesi sebebiyle, gelecekte yapılması planlanacak araştırmalara zemin oluşturacak niteliktedir. Ulusal düzeyde farklı coğrafi bölgelerde yer alan üniversite öğrencilerinin dahil edildiği daha geniş bir popülasyonda tekrarlanması literatüre katkı sağlayacaktır.

Bilgilendirme

Yazarların katkı oranı beyanı şöyledir: fikir/kavram NŞ, BY, NA; tasarım NŞ, BY, NA; denetleme/danışmanlık NŞ; veri toplama ve işleme BY, NA; analiz ve yorum BY, NA, NŞ; kaynak taraması BY, NA, NŞ; makalenin yazımı BY, NA, NŞ.

Çalışmanın etik kurul izni bir devlet üniversitesinin Sosyal Bilimler ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu'ndan (Sayı: 35980450-663.05-Tarih: 23/11/2018) alınmıştır. Araştırmacılar arasında herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Araştırmanın bütçesi yazarlar tarafından karşılanmıştır ve araştırma için herhangi bir finansal destek alınmamıştır.

Teşekkür: Yazarlar veri toplama sürecinde verdikleri destek nedeniyle çalışmanın yapıldığı kurumlara ve araştırmaya katılan gönüllü katılımcılara teşekkür eder.

Kaynaklar

1. World Health Organization. Multi-country study on women's health and domestic violence against women 2005; World Health Organisation, Geneva. URL: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/24159358X/en/>
2. Yagiz R, Sevil Ü, Guner Ö. The effect of university students' violence tendency on their attitude towards domestic violence and the factors affecting domestic violence attitudes. *J Inj Violence Res* 2020;12(1):39–46.
3. Sigurdsson EL. Domestic violence-are we up to the task? *Scand J Prim Health Care* 2019;37(2):143-144.
4. Semahegn A, Mengistie B. Domestic violence against women and associated factors in ethiopia; Systematic review. *Reprod Health* 2015;12(1):78.
5. Sahin NH, Dissiz M. Development study of attitude scale towards domestic violence among healthcare professionals. *Int J Hum Sci* 2009;6(2):263–74.
6. World Health Organization (WHO). Violence against women: Intimate partner and sexual violence against women. Fact sheet 2016; World Health Organisation, Geneva. URL: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/en/
7. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye'de kadına yönelik aile içi şiddet araştırması 2015; Ankara. URL: <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/KKSA-TRAnaRaporKitap26Mart.pdf>
8. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye nüfus ve sağlık araştırması 2018 (TNSA-2018) 2019; Ankara. URL: http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/TNSA2018_ana_Rapor.pdf
9. Fundamental Rights Agency (FRA). Violence against women: An Eu-Wide survey main results. European Union Agency for fundamental rights 2014; Fundamental Rights Agency. URL: <https://fra.europa.eu/en/project/2012/fra-survey-gender-based-violence-against-women/events>
10. World Health Organization. Violence prevention 2017; World Health Organisation, Geneva. URL: https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/en/
11. Gunay G, Bener O. Domestic violence against girls and Its causes: An investigation from the point of university students. *Journal of New World Sciences Academy Social Sciences* 2011;6(1):1–17.
12. Doran F, Hutchinson M. Student nurses' knowledge and attitudes towards domestic violence: Results of survey highlight need for continued attention to undergraduate curriculum. *Journal of Clinical Nursing* 2017; 26(15-16): 2286-2296.
13. Pinar SE, Sabanciogullari S. Nursing and midwifery students' attitudes towards violence against women and recognizing signs of violence against women. *International Journal of Caring Sciences* 2019;12(3), 1520.
14. Vural PI, İnangil D, Körpe, G. Üniversite öğrencilerinin şiddete ve aile içi şiddete yönelik tutumları ve ilişkili faktörler. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi* 2020;3(3), 272-279.
15. Aktaş D. Attitudes of university students towards domestic violence against women. *Clinical and Investigative Medicine* 2016; S173-S178.
16. Güçlü İ. Sosyal bilimlerde nitel araştırma yöntemleri teknik-yaklaşım-uygulama. 1. Basım. İstanbul: Nobel Akademik Yayıncılık Eğitim Danışmanlık Tic. Ltd. Şti; 2019: 319-345.
17. Aytaçlı B. Durum çalışmasına ayrıntılı bir bakış. *Adnan Menderes Üniversitesi Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi* 2012;3(1): 1-9.
18. Cao Y, Yang S, Wang G, Zhang Y. Sociodemographic characteristics of domestic violence in China: A population case-control study. *J Interpers Violence* 2014; 29(4):683–706.
19. Harding T, Whitehead, D. Nursing & midwifery research: Methods and appraisal for evidence-based practice. 5th edition. Schneider Z, Whitehead D. Elsevier; 2016. pp. 141-160.
20. Babacan GA., Şıpkın S., Erdem, Ö. Kadına yönelik eş şiddeti yaygınlığı ve kadınların baş etme yöntemleri. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2020;11(2), 79-87.
21. American College of Emergency Physicians. Domestic family violence. *Ann Emerg Med* 2019; 74(3):e32-e33.
22. Sugg N. Intimate partner violence: Prevalence, health consequences, and intervention. *Med Clin North Am* 2015; 99(3):629-49.
23. Fulu E, Warner X, Miedema S, Jewkes R, Roselli T, Lang J. Why do some men use violence against women and how can we prevent it? Quantitative findings from the united nations multi-country study on men and violence in Asia and the Pacific. Bangkok: UNDP, UNFPA, UN Women and UNV 2013; pp. 1–120.
24. Dönmez G, Şimşek H, Günay T. Evli erkeklerde eşlerine yönelik şiddet ve ilişkili etmenler. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi* 2012;10(3):151–9.
25. World Health Organization. World report on violence and health. Chapter 4. Violence by intimate partners 1999; World Health Organisation, Geneva. URL: https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/full_en.pdf?ua=1

26. TBMM İnsan Hakları İnceleme Komisyonu. Kadına ve aile bireylerine yönelik şiddet inceleme raporu 2011; Ankara. URL: <http://saglikcalisanisagligi.org/tezler2/kadinsiddet.pdf>
27. World Health Organisation (WHO), Pan American Health Organization (PAHO). Intimate partner violence understanding and addressing violence against women 2012; World Health Organisation, Geneva. URL: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77432/WHO_RHR_12.36_eng.pdf?sequence=1.
28. Woodyatt CR, Stephenson R. Emotional intimate partner violence experienced by men in same-sex relationships. *Cult Health Sex* 2016;18(10):1137-49.
29. Aslan M., Demirci Ç. Toplumsal cinsiyet eşitsizliği ve aile içi şiddet etkileşimi: Üniversite öğrencileri üzerine nitel bir araştırma. *Business & Management Studies: An International Journal* 2019;7(5):3027-46.
30. Efe ŞY, Ayaz S. Kadına yönelik aile içi şiddet ve kadınların aile içi şiddete bakışı. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2010;11(1):23-9.
31. Dağlar G, Bilgic D, Demirel G. Ebelik ve hemşirelik öğrencilerinin kadına yönelik şiddete ilişkin tutumları. *Dokuz Eylül Üniv Hemsire Fak Elektronik Derg* 2017;10(4):220-8.35.
32. Kaplan S, Akalın A, Pınar G, Yılmaz T. Hemşirelik öğrencilerinin kadına yönelik aile içi şiddete ve mesleki rollerine yönelik tutumları. *Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik E-Dergisi* 2014;2(1):26-35.
33. Altıntop Ö, Adana F. Yeni evli çiftlerin aile içi şiddete yönelik tutumları ve ilişkili faktörler. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2019;8(3):268-76.
34. Aktaş B, Kaya F, Daştan NB. Hemşirelik ve ebelik öğrencilerinin ailede kadına yönelik şiddete ilişkin tutumları. *OPUS Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi* 2019;14(20), 1448-1474.
35. Dikmen HA, Marakoğlu K. Hemşirelik öğrencilerinin toplumsal cinsiyet rolleri ile kadına yönelik şiddete ilişkin tutumlarının incelenmesi. *Genel Tıp Dergisi* 2019;29(2).
36. Gharaibeh MK, Abu-Baker NN, Aji S. Attitudes toward and justification for wife abuse among Syrian medical and nursing students. *J Transcult Nurs* 2012;23(3):297-305.
37. Özçakar N, Yeşiltepe G, Karaman G, Ergöner AT. Domestic violence survivors and their experiences during legal process. *J Forensic Leg Med* 2016;40:1-7.
38. Özçakar N. Farklı boyutlarıyla şiddet. *Klinik Tıp Aile Hekimliği* 2017;9(2):55-60.
39. Procentese F, Di Napoli I, Tuccillo F, Chiurazzi A, Arcidiacono C. Healthcare professionals' perceptions and concerns towards domestic violence during pregnancy in southern Italy. *Int J Environ Res Public Health* 2019;16(17):3087-104.
40. Mahapatro M, Singh SP. Coping strategies of women survivors of domestic violence residing with an abusive partner after registered complaint with the family counseling center at alwar, India. *J Community Psychol* 2020; 48(3):818-833.
41. Samuel LJ, Tudor C, Weinstein M, Moss H, Glass N. Employers' perceptions of intimate partner violence among a diverse workforce. *Saf Health Work* 2011;2(3):250-9.
42. Köşgeroğlu N, Çulha İ, Öz Z, Yılmaz A. Şiddet karşısında kadınların davranışlarının incelenmesi. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi* 2015; 3(9): 342-350.
43. Adıbelli D, Ünal AS, Şen T. Attitudes of young adult men toward domestic violence and factors affecting their attitudes in Turkey. *J Interpers Violence* 2019;34(18):3961-77.
44. Okour AM, Hijazi HH. Domestic violence and family dysfunction as risk factor for violent behavior among university students in North Jordan. *J Fam Violence* 2009;24(6):361-6.

Kısaltmalar

KYAIŞ: Kadına yönelik aile içi şiddet

Yetişkinlerin Beslenme Bilgisi ve Besin Tercihleri ile Beden Kütle İndeksi Arasındaki İlişki: Kesitsel Bir Çalışma

 Yaren KESKİN¹,  Yusuf AKAR²,  Özden ERDEM³,  Saime EROL⁴

¹ Hemşire, Süreyyapaşa Eğitim Araştırma Hastanesi, Yoğun Bakım Birimi, İstanbul, Türkiye.

² İstanbul Eğitim Araştırma Hastanesi, Yoğun Bakım Birimi, İstanbul, Türkiye.

³ Araş.Gör.Dr. Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Çanakkale, Türkiye.

⁴ Prof. Dr., Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye.

Öz

Giriş: Beslenme bilgisinin yeterli olması sağlıklı besin tercihleri için önemlidir. **Amaç:** Bu çalışmada yetişkin bireylerin beslenme bilgisi ve besin tercihleri ile Beden Kütle İndeksi arasındaki ilişkiyi belirlemek amaçlandı. **Yöntem:** Aralık 2019 – Mart 2020 tarihleri arasında kesitsel tasarımla yürütülen çalışmanın evrenini, İstanbul ilinin iki farklı ilçesindeki Aile Sağlığı Merkezlerine kayıtlı yetişkin bireyler oluşturdu. Örneklem, oransız tabakalı örnekleme yöntemi ile belirlendi. Aile Sağlığı Merkezlerine başvuran yetişkinlerden bir kadın, bir erkek olacak şekilde sistematik olarak alınan 444 birey örnekleme oluşturdu. Araştırmanın gücü Temel Beslenme bilgisi bölümü için 0,89, Beslenme tercihi bölümü için 0,99 bulundu. Veriler Yetişkinlerin Beslenme Bilgi ve Besin Tercihleri Ölçeği, anket formu ve boy, kilo ölçümleri alınarak toplandı. Tanımlayıcı istatistikler, Pearson korelasyon analizi ve Ki kare analizi ile değerlendirildi. **Bulgular:** Araştırmaya katılan yetişkinlerin %49,5'i kadın, %50,5'i erkek olup, yaş ortalaması 41.01±13.67'tir. Çalışma grubunun %56,1'i gibi büyük çoğunluğunun fazla kilolu ve obez olduğu ve beden kütle indeksi ortalamaları 25.81±4.37 bulundu. Bireylerin %45,9'unun beslenme bilgi düzeyleri orta, %36,5'inin iyi ve bireylerin %45,3'ünün besin tercihleri orta, %30,2'sinin iyi düzeyde olduğu bulundu. Yetişkinlerin medeni durum, gelir ve eğitim durumu değişkenleri ile Beden Kütle İndeksi arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p<.05). Beden Kütle İndeksi ile Temel Beslenme Bilgisi ve Besin Tercihi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı (p>.05). **Sonuç:** Yetişkinlerin beslenme bilgisi ve tercihleri yeterli olmasına rağmen büyük çoğunluğunun fazla kilolu/obez olması, besinlerin ihtiyaçtan fazla tüketilmesi ya da inaktif olmaları ile ilişkili olabileceği düşünüldü.

Anahtar Sözcükler: Yetişkin, Beslenme Bilgi, Besin Tercihi, Beden Kütle İndeksi.

Abstract

The Relationship Between Body Mass Index with Food Preference and Nutrition Knowledge of Adults: Cross-Sectional Study

Background: Adequate nutrition knowledge is important for healthy food choices. **Objectives:** The aim of this study is to determine the relationship between nutritional knowledge of adults and body mass index of nutritional preferences. **Methods:** The population of the study, which was carried out with a cross-sectional design between December 2019 and March 2020, consisted of adult individuals registered in Family Health Centers in two different districts of Istanbul. The sample was determined by non-proportional stratified sampling method. A sample of 444 individuals, one male and one female, were systematically recruited from adults who applied to Family Health Centers. The power of the study was found to be 0.89 for the Basic Nutrition section and 0.99 for the "Food Preference" section. The data were collected by using the questionnaire form, 'Nutrition Knowledge Level Scale For Adults' by measuring the height and weight of individuals. Descriptive statistics, Pearson correlation and Chi-square analysis were used. **Results:** Of the adults participating in the study, 49.5% were female and 50.5% were male, with an average age of 41.01 ± 13.67. The majority of the study group, such as 56.1% were overweight and obese and their mean body mass index was found to be 25.81 ± 4.37. It was found that 45.9% of individuals had medium nutritional information level, 36.5% were good, 45.3% of individuals had medium nutritional preferences and 30.2% were good. The difference between the marital status, income and education level variables of adults and Body Mass Index was found statistically significant (p<.05). There was no statistically significant relationship between Body Mass Index and Nutrition Knowledge and Food Preference mean scores (p>.05). **Conclusion:** Although the nutritional information and preferences of adults are sufficient, it was thought that the majority of them may be related to being overweight/obese, consuming more than necessary or being inactive.

Key words: Adults, Nutritional Knowledge, Food Preference, Body Mass Index

Geliş Tarihi / Received: 27.09.2020 **Kabul Tarihi / Accepted:** 04.03.2022

Correspondence Author: araş.Gör.Dr. Özden ERDEM, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü/Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı/ İSTANBUL

E posta: ozden85@gmail.com

Cite This Article: Keskin Y, Akar Y, Erdem Ö, Erol S. Yetişkinlerin Beslenme Bilgisi ve Besin Tercihleri ile Beden Kütle İndeksi Arasındaki İlişki: Kesitsel Bir Çalışma. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 2022; 15(2):149-162.

 Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi 2022 Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License

Toplumun önemli belirleyicilerden biri sağlığını etkileyen en önemli belirleyicilerden biri beslenmedir (1). Beslenme, bireylerin büyümesi, gelişmesi, sağlıklı bir şekilde yaşamlarını devam ettirebilmeleri için gerekli olan en temel yapıtaşdır. Beslenmenin amacı, karın doyurmak değil, vücudun ihtiyaç duyduğu temel besin gruplarını yeterli ve dengeli şekilde almaktır. Temel besin öğeleri, karbonhidratlar, proteinler, yağlar, mineraller, vitaminler ve sudur. Bu besin öğelerinden herhangi birinin alınmaması veya gereğinden az ya da çok alınması büyüme ve gelişmede bozukluklara yol açıp sağlığı olumsuz yönde etkilemektedir (2).

Besin tercihleri de sağlığın korunması, geliştirilmesi ve sürdürülmesi açısından önemlidir (3). Dünyada son 40 yılda evde hazırlanan yemeklerin tüketiminde önemli bir değişim yaşanmıştır. 1970'lerde günlük besin tüketiminin %16.6'sı dışarıdan hazır gıdalardan sağlanırken; günümüzde bu oran %33.3'e yükselmiştir (4). Geleneksel beslenme alışkanlıkları yerini hazır, işlenmiş gıda, tuzlu, şekerli endüstriyel gıdalara bırakmıştır. Bu nedenle sağlığı tehdit eden kanserler, kardiyovasküler hastalıklar ve obezite gibi bulaşıcı olmayan hastalıkların oranlarında ciddi bir artış gözlenmiştir (5). Bu artışın bir başka sebebi ise beslenme bilgisindeki yetersizliktir. Literatürde beslenme bilgisindeki yetersizlik ile obezite arasında pozitif yönde ilişki olduğu bildirilmektedir (1,5). Bireyin yaşına, cinsiyetine BKİ'ne, yaptığı işe ve genel sağlık durumuna göre dört besin grubundan ihtiyaca uygun şekilde tüketmesi, obeziteden korunmak ve sağlıklı olmak için önerilmektedir. Bireylerin beslenme hakkında yeterli ve güvenilir bilgiye sahip olmaları ve bu bilgilerini davranışa dönüştürmeleri durumunda toplum obeziteden korunmuş olacaktır. Bu nedenle toplumdaki bireylerin beslenme konusunda eğitilmesi önemlidir (1). Yapılan araştırmalar, beslenme eğitim programlarının beslenme bilgisi üzerinde etkisi olduğunu belirlediği gibi eğitim seviyesi yükseldikçe beslenme bilgisi de paralel olarak artmaktadır (1,6). Toplumdaki diğer beslenme sorunlarının nedenleri arasında ise; kültürel etmenler, çevre koşullarının sağlık kurallarına uygun olmayışı, kalabalık aile, eğitim yetersizliği, besin üretimi, dağıtımı, teknolojisi ve satın alma gücünde yetersizlik ve dengesizliktir (2). Yetişkinlerin günlük enerjilerinin %37 ve %43'ünü tahıl ve tahıl ürünlerinden karşılıyor olmaları da bu durumun bir göstergesidir (3,7).

Obezitenin temel nedeni tüketilen ve harcanan kaloriler arasındaki enerji dengesizliğidir. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre; yetişkin nüfusunun %39'u kilolu, %13'ü ise obezdir (8,9). Dünya nüfusunun %65'inin yaşadığı ülkelerde aşırı kiloluluk ve obezite, zayıflıktan daha çok ölüme sebebiyet vermekte ve obezite sebebiyle sağlığı bozulmuş bireylerin sayısı her geçen gün artmaktadır (10-12). Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırmasına göre (2010) 19 yaş ve üzerinde obezite sıklığı %30.3'tür. Erkeklerde bu oran %20.5 iken kadınlarda %41'dir (13). Obezite ile birlikte kronik hastalıkların görülme sıklığı da artmaktadır.

Obezitenin belirlenmesinde en fazla kullanılan yöntemlerden biri de Beden Kütle İndeksi (BKİ) hesaplamasıdır. Çin'de yapılan bir çalışmada, yetişkinlerin fazla kilolu olmaları ile diyet bilgisi arasında fark olmadığı, farkı yaratan etmenin yetişkinlerin beslenme bilgisindeki yetersizlik olduğu bulunmuştur (14). Ülkemizde yapılan çalışmada BKİ ile temel beslenme bilgi puanı ve beslenme sağlık arasındaki ilişki arasında negatif yönde korelasyon olduğu gösterilmiştir (15). Ülkemizde konu ile ilgili çalışmaların çoğunluğu öğrenciler ile yapılmıştır (6,16). Yetişkinler için Beslenme Bilgi Düzeyi Ölçeğinin ve BKİ'nin kullanılarak yapıldığı tek bir çalışmaya ulaşılmıştır (15). Bu doğrultuda toplumda yaşayan yetişkinlerin beslenme bilgi düzeyinin ve besin tercihinin beden kütle indeksiyle olan ilişkisinin araştırılması gerektiği düşünülmektedir. Aile Sağlığı Merkezi (ASM) başta olmak üzere sağlık sisteminin tüm basamaklarında çalışan hemşireler, hizmet verdikleri bireylerin beslenme alışkanlıklarını, beslenme ile ilgili bilgi düzeylerini ve besin tercihlerini değerlendirerek sorunları saptayabilir ve sağlık eğitimi, danışmanlık yaparak destek olabilirler.

Amaç

Araştırma, yetişkin bireylerin beslenme bilgi düzeyleri ve besin tercihleri ile Beden Kütle İndeksi arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yürütülmüştür.

Araştırmanın Soruları

- Yetişkin bireylerin Beslenme Bilgisi ve Besin Tercihleri ile BKİ grupları arasında ilişki var mıdır?
- Yetişkin bireylerin sosyodemografik özellikleri ile BKİ arasında fark var mıdır?
- Yetişkin bireylerin beslenme özellikleri ile BKİ arasında fark var mıdır?
- Yetişkin bireylerin sosyodemografik özellikleri ile Beslenme Bilgi Düzeyi ve Besin Tercihi ölçeği puan ortalamaları arasında fark var mıdır?
- Yetişkin bireylerin beslenme özellikleri ile Beslenme Bilgi Düzeyi ve Besin Tercihi ölçeği arasında fark var mıdır?

Yöntem

Araştırmanın Tipi

Araştırma kesitsel tasarım ile yürütüldü.

Araştırmanın Yapıldığı Yer

Araştırma Aralık 2019 – Haziran 2020 tarihleri arasında İstanbul ili Anadolu yakasındaki iki farklı ilçesinde yer alan birer ASM'de yürütüldü. Aile sağlığı merkezlerinin isimleri A ve B şeklinde ifade edildi.

A ASM'de 9 hekim, 11 hemşire/ebe, 4 diğer sağlık çalışanları bulunmaktadır. Ayrıca 2 enjeksiyon odası, 1 kan alma odası, 1 emzirme odası, 2 enjeksiyon ve pansuman odası, 4 aşı bebek izlem odası bulunmaktadır. Hasta popülasyonu geliri düşük ve orta seviyeye sahip bireylerden oluşmaktadır.

B ASM'de 3 hekim, 5 hemşire/ebe, 1 diğer sağlık çalışanları bulunmaktadır. Ayrıca 1 enjeksiyon odası, 1 kan alma

odası, 1 emzirme odası, 1 enjeksiyon ve pansuman odası, 1 aşı bebek izlem odası bulunmaktadır. Hasta popülasyonu daha çok gelir durumu orta ve üst seviyeye sahip bireylerden oluşmaktadır.

Araştırmanın Evreni/Örnekleme

Araştırmanın evrenini, İstanbul ili Maltepe ve Üsküdar ilçelerinde yer alan birer ASM'ye kayıtlı yetişkin bireyler oluşturdu (N=28967). Evreni bilinen örneklem hesabı yapılarak araştırmanın örnekleme en az 379 olarak belirlendi (%95 güven aralığı ve %5 yanılma olasılığı). Evren, cinsiyet değişkeni üzerine tabakalandırıldı. Örneklemin oluşturulmasında olasılıklı örnekleme yöntemlerinden oransız tabakalı örnekleme yöntemi kullanıldı. Örnekleme, Ocak 2020 ile Nisan 2020 tarihleri arasında, perşembe ve cuma günleri herhangi bir sebep ile ASM'lere başvuran yetişkinlerden bir kadın, bir erkek olacak şekilde sistematik olarak alınan bireyler oluşturdu. Zihinsel engeli, dil farklılığı, iletişim sorunu ve tedavi gerektirecek düzeyde ruhsal problemi olmayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden yetişkinler çalışmaya dahil edildiğinde 444 yetişkin ile çalışma tamamlandı. Araştırmanın sonunda güç analizi yapıldı. Buna göre araştırmanın gücü Temel Beslenme bilgisi bölümü için 0,89, Beslenme tercihi bölümü için 0,99 bulundu.

Araştırmanın Değişkenleri:

Bağımlı değişken: Beden Kütle İndeksi

Bağımsız değişkenler: Beslenme Bilgi Düzeyi Ölçeği Puan ortalaması ve Besin Tercihleri Ölçeği puan ortalaması, sosyodemografik özellikler, beslenme özellikleri

Veri toplama Araçları-Geçerlik ve Güvenirlik Bilgileri

Anket Formu: Beşi açık uçlu, 24 çoktan seçmeli olmak üzere toplamda 29 sorudan oluşmaktadır. Araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda hazırlanmıştır (6,16,17). Formda yetişkinlerin sosyo-demografik özellikleri ve beslenme durumları sorgulanmaktadır.

Yetişkinler İçin Beslenme Bilgi Düzeyi Ölçeği: Ölçek, Batmaz ve Güneş (2019) tarafından geliştirilmiştir (17). Ölçek, Besin tercihi değerlendiren 20 madde ve Temel Beslenme ve Besin Sağlık İlişisini (Temel Beslenme Bilgisini) içeren 12 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin 1, 3, 6, 8, 13, 16, 19 ve 20. maddeleri ters puanlanmaktadır. Ölçek 4-kesinlikle katılıyorum, 0-kesinlikle katılmıyorum şeklinde beşli likert tipinde puanlanmaktadır. Temel Beslenme Bilgisi ölçeği için Cronbach's Alpha değeri .72, Beslenme tercihi ölçeği için Cronbach's Alpha değeri .70 olarak belirlenmiştir. Bu çalışmada Temel Beslenme Bilgisi ölçeği için Cronbach's Alpha değeri .60, Besin Tercihi ölçeği için .56 bulunmuştur. YETBİD ölçeği sonucu alınan toplam puanlar Temel Beslenme Bilgisi için kesim noktalarına göre; 45'den küçük puan alanların beslenme bilgi düzeyi "kötü", 45-55 puan arası olanların "orta", 56-65 puan arası olanların "iyi", 65 puan üzeri olanların "çok iyi" olarak değerlendirilmektedir. Besin Tercihi için, 30 puanın altında alanlar besin tercihi "kötü", 30-36 puan arası olanlar "orta", 37-42 puan arası olanlar "iyi", 42 puan üzeri "çok iyi" olarak değerlendirildi. Temel Beslenme Bilgisi ölçeğinden alınabilecek minimum puan 0, maksimum puan 80, Besin Tercihleri ölçeğinden alınabilecek minimum puan 0, maksimum puan 48'dir.

Beden Kütle İndeksi (BKİ): Bireylerin boy ve kiloları araştırmacılar tarafından ölçülmüştür. $BKİ = \text{vücut ağırlığı (kg)} / \text{boy uzunluğu (m)}^2$ denklemine göre hesaplanmış olup; 18.5 kg/m²'nin altında ise zayıf, 18.5-24.9 kg/m² arasında ise normal kilolu, 25-29.9 kg/m² arasında ise fazla kilolu, 30 kg/m² ve üzeri olanlar obez olarak değerlendirildi (18).

Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 21.0 programı kullanılarak değerlendirildi. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler için sayı ve yüzde kullanıldı. Beden kütle indeksi ortalamaları ile ölçek puan ortalamaları arasındaki ilişkiye Pearson korelasyon analizi ile bakıldı. Ölçeğin kesim noktaları ile BKİ grupları arasındaki fark ki-kare analizi ile, YETBİD ölçeği alt boyutlarının puanları bağımsız değişkenlere göre anlamlı farklılık gösterip göstermediği bağımsız grup t testi ve Anova ile değerlendirildi. İstatistiksel anlamlılık düzeyi p<.05 kabul edildi. Çalışmadan sonra güç analizi (post-hoc) yapıldı ve araştırmanın gücü yeniden hesaplandı.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmaya başlamadan önce Sağlık Bilimleri Fakültesi girişimsel olmayan klinik araştırmalar etik kurulundan 15.11.2019 tarihli 125 no'lu etik izin, sonrasında çalışmanın kurum izinleri alındı. Bireylerin katılım onamları yazılı olarak alındı. Makalede araştırma ve yayın etiğine uyuldu.

Bulgular

Yetişkin bireylerin beslenme bilgi düzeyleri ve besin tercihleri ile Beden Kütle İndeksi arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmanın bulguları tablo ve açıklamaları şeklinde sunuldu.

Tablo 1. Yetişkinlerin Sosyo-demografik Özellikleri (n = 444)

Değişkenler		n	%
Cinsiyet	Kadın	220	49.5
	Erkek	224	50.5
Yaş grupları (Ort. = 41.01 ± 13.67)	18-37 yaş	205	46.2
	38-57	180	40.5
	58-77	59	13.3
Medeni Durum	Evli	287	64.6
	Bekar	157	35.4
Eğitim durumu	İlkokul/Ortaokul	50	11.2
	Lise	147	33.1
	Üniversite	216	48.6
	Yüksek Lisans-Doktora	31	7.0
Çalışma Durumu	Evet	245	55.2
	Hayır	199	44.8
Meslek	Diyetisyen	5	1.1
	Sağlık Personeli (Hemşire, Hekim vs.)	43	9.7
	Sağlık Personeli Olmayanlar	396	89.2
Maddi Gelir	0-2000 TL	70	15.8
	2001-5000 TL	210	47.3
	5001-8000 TL	109	24.5
	8001-11000 TL	42	9.5
	11001 TL ve üzeri	13	2.9
Sigara kullanımı	Kullanıyor	189	42.6
	Kullanmıyor	255	57.4
Alkol Kullanımı	Kullanıyor	196	44.1
	Kullanmıyor	248	55.9
Ağız ve diş sağlığı sorunu	Evet	199	44.8
	Hayır	245	55.2
Protez diş	Evet	120	27.0
	Hayır	324	73.0
Beslenme ile ilgili daha önce eğitim alma durumu	Evet	245	55.2
	Hayır	199	44.8
BKİ grupları Boy Ort. = 169.20 ± 8.736 Kilo Ort. = 74.16 ± 14.58	Zayıf (18.5 kg/m ² 'nin altı)	15	3.4
	Normal (18.5-24.9 kg/m ²)	180	40.5
	Fazla kilolu (25-29.9 kg/m ²)	171	38.5
	Obez (30 kg/m ² ve üstü)	78	17.6

Araştırmaya katılan bireylerin %49.5'i kadın, %50.5'i erkekti, yaş ortalaması 41.01 ± 13.67 (min. = 18, max. = 82) olan bireylerin büyük çoğunluğu (%46.2) 18-37 yaş grubunda bulundu. Araştırmaya katılanların, %48.6'sı üniversite mezunudur. Bireylerin %55.2'si çalıştığını ifade etti ve %89.2'sinin mesleği sağlık personeli dışında bir meslekti. Bireylerin %47.3'ü aylık maddi gelirininin 2001-5.000TL arasında olduğunu, %42.6'sı sigara, %44.1'i alkol kullandığını bildirdi. Yetişkinlerin %44.8'i ağız ve diş sağlığı problemi, %27'si protez dişinin olduğunu bildirdi. Araştırmaya katılan bireylerin %44.8'i daha önce beslenmeye ilgili eğitim almadığını ifade etti. Yetişkinlerin boy ortalaması 169.20 ± 8.736, kilo ortalamaları 74.16 ± 14.58 ve BKİ ortalamaları 25.81 ± 4.37'dir. Beden kütle indeksi değerleri kadınlarda 25.16 ± 4.64, erkeklerde 26.45 ± 4 bulundu. Bireylerin %38.5'i fazla kilolu ve %17.6'sı obezdir (Tablo 1).

Tablo 2. Yetişkinlerin Beslenme Özellikleri (n = 444)

Değişkenler		n	%
Toplam gelirden beslenmeye ayrılan payın yüzdesi	%0-5	10	2.3
	%5.1-10	20	4.5
	%10.1-20	71	16.0
	%20.1-30	153	34.5
	%30.1-40	112	25.2
	%40.1 ve üstü	78	17.6
Günlük öğün sayısı	Bir öğün	4	0.9
	İki öğün	127	28.6
	Üç öğün	253	57.0
	Dört öğün	30	6.8
	Beş öğün	15	3.4
	Altı öğün	15	3.4
Öğün atlama	Her zaman	176	39.6
	Bazen	159	35.8
	Hiçbir zaman	109	24.5
En çok önem verilen öğün	Kahvaltı	225	50.7
	Öğle Yemeği	54	12.2
	Akşam Yemeği	163	36.7
	Ara Öğünler	2	0.5
Hazır gıda tüketme	Her zaman	130	29.3
	Bazen	222	50.0
	Hiçbir zaman	92	20.7
Dışarıdan yemek yeme	Her zaman	114	25.7
	Bazen	265	59.7
	Hiçbir zaman	65	14.6

Araştırmaya katılan yetişkinlerin %17.6'sı gelirlerinin %40.1 ve üstünü beslenmeye ayırdığını ifade etti. Yetişkinlerin %57.0'si günde üç öğün beslendiğini, %39.6'sı öğün atladığını bildirdi. En çok önem verilen öğün sorusuna %50.7'si kahvaltı cevabını verdi. Araştırmaya katılan yetişkinlerin %29.3'ü her zaman hazır gıda tükettiğini, %25.7'si her zaman dışarıdan gıda tükettiklerini bildirdi (Tablo 2).

Tablo 3. Yetişkinlerin Beslenme Bilgi Düzeyleri ile Beden Kütle İndekslerinin Karşılaştırılması

Ölçek alt boyutları	Beden Kütle İndeksi					İstatistik		
	Zayıf (n = 15)	Normal (n = 180)	Fazla Kilolu (n = 171)	Obez (n = 78)	Toplam (n = 444)	x ²	p	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)			
Temel Beslenme	Kötü	1 (2.0)	18 (36.0)	23 (46.0)	8 (16.0)	50 (100.0)	3.83	0.922
	Orta	9 (4.4)	85 (41.7)	73 (35.8)	37 (18.1)	204 (100.0)		
	İyi	5 (3.1)	65 (40.1)	63 (38.9)	29 (17.9)	162 (100.0)		
	Çok İyi	0 (0.0)	12 (42.9)	12 (42.9)	4 (14.3)	28 (100.0)		
Besin Tercihi	Kötü	0 (0.0)	13 (35.1)	16 (43.2)	8 (21.6)	37 (100.0)	5.00	0.834
	Orta	7 (3.5)	85 (42.3)	76 (37.8)	34 (16.4)	202 (100.0)		
	İyi	6 (4.5)	50 (37.3)	56 (41.8)	22 (16.4)	134 (100.0)		
	Çok İyi	2 (2.8)	32 (45.1)	23 (32.4)	14 (19.7)	71 (100.0)		

Yetişkinlerin Temel Beslenme Bilgisi ($r = .03$; $p = .486$) ve Besin Tercihleri ($r = .01$; $p = .731$) ölçeklerinin puan ortalamaları ile BKİ ortalamaları arasında Pearson korelasyon analizi sonucunda istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmadı.

Yetişkinlerin temel beslenme bilgileri değerlendirildiğinde, %11.2'si kötü, %45.9'u orta, %36.5'i iyi ve %6.3'ü çok iyi beslenme bilgisine sahiptir. Besin Tercihleri değerlendirildiğinde, %8.4'ü kötü, %45.4'ü orta, %30.2'si iyi ve %16'sı çok iyi besin tercihleri olduğu bulundu. Yetişkinlerin temel beslenme bilgi düzeyleri ve besin tercihi düzeyleri ile BKİ arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p > .05$) (Tablo 3).

Tablo 4. Yetişkinlerin Beden Kütle İndeksi ile Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması

Değişkenler	Beden Kütle İndeksi Grupları					İstatistik		
	Zayıf n (%)	Normal n (%)	Fazla Kilolu n (%)	Obez n (%)	Toplam n (%)	x ²	p	
Cinsiyet grupları	Kadın	11(5.0)	94 (42.7)	79 (35.9)	36 (16.4)	220 (100.0)	4.96*	.172
	Erkek	4 (1.8)	86 (38.4)	92 (41.1)	42 (18.8)	224 (100.0)		
Medeni Durum	Evli	6 (2.1)	90 (31.4)	133 (46.3)*	58 (20.2)	287 (100.0)	36.9	.00
	Bekar	9 (5.7)	90 (57.3)*	38 (24.2)	20 (12.7)	157 (100.0)		
Eğitim Durumu	İlkokul/Ortaokul	3 (6.0)	8 (16.0)	23 (46.0)	16 (32.0)	50 (100.0)	34.7	.00
	Lise	3 (2.0)	47 (32.0)	65 (44.2)	32 (21.8)	147 (100.0)		
	Üniversite	9(4.2)	108 (50.0)*	73 (33.8)	26 (12.0)	216 (100.0)		
	Master-Doktora	0 (0.0)	17 (54.8)	10 (32.3)	4 (12.9)	31 (100.0)		
Meslek	Diyetisyen	0 (0.0)	3 (60.0)	2 (40.0)	0 (0.0)	5 (100.0)	6.94	.377
	Sağlık Personeli	4 (9.3)	18 (41.9)	14 (32.6)	7 (16.3)	43 (100.0)		
	Sağlık personeli olmayanlar	11 (2.8)	159 (40.2)	155 (39.1)	71 (17.9)	396 (100.0)		
Maddi Gelir	0-2000 TL*	4 (5.7)	43 (61.4)*	15 (21.4)	8 (11.4)	70 (100.0)	30.6	.002
	2001-5000 TL	5 (2.4)	76 (36.2)*	79 (37.6)	50 (23.8)	210 (100.0)		
	5001-8000 TL	4 (3.7)	39 (35.8)	50 (45.9)	16 (14.7)	109 (100.0)		
	8001-11000 TL	1 (2.4)	18 (42.9)	20 (47.6)	3 (7.1)	42 (100.0)		
	11001 TL ve üstü	1 (7.7)	4 (30.8)	7 (53.8)	1 (7.7)	13 (100.0)		
Sigara Kullanımı	Kullanıyor	7(3.7)	90 (47.6)*	67 (35.4)	25 (13.2)	189 (100.0)	8.51	.036
	Kullanmıyor	8 (3.1)	90 (35.3)	104 (40.8)*	53 (20.8)	255 (100.0)		
Alkol Kullanımı	Kullanıyor	5 (2.6)	88 (44.9)	75 (38.3)	28 (14.3)	196 (100.0)	4.44*	.216
	Kullanmıyor	10 (4.0)	92 (337.1)	96 (38.7)	50 (20.2)	248 (100.0)		
Ağız ve Diş Sağlığı Sorunu	Evet	7 (3.5)	76 (38.2)	80 (40.2)	36 (18.1)	199 (100.0)	.88*	.832
	Hayır	8 (3.3)	104 (42.4)	91 (37.1)	42 (17.1)	245 (100.0)		
Protez Diş	Evet	1 (0.8)	32 (26.7)	59 (49.2)*	28 (23.3)	120 (100.0)	19.16	.000
	Hayır	14 (4.3)	148 (45.7)*	112 (34.6)	50 (15.4)	324 (100.0)		

*Fisher's Exact Test

Sosyodemografik değişkenler ile BKİ arasında fark olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan ki-kare testi sonucunda medeni durum, eğitim durumu, gelir durumu, protez diş ve sigara kullanımı değişkenleri arasında anlamlı fark bulundu ($p < .05$). Medeni durumu evli olanların %46.3'ünün fazla kilolu olduğu, bekarların %57.3'ünün normal kilolu olduğu ve farkın bu gruplardan kaynaklandığı belirlendi. Eğitim durumu üniversite seviyesinde olanların %50.0'sinin normal kiloda olduğu ve farkın bu gruplardan kaynaklandığı belirlendi. Maddi geliri 0-2000 TL olanların %61.4'ü ve 2001-5000 TL olanların %36.2'sinin normal kilolu olduğu ve farkın bu gruplardan kaynaklandığı belirlendi. Protez dişi olanların %49.2'si fazla kilolu, olmayanların %45.7'si normal kilolu olduğu ve farkın bu gruplardan kaynaklandığı belirlendi. Sigara kullananların %47.6'si normal kilolu, kullanmayanların %40.8'i fazla kilolu olduğu ve farkın bu gruplardan kaynaklandığı belirlendi ($p < .05$). Cinsiyet, meslek, alkol kullanımı, ağız ve diş sağlığı problemi değişkenleri ile BKİ grupları arasında fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p > .05$), (Tablo 4).

Tablo 5. Yetişkinlerin Beden Kütle İndeksi ile Beslenme Özelliklerinin Karşılaştırılması

Değişkenler	Beden Kütle İndeksi Grupları					İstatistik			
	Zayıf n (%)	Normal n (%)	Fazla Kilolu n (%)	Obez n (%)	Toplam n	x ²	p		
Günlük Sayısı	Öğün	Bir öğün	0 (0.0)	3 (75.0)	1 (25.0)	0 (0.0)	4 (100.0)	11.6	.707
		İki öğün	5 (3.9)	48 (37.8)	55 (43.3)	19 (15.0)	127 (100.0)		
		Üç öğün	7 (2.8)	104 (41.1)	95 (37.5)	47 (18.6)	253 (100.0)		
		Dört öğün	1 (3.3)	14 (46.7)	9 (30.0)	6 (20.0)	30 (100.0)		
		Beş öğün	1 (6.7)	8 (53.3)	5 (33.3)	1 (6.7)	15 (100.0)		
		Altı öğün	1 (3.4)	3 (40.5)	6 (38.5)	5 (17.6)	15 (100.0)		
Öğün Durumu	Atlama	Atlaniyor	8 (2.4)	143 (42.7)	125 (37.5)	59 (17.6)	335 (100.0)	5.83	.119
		Atlanmıyor	7 (6.4)	37 (33.9)	46 (42.1)	19 (17.4)	109 (100.0)		
Hazır Tüketme	Gıda	Evet*	14 (4.0)	152 (43.2)	128 (36.4)	58 (16.5)	352 (100.0)	7.73	.047
		Hayır	1 (1.1)	28 (30.4)	43 (46.7)*	20 (21.7)	92 (100.0)		
Dışarıdan Yeme	Yemek	Evet*	15 (4.0)	161 (42.5)*	140 (36.9)	63 (16.6)	379 (100.0)	7.82	.043
		Hayır	0 (0.0)	19 (29.2)	31 (47.7)*	15 (23.1)	65 (100.0)		

Beden Kütle İndeksi grupları ile beslenme özellikleri arasında fark olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan ki-kare testi sonucunda hazır gıda tüketme, dışarıdan yemek yeme değişkenleri arasında fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Hazır gıda tüketenlerin %43.2'sinin normal kilolu olduğu, tüketmeyenlerin %46.7'sinin fazla kilolu olduğu ve farkın bu gruplardan kaynaklandığı belirlendi. Dışarıdan yemek yiyenlerin %42.5'inin normal kilolu olduğu, yemeyenlerin %47.7'sinin fazla kilolu olduğu ve farkın bu gruplardan kaynaklandığı belirlendi. Toplam gelirin beslenmeye ayrılan yüzdesi, günlük öğün sayısı, öğün atlama değişkenleri ile BKİ grupları arasında fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0.05$), (Tablo 5).

Tablo 6. Yetişkinlerin Temel Beslenme ile Sosyodemografik ve Beslenme Özelliklerinin Karşılaştırılması

Değişkenler		İstatistik				
		n	Ort.	ss.	t	p
Cinsiyet	Kadın	220	54.87	7.50	2.985	0.003
	Erkek	224	52.71	7.22		
Medeni Durum	Evli	287	53.97	7.78	0.711	0.478
	Bekar	157	53.43	7.51		
Sigara Kullanımı	Kullanıyor	189	53.21	7.74	0.892	0.373
	Kullanmıyor	255	53.89	7.50		
Alkol kullanımı	Kullanıyor	196	52.76	7.44	1.332	0.18
	Kullanmıyor	248	54.02	7.69		
Ağız ve Diş Sağlığı Problemi	Evet	199	53.24	7.67	1.342	0.18
	Hayır	245	54.22	7.34		
Protez diş	Evet	120	54.32	7.34	0.929	0.354
	Hayır	324	53.58	7.80		
Değişkenler		n	Ort	ss	F	p
Eğitim Durumu	İlkokul/Ortaokul	50	51.04	7.02	9.6	0.00
	Lise	147	52.51	7.63		
	Üniversite	216	54.52	7.11		
	Yüksek Lisans-Doktora*	31	59.09	9.55		
Meslek	Diyetisyen*	5	70.2	7.79	12.14	0.00
	Sağlık Personeli (Doktor, Hemşire vs.)	43	53.86	6.12		
	Sağlık personeli olmayanlar	396	53.56	7.62		
Maddi Gelir	0-2000 TL	70	51.25	6.09	4.43	0.002
	2001-5000 TL	210	53.57	7.71		
	5001-8000 TL	109	54.49	8.03		
	8001-11000 TL	42	55.54	7.05		
	11001 TL ve üstü *	13	59.15	9.71		
Günlük Öğün Sayısı	Bir öğün	4	51.50	10.37	5.48	0.00
	İki öğün	127	54.48	7.04		
	Üç öğün	253	53.23	7.64		
	Dört öğün	30	51.73	7.93		
	Beş öğün*	15	62.86	8.64		
	Altı öğün	15	52.66	5.66		
Öğün Atlama	Her zaman	176	53.65	7.65	0.161	0.852
	Bazen	159	53.67	7.49		
	Hiçbir zaman	109	54.14	8.06		
Hazır Gıda Tüketme	Her zaman	130	52.89	8.09	1.32	0.268
	Bazen	222	54.26	7.35		
	Hiçbir zaman	92	53.88	7.84		
Dışarıdan Yemek Yeme	Her zaman	114	52.56	7.61	2.13	0.12
	Bazen	265	54.33	7.48		
	Hiçbir zaman	65	53.69	8.47		

* Bonferroni testi

Yetişkinlerin Beslenme Bilgi Düzeyi Ölçeği temel beslenme alt boyutu puanları bireylerin sosyodemografik ve beslenme özelliklerine göre karşılaştırıldığında; cinsiyet, eğitim durumu, meslek, maddi gelir ve günlük öğün sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<.05$). Bonferroni testi sonucunda yüksek lisans-doktora düzeyinde eğitim alanların, diyetisyenlerin, maddi geliri 11001 ve üstü olanların ve beş öğün beslenenlerin puan ortalamasının diğerlerinden ortalamaları daha yüksek bulundu ($p<.05$), (Tablo 6).

Tablo 7. Yetişkinlerin Besin Tercihi ile Sosyodemografik ve Beslenme Değişkenlerinin Karşılaştırılması

Değişkenler		İstatistik				
		n	Ort.	ss.	t	p
Cinsiyet	Kadın	220	37.26	5.13		
	Erkek	224	35.64	5.75	3.128	0.002
Medeni Durum	Evli	287	36.45	5.63		
	Bekar	157	36.42	5.29	0.057	0.955
Sigara Kullanımı	Kullanıyor	189	36.08	6.15		
	Kullanmıyor	255	36.74	5.07	1.19	0.235
Alkol kullanımı	Kullanıyor	196	35.78	6.26		
	Kullanmıyor	248	36.89	0.57	1.617	0.107
Ağız ve Diş Sağlığı Problemi	Evet	199	35.50	5.81		
	Hayır	245	37.21	5.14	3.292	0.001
Protez diş	Evet	120	54.32	7.34		
	Hayır	324	53.58	7.80	0.929	0.354
Değişkenler		n	Ort	ss	F	p
Eğitim Durumu	İlkokul/Ortaokul	50	37.00	4.94		
	Lise	147	36.31	5.39		
	Üniversite	216	36.10	5.76	1,9	0.17
	Yüksek Lisans-Doktora	31	38.54	4.81		
Meslek	Diyetisyen*	5	42.60	2.40		
	Sağlık Personeli (Doktor, Hemşire vs.)	43	35.39	4.88	3.95	0.02
	Sağlık personeli olmayanlar	396	36.48	5.55		
Maddi Gelir	0-2000 TL	70	35.84	4.82		
	2001-5000 TL	210	36.39	5.72		
	5001-8000 TL	109	36.23	5.77		
	8001-11000 TL	42	37.88	4.67	1.13	0.34
	11001 TL ve üstü	13	37.69	5.70		
Günlük Öğün Sayısı	Bir öğün	4	36.75	3.40		
	İki öğün	127	37.48	4.84		
	Üç öğün	253	35.91	5.84	1.98	0.08
	Dört öğün	30	35.23	5.37		
	Beş öğün	15	37.53	4.29		
Öğün Atlama	Her zaman	176	37.08	5.07		
	Bazen	159	36.43	5.67	2.47	0.08
	Hiçbir zaman	109	35.74	5.86		
Hazır Gıda Tüketme	Her zaman	130	36.33	5.45		
	Bazen	222	36.41	5.50	0.114	0.89
	Hiçbir zaman	92	36.68	5.66		
Dışarıdan Yemek Yeme	Her zaman	114	36.13	5.75		
	Bazen	265	36.61	5.51	0.33	0.71
	Hiçbir zaman	65	36.30	5.09		

* Bonferroni testi

Yetişkinlerin Beslenme Bilgi Düzeyi Ölçeği besin tercihi alt boyut puanları bireylerin sosyodemografik ve beslenme özelliklerine göre karşılaştırıldığında; cinsiyet, meslek, ağız ve diş sağlığı problemi yaşama değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p < 0.05$), (Tablo 7).

Tartışma

Obezite, tüm dünyada önemli bir halk sağlığı sorunudur (10). Dünya Sağlık Örgütü 2016 yılı verilerine göre 18 yaş ve üzeri erişkinlerin %13'ü obezdir. Ulaş ve arkadaşlarının (2016) yapmış olduğu çalışmada yetişkin bireylerin %23 ünün obez olduğu belirlenmiştir (19). Bu çalışmada ise bireylerin %17.6'sının obez olduğu tespit edilmiştir. Çalışma grubunun %56.1'i gibi büyük çoğunluğunun fazla kilolu ve obez olması toplumumuzda obezite oranlarının giderek arttığını göstermektedir. Avan (2015) Ankara'da özel bir spor merkezinde 18-30 yaş aralığındaki bireylerle yaptığı bir çalışmada erkeklerin %18.2'sinin, kadınların %13.3'ünün obez grupta yer aldığını ve kadınların BKİ ortalamasının erkeklerden daha düşük olduğunu bulmuştur. Tözün ve arkadaşları (2016), üniversite öğrencisi olan kadınlarda obezite oranını erkeklere oran ile daha yüksek bulmuşlardır (20). Kilpi ve arkadaşları (2014) da kadınların obezite oranını, erkeklerinkinden yaklaşık iki kat daha yüksek bulmuştur (21). Çalışmamızda cinsiyet açısından anlamlı bir fark bulunmamakla birlikte, kadınların BKİ değerleri, erkeklerden daha düşük bulunmuştur. Türkiye Hane Halkı Sağlık Araştırması'na göre, 2017 yılında erkeklerin BKİ ortalaması (26.6 kg/m²) çalışmamızdaki sonuçlar ile (BKİ'i 26.45 ± 4) benzerlik göstermektedir. Ancak kadınların BKİ ortalaması (25.16 ± 4.64) Türkiye Hane Halkı Sağlık

Araştırması'na göre (28.3 kg/m²) daha düşük bulunmuştur (22). Yapılan çalışmalar incelendiğinde spor merkezinde yapılan Avan'ın (2015) çalışmasında kadınların BKİ'sinin düşük olduğu bulunmuştur. Çalışmamızın sonuçları Avan'ın (2015) çalışması ile benzerlik göstermektedir.

Yapılan çalışmalarda medeni durum, obezite ile ilişkili bulunmuştur. Pakistan'da Kahn ve arkadaşlarının (2015) gerçekleştirdiği 2296 kişinin katıldığı bir çalışmada obezite oranı evli olan bireylerde daha yüksek bulunmuştur (23). Yetişkin akademisyenler ile yapılan bir çalışmada; bekar akademisyenlerin lehine olmak üzere obezite seviyelerinin evlilere oranla anlamlı bir şekilde farklı olduğu ortaya konmuş, evli bireylerin kiloluluk durumları bekarlara oranla daha fazla bulunmuştur (24). Yapılan çalışmada benzer şekilde medeni durum ve BKİ arasında fark bulunmuş olup, evlilerin fazla kilolu, bekarların normal kilolu oldukları belirlenmiştir. Bireylerin evlilik sonrası daha hareketsiz hayat tarzı benimsemeleri, yaş ortalamalarının yükselmesi, bekar bireylerin günlük hayatta daha aktif olmaları, evlilik sonrası oluşan stresler ve kadınların gebelik sonrası kilolarından kurtulamamaları evli bireylerin BKİ'lerinin yüksek olma sebepleri olarak düşünülmüştür.

Çayır ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada eğitim düzeyi arttıkça, obezite oranının azaldığı bulunmuştur. Okuryazar olmayanların %64.0'ı, lise mezunu olanların %13.7'si, yüksekokul ve üniversite mezunu olanların %17.2'sinin obez olduğu bulunmuştur (25). Bu çalışmada da benzer şekilde eğitim durumu ile BKİ arasında fark bulunmuş, eğitim durumu üniversite olan bireylerin daha fazla normal kiloda oldukları belirlenmiştir.

Gelir düzeyi ile BKİ'nin incelendiği araştırmalar değerlendirildiğinde; Sipahi (2020) gelir durumu ile BKİ arasında pozitif yönde ilişki bulmuş, yüksek gelir düzeyine sahip bireylerin daha yüksek BKİ oranına sahip olduğunu tespit etmiştir (26). Selsie ve Sinha (2011) da yaptıkları çalışmada obezitenin epidemiyolojisini ve etiyolojisini incelemiş, gelir yükseldiğinde tüketicilerin satın alma gücünün arttığını, bu doğrultuda gelir artışının daha çok gıda tüketimine ve daha çok kalori alımına neden olduğunu, obeziteyi beraberinde getirdiğini göstermiştir (27). Bu çalışmada da benzer şekilde gelir düzeyi düşük olan bireylerin orta ve yüksek gelir düzeylerine göre daha fazla normal kiloda oldukları görülmüştür.

Yapılan bir çalışmada obez kadınların öğün atladıkları ve düzensiz öğün saatlerine sahip oldukları bulunmuştur (28). House ve arkadaşları (2014) yaptıkları çalışma ile öğün atlama durumunun hafif kilolu olma durumu ile ilişkili olduğunu bulmuşlardır (29). Akça ve Selen (2015) yaptığı çalışmada öğrencilerin öğün atlama durumlarının BKİ sınıflandırmasına göre anlamlı fark oluşturduğunu bulmuşlardır (30). Bayramoğlu ve arkadaşları (2018) 70 akademisyen kadınla yürüttüğü çalışmada, %71.4' ünün öğün atladığını belirlemiştir ve öğün atlama durumu ile BKİ arasında ilişki olmadığını bulmuşlardır (31). Çalışmamızda benzer şekilde öğün atlama ile BKİ arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Bu durumun çalışılan popülasyonda obez olanların oranının diğer çalışmalara oran ile daha düşük olmasından kaynaklanabileceği düşünülmüştür.

Seguin ve arkadaşlarının (2016) Amerika Birleşik Devletleri'nde yetişkinlerle gerçekleştirdikleri bir çalışmada, dışarıdan besin tüketimi ile BKİ arasında ilişki olup olmadığına bakılmıştır. Buna göre; dışarıdan besin tüketimi sıklığı ile BKİ arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur (4). Bu çalışmada da benzer şekilde dışarıdan yemek yiyenlerin normal kilolu, yemeyenlerin fazla kilolu olduğu bulunmuştur.

Aslan'ın (2018) Kocaeli'de yaşayan 150 kadınla yürüttüğü araştırmada ise sigara kullanma ve obezite arasında herhangi bir fark bulunamamıştır (32). Yaşları 31 ile 69 arası değişen yetişkinlerin katıldığı sigara ve obezite ilişkisini inceleyen bir çalışmada, sigara içenlerin obez olma olasılığı, hiç içmeyenlere göre daha düşük bulunmuştur (33). Bu çalışmada BKİ ve sigara kullanımı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Sigara içenler normal kilolu, içmeyenler fazla kilolu bulunmuştur. Bu durum sigara bırakma çalışmalarına da olumsuz etki etmektedir. Sigarayı kilo kontrol amaçlı içen bireyler sigara bıraktıklarında kilo alacaklarından korktukları için sigarayı bırakmak istememektedirler. Oysaki sigara içmenin vücuda verdiği zarar, aşırı kilo almaktan çok daha fazladır (34).

Kutulutürk ve arkadaşları (2011), 18 yaş ve üzeri olan 1095 kişi ile yaptıkları çalışmada obezite ile alkol kullanımı arasında negatif korelasyon saptamıştır (35). Tumwesigye ve arkadaşları (2019) Uganda'da 18-69 yaş arası yetişkinler arasında gerçekleştirdikleri çalışmada alkol tüketimi ile obezite arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (36). Hamer ve arkadaşları (2018), 100.000'den fazla yetişkinle yürüttüğü çalışmada alkol ve obezite arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (37). Sung ve arkadaşları (2007) alkol kullanımının sadece artmış BKİ ile ilişkili olmadığını aynı zamanda bozulmuş açlık glukozu gibi birçok metabolik risk faktörüyle ilişkisi olduğunu bildirmiştir (38). Yapılan çalışmalara benzer şekilde çalışmada alkol kullanma ile BKİ arasında anlamlı bir ilişki olmadığı bulunmuştur. Alkollü içeceklerin enerji içeriğinin yüksek olması nedeni ile vücut ağırlığında artışa neden olduğu ve başta karaciğer hastalıkları olmak üzere obezite, kardiyovasküler hastalıklar ve bazı kanser türlerinin oluşmasına neden olduğu bilinmektedir (1). Bu durumu değerlendirmek için alkol kullanımında sıklığın ve kullanım süresinin de değerlendirilerek konunun daha iyi açıklanabileceği düşünülmektedir.

Yetişkinler için Beslenme Bilgi Düzeyi Ölçeği'nin Temel Beslenme Bilgisi ve Besin Tercihi alt boyutları ile BKİ arasındaki ilişkinin incelendiği bu araştırmada Temel Beslenme Bilgisi ve Besin Tercihleri ile BKİ arasında herhangi bir ilişki olmadığı belirlendi. Beslenme bilgisi ve BKİ arasında ilişkilerin incelendiği araştırmalara bakıldığında bu çalışma ile benzer şekilde; Tütüncü ve Karaismailoğlu (2013) üniversite öğrencileri ile yaptıkları çalışmada BKİ grupları ile Beslenme Bilgisi puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığını bulmuşlardır (39). Bu bulguların tersine, Keser ve arkadaşları (2019), YETBİD ölçeğini kullanarak yetişkinler ile yaptıkları çalışmada, BKİ ve Temel Beslenme Bilgisi puanı arasında negatif yönde, anlamlı korelasyon bulmuşlardır (15). Araştırmaya katılan bireylerin yaş ortalamasının daha genç bir grup olması ve yetişkinlerin çoğunun eğitim durumunun lisans ve lisansüstü olması bu farklılığın nedeni olarak düşünülmüştür. Besin Tercihi ve BKİ arasında ilişkilerin incelendiği araştırmalara bakıldığında çalışma ile benzer şekilde olduğu; ancak Akyol ve İmamoğlu'nun (2015) yaptığı çalışmada besin tercihlerinin beden kütle indeksini etkilediği sonucuna varılmıştır (40).

Kısıtlılıklar

Çalışmamızda ASM bölgeleri düşük, orta ve yüksek gelir düzeylerini kapsayacak şekilde seçilmiş olmasına rağmen; ASM'lere yüksek gelir düzeyine sahip bireylerin çok az başvurması nedeni ile örneklemin yüksek gelirli bireyleri temsil etmediği, bu durumun araştırmanın sınırlılığı olduğu düşünülmüştür.

Sonuçların Uygulamada Kullanımı

Yetişkinlerin Beden Kütle İndeksi ortalamaları ile Temel Beslenme Bilgisi ve Besin Tercihi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olmadığı belirlendi. Yetişkinlerin Temel Beslenme Bilgilerinin ve Besin Tercihlerinin orta düzeyde olduğu, büyük çoğunluğunun fazla kilolu ve obez oldukları görüldü.

Yetişkinler arasında hazır gıda tüketen, protez dişi olmayan, dışarıdan yemek yiyen, sigara kullanan, geliri az olan, üniversite mezunu ve bekar yetişkinlerin normal kiloda oldukları; hazır gıda tüketmeyen, dışarıdan yemek yemeyen, sigara kullanmayan evli ve protez dişi olan yetişkinlerin fazla kilolu oldukları; beslenme eğitimi almayanların ise obez oldukları belirlendi.

Bu kapsamda hemşirelere;

- Aile Sağlığı Merkezlerine başvuran yetişkinlerin BKİ'lerini hesaplayarak, yetişkinlere beslenme bilgisi, besin tercihi ve kilo kontrolü konusunda danışmanlık yapmaları, protez dişi olan, üniversite mezunu olmayan, sigara kullanmayan ve sigara bırakma aşamasında olan yetişkinlere besin bilgisi, besin tercihi ve kilo kontrolü konusunda öncelik vererek, destek olmaları,
- Aile Sağlığı Merkezlerine başvuran yetişkinlerin gelir durumlarının düşük ve orta seviyede olduğu düşünüldüğünde, kuruma gelen yetişkinlere hemşirelerin beslenme eğitimi vermeleri ve besin tercihlerini değerlendirmeleri, gelir düzeylerine uygun sürdürülebilir beslenme programı önermeleri ve programın uygulama sonuçlarını değerlendirmeleri,

Araştırmacılara;

- Evde yemek yeme, hazır gıda tüketme, dışarıdan yemek yeme ve gelir seviyesi ile kilo alımının nedenlerini inceleyen araştırmalar yapmaları,
- Gelir seviyesi yüksek olan bireylerin beslenme bilgisi ve besin tercihleri durumlarını değerlendirmeleri,

Politika düzenleyicilere;

- Eğitim ve gelir düzeyi ile BKİ arasında ilişki olduğu düşünüldüğünde, ülke genelinde eğitim düzeylerinin ve gelir seviyelerinin yükseltilmesinin önemli olduğu ve bu konuda gerekli düzenlemelerin yapılması gerektiği düşünülmektedir.

Bilgilendirme

Bu çalışmada adı geçen araştırmacıların hiçbir kişi ya da kurum ile bir çıkar çatışması yoktur. Bu çalışmayı, maddi olarak destekleyen herhangi bir kişi ya da kurum bulunmamaktadır. Bu makalede; araştırma konusu ve yöntemin belirlenmesinde tüm yazarlar eşit görev almıştır. Araştırmanın yazımı, verilerin toplanması ve kurumlar ile iletişimin sağlanması YK, YA; verilerin analizi; ÖE, SE görev almıştır. Araştırmanın sonuç raporunun yazılmasında tüm araştırmacılar benzer oranda katkı sağlamıştır. Bir Üniversite'nin Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 15.11.2019 tarihinde etik kurul izni (sayı: 125) alınmıştır. Makale, araştırma ve yayın etiğine uygun hazırlanmıştır. Araştırmamıza katılan tüm yetişkin bireylere ve araştırma yaptığımız kurumlara teşekkür ederiz.

Kaynaklar

1. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Beslenme Rehberi, TÜBER, TC. Sağlık Bakanlığı Yayın No:1031, Ankara 2015:26-28.
2. Baysal A. Beslenme ve sağlık. Hatipoğlu T. Ankara Hatiboğlu Basım; 2015: 16:9-18.
3. Erçim RE, Pekcan G. Genç yetişkinlerin beslenme durumunun sağlıklı yeme indeksi-2005 ile değerlendirilmesi. BVDD 2019;42(2):91-98.
4. Seguin RA, Aggarwal A, Vermeylen F, Drewnowski A. Consumption frequency of foods away from home linked with higher body mass index and lower fruit and vegetable intake among adults: A Cross-Sectional Study. Int J Environ Res Public Health 2016;12.
5. Kocatepe D, Tırlı A. Sağlıklı beslenme ve geleneksel gıdalar. Journal Of Tourism and Gastronomy Studies 2015;3(1):55-63.
6. Sakar E, Açkurt F. İlköğretim okullarında görevli öğretmenlerin beslenme alışkanlıkları ve beslenme bilgi düzeyleri. Sağlık ve Yaşam Bilimleri Dergisi, 2019; 1(1):30-36.
7. Arslan P, Mercanlıgil S, Özel HG, Çıtak Akbulut G, Dönmez N, Çiftçi H ve ark. TEKHARF 2003-2004 taraması katılımcılarının genel beslenme örüntüsü ve beslenme alışkanlıkları. TKD 2006;34(6):331-339.
8. World Health Organization., (2017). Cardiovascular diseases fact sheet <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/> adresinden 8 Mart 2020 tarihinde erişilmiştir.
9. Freire R.H. Scientific evidence of diets for weight loss: different macronutrient composition, intermittent fasting, and popular diets. Nutrition 2019;69
10. Tedik SE. Fazla kilo/obezitenin önlenmesinde ve sağlıklı yaşamın desteklenmesinde hemşireni rolü. Türkiye Diyabet ve Obezite Dergisi 2017;1(2):54-62.
11. Grasdalsmoen M, Eriksen HR, Lønning KJ, Sivertsen B. Physical exercise and body-mass index in young adults: a national survey of Norwegian university students. Grasdalsmoen et al. BMC Public Health 2019;19:1354.
12. Adıyaman F. Dünya sağlık örgütü avrupa obezite ile mücadele bakanlar konferansının öncesi ve sonrasında obezitenin gazetelerde sunumu. Selçuk Üniversitesi İletişim Fakültesi Akademik Dergisi 2016;9(3):204-223.
13. Sağlık Bakanlığı, 'Beslenme durumu ve alışkanlıklarının değerlendirilmesi sonuç raporu' Şubat 2014, Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Ankara 2014.
14. Zhou L, Zeng Q, Jin S, Cheng G. The impact of changes in dietary knowledge on adult overweight and obesity in China. PLoS One 2017;12(6), e0179551.
15. Gümüş A. B, Tunçer E, Keser A. Yetişkin bireylerin etiket okuma alışkanlıklarının ve beslenme bilgi düzeylerinin incelenmesi. 2019. www.guvenplus.com.tr, 30.
16. Kutlu R, Selma Ç. İ. V. İ. Özel bir ilköğretim okulu öğrencilerinde beslenme alışkanlıklarının ve beden kitle indekslerinin değerlendirilmesi. FTD 2009;14(1):18-24.
17. Batmaz, H. ve Güneş, F.E. Yetişkinler için beslenme bilgi düzeyi ölçeği (yetbid) geliştirilmesi ve geçerlik-güvenirlilik çalışması. 1. Uluslararası Aktif Yaşlanma ve Kuşaklar Arası Dayanışma Kongresi; 14 Mart 2019; İstanbul
18. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı (2019). "Yetişkin Beden Kütle İndeksi". Erişim 1 Mart 2020. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/beslenmehareket-hesaplamalar/beslenmehareket-yetiskin-beden-kitle-indeksi.html>
19. Ulas B, Uncu F, Soyler P. Prevalence of obesity and physical inactivity in individuals who applied to the family medicine center: The case of elaziğ [aile hekimliği birimine başvuran bireylerde obezite sıklığı ve fiziksel inaktivite: elaziğ örneği]. J Med Sci 2016;5:529-38.
20. Tözün M, Sözmek MK, & Babaoğlu AB. Türkiye'nin batısında bir üniversitenin sağlık ile ilişkili okullarında beslenme alışkanlıkları ve bunun obezite, fizik aktivite ve yaşam kalitesi ile ilişkisi. Eskişehir Türk Dünyası Uygulama ve Araştırma Merkezi Halk Sağlığı Dergisi 2017 :2(1).
21. Kilpi F, Webber L, Musaigner A et al. Alarming predictions for obesity and non-communicable diseases in the Middle East. Public Health Nutr 2014;17:1078-1086.
22. Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması: Bulaşıcı olmayan hastalıkların risk faktörleri prevalansı 2017 (STEPS). Editörler: Üner S, Balcılar M, Ergüder T. Dünya Sağlık Örgütü Türkiye Ofisi, Ankara, 2018.
23. Nazli R, Haider J, Khan MA, Akhtar T, Aslam H. Frequency of ABO blood groups and RhD factor in the female population of District Peshawar. Pak J Med Sci 2015;31(4):984.
24. Kalkavan A, Özkara AB, Alemdağ C, Çavdar S. Akademisyenlerin fiziksel aktiviteye katılım düzeyleri ve obezite durumlarının incelenmesi. ISCSA 4(Special Issue 1) 2016;329-339.
25. Çayır A, Atak N, Köse SK. Beslenme ve diyet kliniğine başvuranlarda obezite durumu ve etkili faktörlerin belirlenmesi. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası 2011;64(1).
26. Sipahi BB. Hanehalkı geliri üzerinde beden kitle indeksinin etkisi: araç değişken yaklaşımı. Int J Humanit Soc Sci 2020;4(2):77-97.
27. Selassie M, Sinha AC. The epidemiology and aetiology of obesity: a global challenge. Best Pract Res Clin Anaesthesiol 2011;25(1):1-9.
28. Akhlaghi M, Behrouz V. Skipping meals and frequency of snack consumption are important eating behaviours related to obesity in hospital employees. J Paramed Sci 2015;6(2):44-52.
29. House BT, Cook LT, Gyllenhammer LE, Schraw JM, Goran MI, Spruijt-Metz D et al. Meal skipping linked to increased visceral adipose tissue and triglycerides in overweight minority youth. Obesity 2014;22(5):77-84.
30. Akça S. Ö, Selen F. Üniversite öğrencilerinin öğün atlamaları ve günlük fiziksel aktivitelerinin beden kütle indeksi üzerine etkisi. Preventive Medicine Bulletin (2015);14(5).
31. Bayramoğlu A, Ceceloğlu D, Cirit H, Abasız N. Armedyain Çoruh Üniversitesindeki kadın akademisyenlerin beslenme alışkanlıkları. OTD 2018;41(3):235-242.

32. Aslan N. Kadınlarda beden kitle indeksi ile ilişkili psikososyal faktörlerin belirlenmesi. *KOU Sag Bil Derg* 2018;4(2):50-56.
33. Dare S, Mackay D F, & Pell JP. Relationship between smoking and obesity: a cross-sectional study of 499,504 middle-aged adults in the UK general population. *PloS One* 2015;10(4).
34. Chao AM, White MA, Grlio CM, Sinha R. Examining the effects of cigarette smoking on food cravings and intake, depressive symptoms, and stress. *NIH* 2017;61-65.
35. Kutlutürk F, Öztürk B, Yıldırım B, Özüğurlu F, Çetin İ, Etikan İ ve ark. Obezite prevalansı ve metabolik risk faktörleri ile ilişkisi: Tokat ili prevalans çalışması. *J Med Sci* 2011;31(1).
36. Tumwesigye NM, Mutungi G, Bahendeka S, Wesonga R, Swahn MH, Katureebe A ve ark. Alcohol consumption, obesity and hypertension: Relationship patterns along different age groups in Uganda. *bioRxiv* 2019;654251.
37. O'Donovan G, Stamatakis E, Hamer M. Associations between alcohol and obesity in more than 100 000 adults in England and Scotland. *British Journal of Nutrition*, 2018;119(2):222-227.
38. Sung KC, Kim SH, Reaven GM. Relationship among alcohol body weight and cardiovascular risk factors. *Diabetes Care* 2007;30(10):2690-4
39. Tütüncü İ, Karaismailoğlu. E. Üniversite öğrencilerinin beslenme bilgi düzeylerinin belirlenmesi. *Uluslararası Hakemli Akademik Spor Sağlık Ve Tıp Bilimler Dergisi* 2013;3(6):29-42.
40. Akyol P, İmamoğlu O. Üniversite öğrencilerinde cinsiyete göre beslenme alışkanlıkları. *Sportmetre Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi* 2019;17(3):67-77.

Doğum Eyleminin Aktif Fazında Yaşanan Bel Ağrısının Yönetiminde Steril Su Enjeksiyonunun Etkisi: Randomize Plasebo Kontrollü Bir Çalışma

 Cevriye UYSAL¹,  İlkey BOZ²,  Süleyman SALMAN³

¹Uzm. Hemşire, Gaziosmanpaşa Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, Türkiye.

²Doç. Dr., Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Anabilim Dalı, Antalya, Türkiye.

³Doç. Dr., Gaziosmanpaşa Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, Türkiye.

Öz

Giriş: Doğum eyleminde gebeler şiddetli bel ağrısı yaşamakta ve bazı gebelerde ağrının etkili bir şekilde yönetilmediği görülmektedir. **Amaç:** Çalışmanın amacı doğum eyleminin aktif fazında Steril Su Enjeksiyonunun bel ağrısına etkisini belirlemektir. Bunun yanında yaşamsal bulgular, doğum süresi, yenidoğan APGAR skoru, gebe memnuniyetine etkisini incelemek ve İntradermal ile Subkutan Steril Su Enjeksiyonu arası farklılık olup olmadığını belirlemektir. **Yöntem:** Çalışma, plasebo kontrollü, tek körlü ve randomize kontrollü çalışma desenindedir. Araştırma Temmuz 2019-Mart 2020 tarihleri arasında, İntradermal Steril Su Enjeksiyonu (33 gebe), Subkutan Steril Su Enjeksiyonu (33 gebe), plasebo (Subkutan Salin Solüsyonu Enjeksiyonu) (33 gebe) ve kontrol (33 gebe) grubu olmak üzere 132 gebe ile yürütülmüştür. Ağrı skorları Görsel Kıyaslama Ölçeği kullanılarak uygulamadan önce ve uygulama sonrası 30., 45., 60., 90. ve 120. dakikalarda değerlendirilmiştir. **Bulgular:** Uygulama sonrası İntradermal Steril Su Enjeksiyonu, Subkutan Steril Su Enjeksiyonu, plasebo ve kontrol grubundaki gebelerin doğumda bel ağrısı şiddetinin gruplara göre farklılık gösterdiği ve en düşük ağrı şiddetinin İntradermal Steril Su Enjeksiyonu grubuna ait olduğu belirlenmiştir (p=.048). Gebelerin Steril Su Enjeksiyonundan memnuniyeti ise İntradermal Steril Su Enjeksiyonu grubunda diğer gruplara göre daha fazla bulunmuştur (p=.012). Bununla birlikte, Steril Su Enjeksiyonu ile yaşamsal bulgular, yenidoğan APGAR skoru ve doğum süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir (sırasıyla, p=.468, p=.100, p=.346). **Sonuç:** Bu çalışmayla Steril Su Enjeksiyonu yönteminin doğumda bel ağrısını azaltmada etkili bir yöntem olduğu, gebelerin yaşamsal bulguları ve yenidoğan APGAR skorları üzerine olumsuz etkisinin olmadığı ve İntradermal Steril Su Enjeksiyonunun, Subkutan Steril Su Enjeksiyonuna göre daha etkili olduğu belirlenmiştir. Doğumda bel ağrısı nedeni ile analjezik ihtiyacı olan gebelere, basit ve ekonomik bir nonfarmakolojik yöntem olan İntradermal Steril Su Enjeksiyonu uygulanmasının yaygınlaştırılması önerilmektedir. **Anahtar kelimeler:** Doğumda Bel Ağrısı, Doğum Süresi, Gebe Memnuniyeti, Nonfarmakolojik Etki, Steril Su Enjeksiyonu.

Abstract

The Effect of Sterile Water Injection on the Management of Low Back Pain in the Active Phase of Labor: A Randomized, Placebo-Controlled Study

Background: Pregnant women experience severe low back pain during labour and it seems that some pregnant women do not manage pain effectively. **Objective:** The aim of the study is to determine the effect of Sterile Water Injection on low back pain in the active phase of labor. In addition, to examine the effects on vital signs, duration of labour, newborn APGAR score, pregnant satisfaction and to determine whether there is a difference between Intradermal and Subcutaneous Sterile Water Injection. **Method:** This study is a placebo-controlled, single-blind and randomized controlled trial. The study was conducted between July 2019-March 2020 with 132 pregnant, including Intradermal Sterile Water Injection (33 pregnant), Subcutaneous Sterile Water Injection (33 pregnant), placebo (Subcutaneous Saline Solution Injection) (33 pregnant) and control (33 pregnant). Pain scores were assessed at before and after intervention 30., 45., 60., 90. and 120. min using a Visual Analogue Scale. **Results:** It was determined that the severity of low back pain at birth in pregnant women in the Intradermal Sterile Water Injection, Subcutaneous Sterile Water Injection, placebo and control groups differed between the groups and the lowest pain severity belonged to the Intradermal Sterile Water Injection group (p=.048). Satisfaction of pregnant women from Sterile Water Injection was found higher in the Intradermal Sterile Water Injection group than in the other groups (p=.012). At the same time, that there was no statistically significant relationship between Sterile Water Injection and vital signs, newborn APGAR score and duration of labour (p=.468, p=.100, p=.346, respectively). **Conclusion:** With this study, it was determined that the Sterile Water Injection method is an effective method in reducing low back pain at birth, it does not have a negative effect on the vital signs of pregnant women and newborn APGAR scores, and that Intradermal Sterile Water Injection is more effective than Subcutaneous Sterile Water Injection. Pregnant women who need analgesic due to low back pain at birth, it is recommended that the use of Sterile Water Injection should be generalized, which is simple and economic. **Keywords:** Low Back Pain at Birth, Duration of Labour, Pregnant Satisfaction, Non-Pharmacological Effect, Sterile Water Injection

Geliş Tarihi / Received: 31.08.2021 **Kabul Tarihi / Accepted:** 07.03.2022

Correspondence Author: Doç. Dr. İlkey BOZ, Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Antalya, Türkiye. Telefon: 02423106908 E-posta: ilkayarslan@akdeniz.edu.tr

Cite This Article: Uysal C, Boz İ, Salman S. Doğum Eyleminin Aktif Fazında Yaşanan Bel Ağrısının Yönetiminde Steril Su Enjeksiyonunun Etkisi: Randomize Plasebo Kontrollü Bir Çalışma. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 2022; 15(2): 163-174.



Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi 2022 Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License

Doğumda bel ağrısı akut, bireysel, doğal ve beklenen bir süreç olmasıyla beraber, sonu olan bir ağrı olup gebeye sağlanan emosyonel destek ile kadının ağrı ile baş etmesine yardımcı olunabilir (1-3). Araştırmalar doğumda bel ağrısıyla etkisiz baş etmenin; gebede yorgunluk, anksiyete, stres, doğumun eyleminin uzaması, gebe-fetüs ilişkisinde bozulma, sezaryene alınma riski, doğum memnuniyetinde azalmayla birlikte gelecek doğumlara ilişkin olumsuz düşünceler, erken ya da geç postpartum depresyonuna neden olabildiğini göstermektedir (4-6). Doğumda bel ağrısıyla etkisiz baş etme ile fetüse geçen oksijen miktarı azalmakta, fetüste hipoksi, distres, perinatal morbidite ve mortalite oranı artmaktadır (5,7). Doğumda bel ağrısının yönetiminde farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemler (hipnoz, biofeedback, hareket/pozisyon verme, müzik, akupunktur, akupressure, yoga, hayal kurma, aromaterapi, masaj, dokunma, sıcak-soğuk uygulama, hidroterapi, solunum teknikleri) kullanılmaktadır (8). Farmakolojik yöntemlerin analjezik ajanların kullanımı nedeniyle yan etkileri olduğu ve maliyeti arttırdığı, nonfarmakolojik yöntemlerin ise gebe ve fetüs için zararsız olduğu, doğumu olumsuz etkilemediği, yan etki yaratmadığı ve kullanımı kolay, maliyetinin düşük olduğu bilinmektedir (8,9). Steril Su Enjeksiyonu (SSE) doğumda belde yaşanan ağrıyı azaltmak amacıyla uygulanan nonfarmakolojik yöntemlerden biridir (8). SSE, yan etkisinin olmaması, sağlık çalışanları tarafından rahatlıkla uygulanabilmesi, fetüs için risk oluşturmamasıyla doğumda bel ağrısının azaltılmasında cazip ve güncel bir yöntem olarak değerlendirilmektedir (10). Doğumda bel ağrısının azaltılmasında SSE'nin etkisinin uygulama sonrası hemen başladığı ve iki saate kadar devam ettiği bilinmektedir (11). SSE sakrum alanının üzerinde Michaelis Eşkenar Dörtgenini kapsayan bel bölgesinin belirlenmiş dört noktasına İntradermal (ID) ve Subkutan (SC) olarak uygulanabilmektedir. Steril su, enjekte edilen bölgede sinir uçlarını uyararak şiddetli ağrı duyusunu baskılamaktadır. Steril suyun ağrıyı bloke etme özelliği, kapı kontrol teorisi esasına dayanmaktadır. SSE, kısa süreli (15-30 saniye) mekanik ve osmotik irritasyonla blokaj yapmaktadır (12).

Hindistan'da doğumda bel ağrısının yönetiminde SSE'nin etkisini inceleyen iki randomize kontrollü çalışmada (RKÇ) SC-SSE (SSSE) ve SC salin solüsyonu enjeksiyonu karşılaştırılmış ve SSSE'nin doğumda bel ağrısını azaltmada SC salin solüsyonu enjeksiyonuna göre daha etkili olduğu bulunmuştur (13,14). Fouly ve ark. (2018) kontrol grubuna kıyasla SSSE'nin doğumda bel ağrısını azaltmada daha etkili olduğu bulunmuştur (15). Farklı olarak Rezaie ve ark. (2019), nullipar kadınlarda İSSE ve SSSE'ye göre SC ve ID salin enjeksiyonlarının doğumda bel ağrısı şiddetini daha fazla azalttığını tespit etmiştir (6). Lee ve ark. (2013) ise tek ID-SSE (İSSE) ile dört İSSE etkilerini karşılaştırmış ve dörtlü enjeksiyonun doğumda bel ağrısını azaltmada daha etkili olduğunu bulunmuştur (7). Avustralya'da yapılan çalışmada ISSE ve SSSE uygulanan gruplarda doğumda bel ağrısının azaldığı ve anne memnuniyetinin arttığı fakat iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirmiştir (17). İran'da yapılan çalışmada ise doğumda bel ağrısını azaltmada kontrol grubuna göre SSSE ve SC salin solüsyonu enjeksiyonu etkili olduğu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir (18). Türkiye'de yapılan bir çalışmada da İSSE'nin, plasebo dört kez kuru İSSE'ye göre doğumda bel ağrısını azaltmada daha etkili olduğu, anne memnuniyetini daha fazla arttırdığı saptanmıştır. Çalışmalar SSE'nin, doğumda bel ağrısını azaltmada etkili olduğunu gösterse de enjeksiyon maddesi, türü, miktarı ve sıklığı her çalışmada farklılık göstermektedir.

SSE'nin doğum süresi üzerine etkileri birkaç çalışmada incelenmiştir. Saxena ve ark. (Hindistan, 2009) SC salin solüsyonu enjeksiyonu ile SSSE arasında doğum süresi açısından fark olmadığını belirtmiştir (14). İran'da yapılan bir çalışmada SC salin enjeksiyonunun SSE'lere kıyasla doğum süresini daha fazla kısalttığını bulunmuştur (6). Türkiye'de yapılan başka bir çalışmada ise İSSE'nin doğum süresini kısalttığı tespit edilmiştir (11). SSSE ve SC salin solüsyonunun karşılaştırıldığı Avustralya'daki çalışmada da kadınların doğum süreleri arasında istatistiksel açıdan herhangi bir fark saptanmamıştır (17). Bu çalışmalarda da görüldüğü gibi SSE türlerinden hangisinin doğum süresi üzerine etkili olduğu ve salin solüsyona göre farklılık gösterme durumu henüz netleşmemiştir.

Yapılan çalışmalarda SSE'nin yenidoğan APGAR skoru üzerine olumsuz etkisinin olmadığı saptanmıştır (6,13,14,11,17,18). Ayrıca çalışmalarda, SSE'nin gebelerin yaşamsal bulguları üzerine etkisinin incelenmediği görülmüştür. Ülkemizde doğumda bel ağrısının yönetiminde SSE'nin etkinliğini inceleyen kanıta dayalı araştırmalara ihtiyaç olduğu ve yöntemin standardize edilmesini gerektiği düşünülmektedir.

Araştırmanın Amacı

Çalışmanın amacı doğumun aktif fazında bel ağrısı yönetiminde SSE'nin etkisini incelemektir: Araştırmanın alt amaçları;

- SSE'nin yaşamsal bulgulara, doğum süresine, yenidoğan APGAR skoruna etkisini incelemek,
- İSSE, SSSE ve SC salin solüsyon enjeksiyon yöntemleri arasındaki farklılıkları belirlemek,
- Uygulamalar sonucunda gebenin memnuniyeti açısından farklılık olup olmadığını belirlemektir.

Araştırmanın Hipotezleri

Hipotez 1 (H1): İSSE, SSSE, plasebo (SC salin solüsyon) ve kontrol grubundaki gebelerin doğumda bel ağrısı düzeyleri arasında fark vardır.

Hipotez 2 (H1): İSSE, SSSE, plasebo (SC salin solüsyon) ve kontrol grubundaki gebelerin yaşamsal bulguları arasında fark vardır.

Hipotez 3 (H1): İSSE, SSSE, plasebo (SC salin solüsyon) ve kontrol grubundaki gebelerin yenidoğan APGAR skorları arasında fark vardır.

Hipotez 4 (H1): İSSE, SSSE, plasebo (SC salin solüsyon) ve kontrol grubundaki gebelerin doğum süreleri arasında fark vardır.

Hipotez 5 (H1): İSSE, SSSE ve plasebo (SC salin solüsyon) grubundaki gebelerin uygulanan enjeksiyondan memnuniyet düzeyleri arasında fark vardır.

Yöntem

Araştırmanın Tipi

Araştırma plasebo kontrollü, tek körlü ve randomize kontrollü çalışma desenindedir.

Araştırmanın Yapıldığı Yer

Temmuz 2019-Mart 2020 tarihleri arasında İstanbul ilinde bir eğitim ve araştırma hastanesinin doğumhanesinde yürütülmüştür.

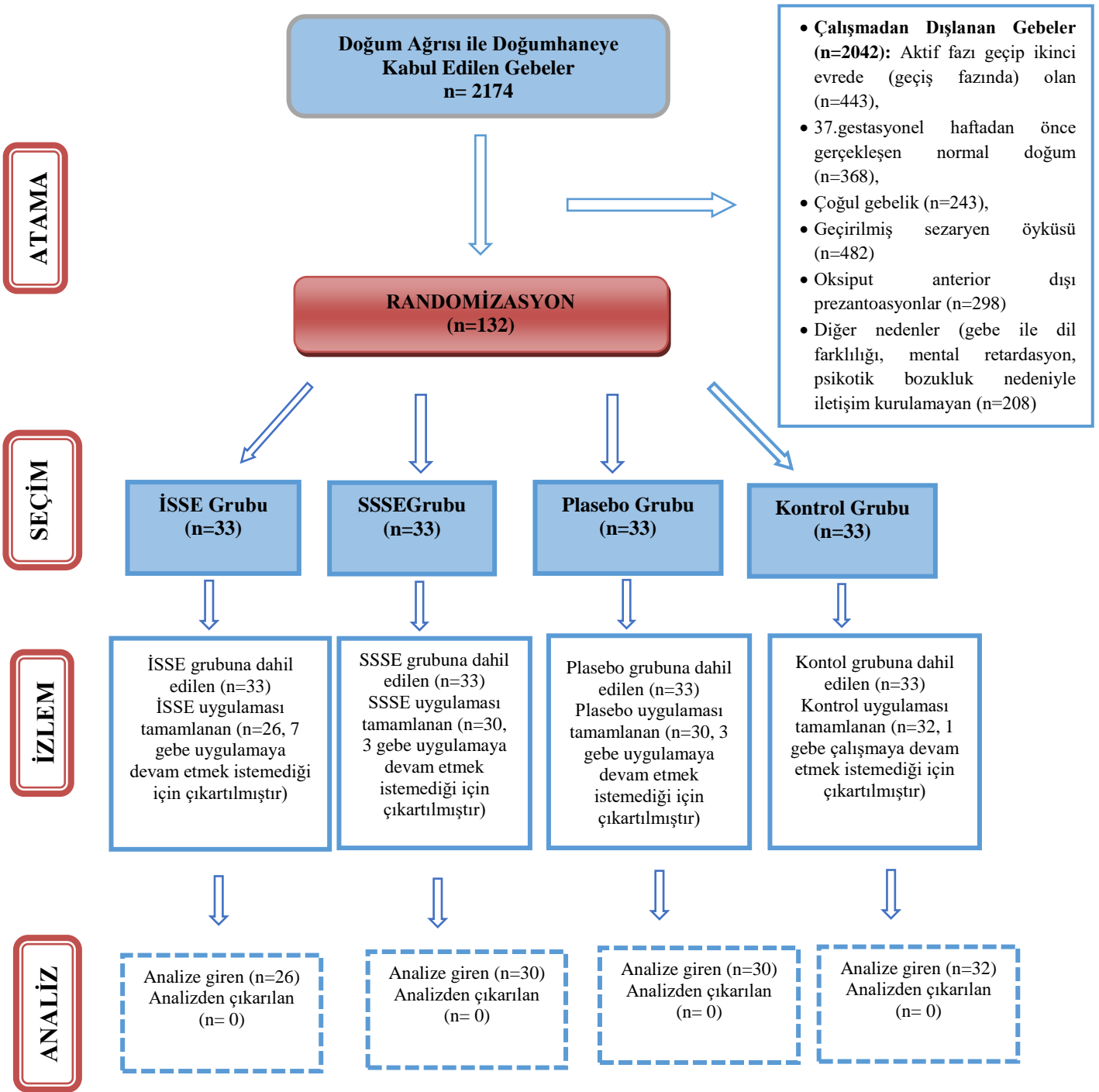
Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma evrenini İstanbul ilinde bir eğitim ve araştırma hastanesine başvuran 37 hafta ve üzeri gebeler oluşturmuştur. Temmuz 2019-Mart 2020 tarihleri arasında doğumhaneye 2174 gebe başvurmuştur. Araştırmanın örneklem büyüklüğünün hesaplanması ve güç analizi G-Power 3.1 Programı ile belirlenmiştir. Power analizi değerlendirmesinde Cohen'in 'Observed Power' yönteminden yararlanılmıştır. Etki büyüklükleri ise sırasıyla 0.698 ve 0.572'dir (Program gücü 1.000 olarak göstermektedir ama gücün teorik olarak %100 olması söz konusu olmadığından 0.999 olarak belirtilmiştir). (19). Örneklem büyüklüğü hesaplanırken araştırmanın gücü %80, tip 1 hata %5 ve etki büyüklüğü orta (0.5) olarak belirlenmiştir. Araştırmanın minimum örneklem büyüklüğü 120 olarak hesaplanmış, izlem sürecinde veri kayıpları olacağı düşünülerek örneklem sayısı %10 arttırılarak 132 gebe çalışmaya dahil edilmiştir. İntradermal SSE (İSSE), Subkutan SSE (SSSE), plasebo (Subkutan Salin Enjeksiyonu) ve kontrol grubu olmak üzere her gruba 33 gebe kadın olacak şekilde toplam dört grup oluşturulmuştur. Çalışma sonucunda İSSE grubunda yedi, SSSE grubunda üç, plasebo grubunda üç ve kontrol grubunda bir gebe olmak üzere toplam 14 gebe uygulamaya devam edilmesini istemediği için çalışmadan çıkartılmıştır. Çalışmanın toplam kayıp oranı %14.2 olup çalışma 118 gebe ile tamamlanmıştır.

Çalışmanın sonunda grup içi kıyaslamalarda zamanın ana etkisi ve zaman-grup etkileşiminin güç düzeyi .999 olarak bulunmuştur. Gruplar arası kıyaslamada ise grup değişkeninin ana etkisinin etki büyüklüğü .551, güç düzeyi ise .999 olarak belirlenmiştir. Cohen tarafından tanımlanmış küçük, orta ve büyük etki büyüklükleri kriterleri (.01 küçük, .06 orta ve .14 büyük denebilir) göz önüne alındığında (19); tüm etki büyüklüklerinin büyük etki düzeyini gösteren .14 değerinden daha büyük olduğu görülmektedir. Çalışmanın örnekleme hesaplanırken 'Eta Squared' etki büyüklüğü kullanılmıştır.

Araştırmanın dâhil olma kriterleri çalışmaya katılmaya gönüllü olma, 37-42 hafta arası gebe olma, tekil gebeliğe sahip olma, vajinal doğum yapacak olma, Oksiput Anterior Prezentasyon'da olma, aktif fazda olma, Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ) skoru 5 ve üzeri değildir. Araştırmanın dışlama kriterleri, SSE'den üç saat öncesine kadar analjezik ajan kullanmış olma, geçiş fazında olma, APGAR skorunu etkileyebilecek mekonyum aspirasyonu, fetal distress gibi problemlere sahip kadınlar ve bilişsel, duyuşsal ve sözel olarak iletişim kurmayı engelleyen herhangi bir sorunu değildir. Gebenin çalışmadan ayrılmak istemesi, acil sezaryene alınma gibi sebeplerle uygulama prosedürlerinin tamamının gerçekleşmemesi araştırmadan çıkarılma kriteridir. Bu çalışmada basit randomizasyon yöntemi tercih edilmiştir. Bunun için SAS (İstatistiksel Analiz Sistemi- Statistifical Analysis System Institute, Cary, Nort Caroline) programının 8.2 versiyonu kullanılmıştır. Örneklem; İSSE, SSSE, plasebo ve kontrol grubuna göre randomize edildikten sonra kapalı zarf yöntemi kullanılmıştır. Kapalı zarf yönteminde randomize sayılar tablosuna göre oluşturulan liste deney grubundan bir araştırmacının yardımıyla opak zarflara konularak zarflar kapatılmıştır. Sonrasında zarfların dışı tablodaki sıraya göre numaralandırılmıştır. Araştırmacı doğum salonunda dahil etme kriterlerine uygun kadınlara araştırmanın amacını açıkladıktan sonra çalışmaya katılmayı kabul edilen kadının zarfı açılarak hangi gruba dahil olduğu belirlenmiştir.

Bu çalışmada araştırmayı uygulayan ve verileri değerlendiren araştırmacının aynı kişi olması nedeni ile sadece araştırmaya katılan kadınların hangi grupta olduklarını bilmemeleri sağlanarak, tek yönlü bir körleme yapılmıştır. Verilerin raporlanmasında açıklık, bütünlük ve şeffaflığı kolaylaştırmak için Consolidated Standarts of Reporting Trials (CONSORT 2010) (20) kullanılmış ve CONSORT şeması Şekil 1'de verilmiştir.



Şekil 1. Consort Akış Diyagramı

Araştırmanın Değişkenleri

•**Bağımlı Değişkenler:** Doğumda bel ağrısını değerlendirmede kullanılan Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ), yaşamsal bulgular, doğum süresi, APGAR skoru

•**Bağımsız Değişkenler:** Steril su ve salin enjeksiyonları

Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri Kişisel Bilgi Formu, Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ), Yaşamsal Bulgular İzlem Formu, Yenidoğan APGAR Skoru Değerlendirme Formu ve Steril Su Memnuniyeti Değerlendirme Formu ile toplanmıştır. Kişisel Bilgi Formu araştırmaya dahil edilen gebelerin yaş, öğrenim, çalışma ve gelir durumu olmak üzere sosyo-demografik; doğum süresi ve obstetrik öyküsü olmak üzere 20 maddeden oluşturulmuştur. Araştırmacı tarafından literatür taraması yapılarak araştırmanın amacına yönelik hazırlanmıştır (11, 15). GKÖ sol ucunda ağrısızlık, sağ ucunda dayanılmaz ağrı yazan 10 cm uzunluğunda, yatay ya da dikey olarak kullanılabilen bir cetvel üzerinde hastanın kendi ağrısını işaretleyebileceği bir ölçektir. GKÖ, tekrarlı ölçümlerde güvenli, geçerli ve kullanılabilir bir ölçüm aracı olarak kabul edilmektedir (11,21). GKÖ'nün ağrı değerlendirilmesinde diğer yöntemlere göre duyarlılığının yüksek olduğu bildirilmiştir (21). Yaşamsal Bulgular İzlem Formu kan basıncı, nabız, saturasyon ve vücut ısısı ölçüm bilgilerinden oluşmaktadır. Gebelerin uygulama öncesi ve uygulama sonrası 30., 60., 90. ve 120. dakikalarda ölçümleri yapılmıştır. Yenidoğan APGAR Skoru Değerlendirme Formuyla doğum sonrası yenidoğan bebeğin sağlık durumu, kalp atışı, çevresel uyaranlara tepkisi, cilt rengi, solunumu değerlendirilmiştir. APGAR skoru araştırmacı tarafından doğumdan sonra 5. dakikada değerlendirilmiştir. Steril Su Memnuniyeti Değerlendirme Formu ile uygulama grubundaki gebelere uygulamadan memnun kalıp kalmadıklarının değerlendirilmesi yapılmıştır. Yaşamsal Bulgular İzlem Formu, Yenidoğan APGAR Skoru Değerlendirme Formu ve Steril Su Memnuniyeti Değerlendirme Formu araştırmacılar tarafından literatüre temellendirilerek oluşturulmuştur (11,15). Veri toplama formları altı kişiden oluşan doğum ve kadın hastalıkları hemşireliği alanında uzman hemşireler tarafından değerlendirilmiştir. Değerlendirme sonunda Kişisel Bilgi Formu'nda iki soruda minör düzeltmeler yapılarak forma son şekli verilmiştir.

Yapılan İşlem/Müdahale

Araştırmacının Hazırlığı

Araştırmacı SSE uygulayabilmek için 23-24 Mart 2018 tarihinde, Lumbosakral Bölgeye İSSE Beceri Kursuna katılarak katılım belgesi almıştır. Kursta doğumla ilişkili bel ağrısının mekanizması, nedenleri, görülme sıklığı, değerlendirilmesi, İSSE tekniği, mekanizması, avantajları, dezavantajları, literatür örneklerinin incelenmesi, İSSE anatomik noktaları, İSSE'de kullanılan malzemeler konusunda bilgi verilmiş ve bireysel ve grup çalışmaları ile İSSE uygulanmıştır. Ayrıca araştırmacı Yüksek Lisansını Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği alanında yaptığı için Yenidoğan Apgar Skorunu değerlendirebilecek niteliktedir.

Araştırmanın Ön Uygulaması

Hazırlanan veri toplama formlarının anlaşılabilirliği ve kullanılabilirliğini belirlemek amacıyla, 01-07 Temmuz 2019 tarihleri arasında Doğum Salonunda, araştırmanın ön uygulaması, örneklem grubun dahil olma ve dışlama kriterlerine uygun olmak üzere üç gruptan üç farklı gebe ile yapılmıştır. Bu kadınlara literatürdeki araştırmalar (6,7,11,13,14,15,17,18,22,23) ve Lumbosakral Bölgeye İSSE Beceri Kursu bilgileri örnek alınarak geliştirilen SSE yöntemi prosedürü uygulanmıştır.

İntradermal Steril Su Enjeksiyonu Uygulama Prosedürü

Doğum ağrısının yönetiminde uygulanan İSSE'nin doğru uygulanabilmesi ve etkisini arttırmak amacıyla gebeye uygun pozisyonun verilmesi önerilmektedir (6,7,11). Uygulamanın yapılacağı anatomik bölgeleri palpasyonla tam olarak tespit edebilmek için gebeye, yatak kenarında otururken öne eğilme, yatağın kenarında yan yatış, sandalyede yana oturma ya da sandalyenin arkasına yüzünü dönerek ters oturma pozisyonları verilmiştir. Bu çalışmada, literatürde uterusla ilişkili doğum ağrısının yönetimi İSSE uygulamasında Michaelis Eşkenar Dörtgenini çevreleyen deri alanının dört noktası kullanılmıştır (6,11,15). Superior posterior iliak spinler, iliak kısmın alt tarafı ve sakral kısmın lateral tarafındaki osteoz çıkıntıları palpasyonda saptanmış ve uygulama 0.1 ml steril suyun intradermal yöntemle sakrum bölgesinde Michaelis Eşkenar Dörtgenini içeren bölgenin üzerindeki cilt kısmının dört noktasına enjekte edilmiştir. Enjeksiyon yapılacak bölgenin ilk iki tanesi posterior superior iliakspinalar üzerinde, diğer ikisi ise ilk yapılacak olan yerlerin 3 cm aşağısında ve 1 cm medialindedir. Enjeksiyon yapılacak bölgelerin doğru belirlenmesi yöntemin başarı sağlanmasında önemli olduğu literatürdeki çalışmalarda bildirilmiştir (7,15). Bu nedenle belirlenen uygulama noktalarına renkli kalem ile işaret koyularak enjeksiyonun uygun bölgeye yapılması sağlanmıştır. Deri %70'lik alkol ile temizlendikten sonra 25-gauge iğne ile bu noktalar üzerindeki epidermisin hemen altında yer alan, dermis tabakasına girilmiş ve enjeksiyonla 0.1 ml steril su deri içine verilmiştir. Uygulama sonrası deri içinde yaklaşık olarak mercimek büyüklüğünde bir kabarcık oluşmuştur. Literatürlerde uygulamanın doğru yere yapıldığı bu mercimek büyüklüğündeki kabarcığın oluşması ile anlaşıldığı yönündedir (11,24). Uygulama yaklaşık 25 saniyede tamamlanmıştır. Gebeler genellikle steril suyun verilmesi sırasında hafif ağrı ve yanma hissetmişler ve bu his yaklaşık 30-35 saniye kadar sürmüştür. Yapılan çalışmalarda gebedeki ağrı ve yanma hissini azaltmak amacıyla enjeksiyonun tam kontraksiyon sırasında yapılması, iki kişi tarafından aynı anda uygulanması veya uygulama alanına masaj ya da soğuk uygulama önerilmiş (6,7,24) ve uygulama tam kontraksiyon sırasında yapılmıştır. Ayrıca uygulama araştırmacı tarafından tek kişi olarak uygulanmıştır. Bu araştırmaya katılan bir gebenin sözel ve yazılı izni alınarak İSSE uygulama bölgesi Şekil 2'de gösterilmiştir.



Şekil 2. İntradermal Steril Su Enjeksiyonu Uygulaması

Subkutan Steril Su Enjeksiyonu Uygulama Prosedürü

SSSE uygulama prosedürü İSSE prosedürüne benzer, enjeksiyon bölgesi ve kullanılan malzemeler aynıdır. Bu uygulama prosedürünün İSSE'den farkı uygulama yolunun subkutan ve verilen steril su miktarının 0.5 ml olmasıdır (6,13,14,15,17,18).

Plasebo Grubu Uygulama Prosedürü

Plasebo grubu uygulama prosedürü SSSE prosedürüne benzer, enjeksiyon bölgesi ve kullanılan malzemeler aynıdır. Bu gruba literatürlere dayalı olarak (6,14,15,17,18,25) plasebo etkisini yaratmak üzere SC 0.5 ml Salin Solüsyonu uygulanmıştır.

Kontrol Grubu

Bu gruba doğum salonunda çalışan ebe/hemşireler tarafından rutin ebelik/hemşirelik bakımı uygulanmıştır. Rutin bakım olarak doğum salonunda çalışan ebe/hemşireler tarafından doğumun aktif fazında gebenin ağrısı değerlendirilmiş ve psikolojik destek sağlanmıştır. Bunun dışında hiçbir uygulama yapılmaksızın girişim gruplarıyla paralel olarak kadınların ağrısı, yaşamsal bulguları ve yenidoğan APGAR skoru değerlendirilmiştir.

Verilerin Toplanması

Uygulamaya başlamadan önce gebelere GKÖ uygulanmış ve yaşamsal bulguları alınmıştır. Uygulama yapıldıktan sonra 30., 45., 60., 90. ve 120. dakikalarda da GKÖ ile bel ağrısı değerlendirilmesi ve yaşamsal bulguların kontrolü yapılmıştır. Son veriler alındıktan sonra Steril Su Memnuniyeti Değerlendirme Formu kullanılarak kadının uygulamadan memnuniyetinin değerlendirilmesi yapılmıştır. Yenidoğan APGAR skoru araştırmacı tarafından doğumdan sonra 5. dakikada değerlendirilmiştir. Her grup için bu şekilde veri toplama yolu izlenmiştir.

Verilerin Değerlendirilmesi

Toplanan verilerin analizi için bir istatistik uzmanından danışmanlık alınmıştır. İstatistiksel analizler için R versiyon 2.15.3 programı (R Core Team, 2013) kullanılmıştır. Çalışma verileri raporlanırken minimum, maksimum, ortalama, standart sapma, medyan, birinci çeyreklik, üçüncü çeyreklik, frekans ve yüzde kullanılmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunlukları Shapiro-Wilk testi ve grafiksel inceleme ile değerlendirilmiştir. Normal dağılım gösteren değişkenlerin ikiden fazla grup arası değerlendirmelerinde tek yönlü varyans analizi, anlamlılık gözlenmesi durumunda anlamlılığın kaynağını belirlemek amacıyla Bonferroni test kullanılmıştır. Normal dağılım göstermeyen değişkenlerin ikiden fazla grup arası değerlendirmelerinde Kruskal-Wallis test, anlamlılık gözlenmesi durumunda anlamlılığın kaynağını belirlemek amacıyla Dunn-Bonferroni test kullanılmıştır. Normal dağılım gösteren değişkenlerin grup içi değerlendirmelerinde Bonferroni düzeltilmeli bağımlı gruplar t testi kullanılmıştır. Nitel değişkenler arasındaki ilişki düzeyinin belirlenmesinde Pearson ki-kare test ve Fisher-Freeman-Haltonexact test kullanılmıştır.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın etik onayı İstanbul ilinde bir eğitim ve araştırma hastanesinden alınmıştır (No: 38, Tarih: 27.03.2019). Araştırmanın yürütüldüğü hastaneden yazılı izin alınmıştır. Çalışmada kullanılan ölçekler için de kullanım izni alınmıştır. Araştırmacı tarafından araştırma hakkında bilgilendirilen katılımcıların, bilgilendirilmiş gönüllü onam formu sözlü ve yazılı olarak alınmıştır. Katılımcılara araştırmaya katılımın gönüllülük esasına bağlı olduğu, istedikleri zaman araştırmadan ayrılacakları, toplanan verilerin tamamen gizli tutulacağı ve güvenliğinin sağlanacağı konusunda bilgi verilmiştir. Ayrıca SSE'nin uygulamasında kullanılan fotoğraflar için bir gebeden izin alınmıştır. Çalışmada, araştırma ve yayın etiğine uyulmuştur.

Bulgular

Gebelerin Sosyo-demografik ve Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Gruplar arasında gebelerin yaşı ($p=.648$), eğitim durumu ($p=.775$), çalışma durumu ($p=.440$), gelir durumu ($p=.724$), gebelik sayısı ($p=.780$), doğum sayısı ($p=.928$), düşük sayısı ($p=.491$), yaşayan çocuk sayısı ($p=.908$), dilatasyon ($p=.709$), gebelik haftası ($p=.962$) bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. İndüksiyon uygulanma ve aktif fazda mobilizasyon yüzdeleri bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmaz iken ($p=.158$, $p=.531$), aktif fazda nefes egzersizi yapma yüzdesi bakımından anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p=.038$). İSSE grubu gebelerinin aktif fazda nefes

egzersizi yapma yüzdesinin plasebo grubundan yüksek olduğu saptanmıştır (p=.036) (Tablo 1). Gruplara epidural analjezik uygulanmamış, aktif fazda müzik dinleme ve oral alım sağlanmamıştır.

Tablo 1. Gebelerin Sosyo-demografik ve Obstetrik Özelliklerinin Dağılımı

	İSSE**(n=26)	SSSE***(n=30)	Plasebo (n=30)	Kontrol(n=32)	Test değeri	P
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS		
Yaş	26.85±06.33	26.23±05.61	25.70±05.84	27.66±07.21	.552	^a .648
‡Gebelik sayısı	00.02±01.30	02.50±02.40	00.03±02.40	00.03±01.54	1.087	^a .780
Dilatasyon (cm)	05.96±00.92	05.70±00.92	05.90±01.12	05.72±01.11	.463	^a .709
Gebelik haftası	39.39±01.26	39.34±01.33	39.51±01.63	39.48±01.33	.095	^a .962
‡Doğum sayısı	00.01±00.20	00.01±01.20	01.50±00.20	00.01±00.20	.460	^b .928
‡Düşük sayısı	00.00±00.00	00.00±00.00	00.00±00.10	00.00±00.10	2.412	^b .491
‡Yaşayan çocuk sayısı	00.01±00.20	00.01±01.20	01.50±00.20	00.01±00.20	.550	^b .908
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	Test değeri	P
Öğrenim durumu					8.310	^c .775
Okur-yazar değil	4 (15.4)	11 (36.7)	9 (30.0)	10 (31.3)		
Okur-yazar&İlkokul	5 (19.2)	2 (06.7)	2 (6.70)	6 (18.8)		
Ortaokul	7 (26.9)	5 (16.7)	8 (26.7)	5 (15.6)		
Lise	6 (23.1)	8 (26.7)	8 (26.7)	8 (25.0)		
Üniversite	4 (15.4)	4 (13.3)	3 (10.0)	3 (9.40)		
İndüksiyon uygulanma					5.086	^c .158
Hayır	19 (73.1)	28 (93.3)	25 (83.3)	29 (90.6)		
Evet	7 (26.9)	2 (06.7)	5 (16.7)	3 (09.4)		
Parite					.887	^d .829
Nullipar	3 (11.5)	4 (13.3)	5 (16.6)	5 (15.6)		
Primipar	7 (26.9)	8 (26.6)	9 (30.0)	8 (25.0)		
Multipar	16 (65.1)	18 (60.1)	16 (53.4)	19 (59.4)		
Aktif fazda mobilizasyon					2.204	^d .531
Hayır	19 (73.1)	24 (80)	25 (83.3)	22 (68.8)		
Evet	7 (26.9)	6 (20)	5 (16.7)	10 (31.3)		
Aktif fazda nefes egzersizi					8.452	^d .038*
Hayır	24 (92.4)	26 (86.7)	24 (80)	30 (93.8)		
Evet	2 (07.6)	4 (13.3)	6 (20)	2 (06.3)		

^aTek yönlü varyans analizi ^bKruskal-Wallis test ^cFisher-Freeman-Haltın exact test ^dPearson ki-kare test, *p<.05
 İSSE: İntradermal Steril Su Enjeksiyonu *SSSE: Subkutan Steril Su Enjeksiyonu, ‡Veriler medyan (birinci çeyreklik, üçüncü çeyreklik) şeklinde sunulmuştur.

Gebelere Uygulanan SSE'nin Algılanan Ağrı Düzeyine Etkisine İlişkin Bulgular

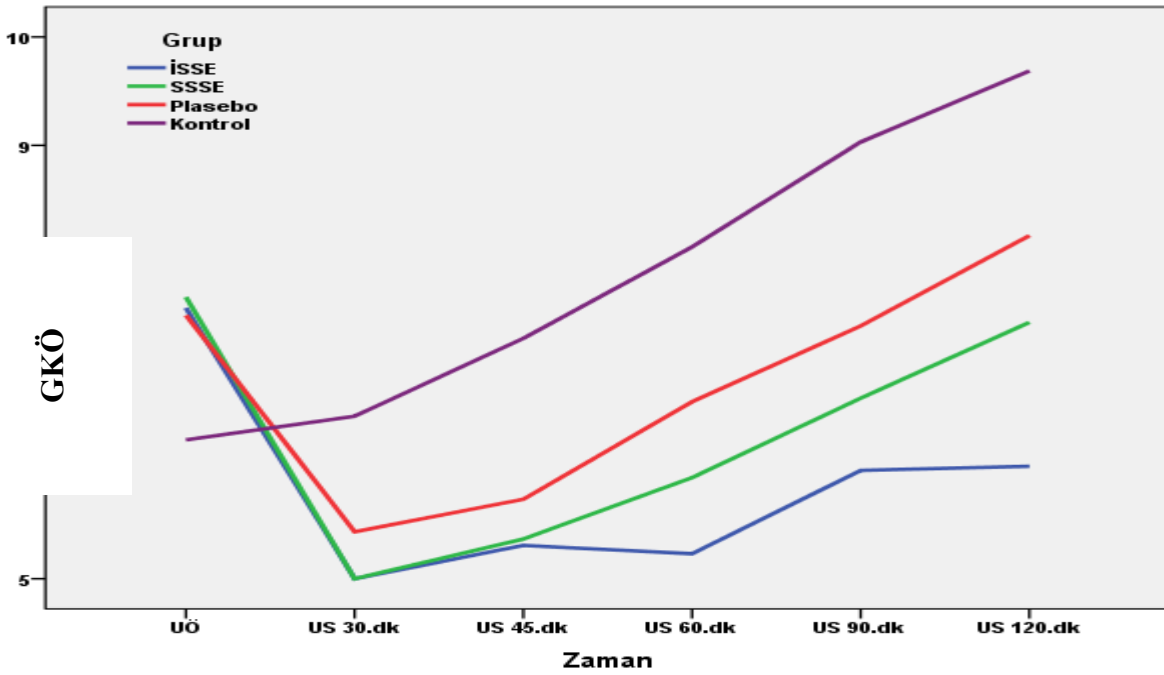
Gruplar arasında uygulama öncesi GKÖ skorları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır (p=.004). Uygulama öncesinde kontrol grubu gebelerin GKÖ skorlarının İSSE, SSSE ve plasebo grubu gebelerin skorlarından daha düşük olduğu saptanmıştır (sırasıyla, p=.001, p=.003, p=.002) (Tablo 2, Şekil 3). Gruplar arasında uygulama sonrası 30.,45. ve 60. dakikalarda GKÖ skorları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır (sırasıyla, p=.003, p=.003, p=.004). Kontrol grubu gebelerin skorlarının İSSE, SSSE ve plasebo gruplarından daha yüksek olduğu saptanmıştır (30. dakikada

sırasıyla, p=.002, p=.003, p=.004, 45. dakikada sırasıyla, p=.003, p=.002, p=.004, 60. dakikada sırasıyla, p=.004, p=.003, p=.005). Uygulama sonrası 60., 90. ve 120. dakikalarda İSSE grubu gebelerin skorlarının SSSE ve plasebo grubu gebelerin skorlarından daha düşük olduğu saptanmıştır (sırasıyla, p=.025, p=.043) (Tablo 2, Şekil 3).

Tablo 2. Gruplar Arasında Görsel Kıyaslama Ölçeği Düzeyine İlişkin Verilerin Dağılımı

GKÖ	İSSE	SSSE	Plasebo	Kontrol	P	aTest değeri	Post-hoc
	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss			
UÖ ^b	7.50±0.86	7.60±0.81	7.43±0.94	6.28±1.11	.004**	13.371	K>İ, S, P
US ^c 30dk	5.00±0.98	5.00±0.83	5.43±0.68	6.50±0.98	.002**	20.051	K>İ, S, P
US ^c 45dk	5.31±0.79	5.37±0.93	5.73±0.58	7.22±0.79	.003**	40.184	K>İ, S, P
US ^c 60dk	5.23±0.95	5.93±1.05	6.63±0.67	8.06±0.88	.002**	54.110	K>P>S>İ
US ^c 90dk	6.00±0.63	6.67±0.92	7.33±0.88	9.03±0.69	.005**	79.786	K>P>S>İ
US ^c 120dk	6.04±0.72	7.37±0.96	8.17±1.09	9.69±0.47	.004**	95.272	K>P>S>İ
	<0.01**	<0.01**	<0.01**	<0.01**			

^aBağımlı gruplar t testi (Bonferroni düzeltmesi uygulanmıştır), UÖ^b: Uygulama Öncesi US^c: Uygulama Sonrası, *p<.05, **p<.01, ***İSSE: İntradermal Steril Su Enjeksiyonu ****SSSE: Subkutan Steril Su Enjeksiyonu



Şekil 3. Doğum Eylemi Sürecinde Görsel Kıyaslama Ölçeği Skorlarının Çalışma Gruplarına Göre Dağılımı

Gebelere Uygulanan SSE'nin Yaşamsal Bulgulara Etkisine İlişkin Bulgular

Gebelerin uygulama öncesi, uygulama sonrası 30. dakika, 60. dakika, 90. dakika ve 120. dakikalardaki yaşamsal bulguları değerlendirilmiş ve gruplar arasında uygulama öncesi ve uygulama sonrası sistolik ve diastolik kan basıncı değerleri ve SpO2 değerleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p=.402). Gruplar arasında uygulama sonrası 30. dakika nabız değerleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu (p=.001), SSSE grubu gebelerin nabız değerlerinin İSSE ve kontrol grubundakilere göre daha düşük olduğu saptanmıştır (sırasıyla, p=.002, p=.003). Uygulama öncesi, uygulama sonrası 30. dakika, 60. dakika ve 90. dakika vücut ısısı değerleri bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p=.397).

Gebelere Uygulanan SSE'nin Doğum Süresi ve Yenidoğan APGAR Skoruna Etkisine İlişkin Bulgular

Gebelerin doğum süreleri iki ile dokuz saat arasında değişmekte olup ortalama 5.02 ± 1.60 saattir. Doğum süreleri İSSE grubunda 5.52 ± 1.72 , SSSE grubunda 4.85 ± 1.35 , plasebo grubunda 4.85 ± 1.41 ve kontrol grubunda 4.92 ± 1.85 saat olarak bulunmuştur. Gruplar arasında doğum süresi bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=.346$). Bebeklerin APGAR skorları 5 ile 10 arasında değişmekte olup ortalama 9.64 ± 0.66 'dır. APGAR skorları İSSE grubunda 9.65 ± 0.56 , SSSE grubunda 9.77 ± 0.43 , plasebo grubunda 9.77 ± 0.94 ve kontrol grubunda 9.41 ± 0.56 saat olarak bulunmuştur ($p=.100$) (Tablo 3).

Tablo 3. Gruplar Arası Gebelerin Doğum Süresi ve Yenidoğan APGAR Skoru Sonuçlarına İlişkin Kıyaslamalar

	İSSE*(n=26)	SSSE**(n=30)	Plasebo(n=30)	Kontrol(n=32)	Test	^a p
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	değeri	
Doğum süresi (saat)	5.52±1.72	4.85±1.35	4.85±1.41	4.92±1.85	1.115	.346
APGAR	9.65±0.56	9.77±0.43	9.77±0.94	9.41±0.56	2.134	.100

^aPearsonki-kare test *İSSE: İntradermal Steril Su Enjeksiyonu **SSSE: Subkutan Steril Su Enjeksiyonu

Gebelere Uygulanan Steril Su Enjeksiyonunun Memnuniyet Üzerine Etkisine İlişkin Bulgular

Gruplar arasında, uygulanan SSE'den memnun kaldığını ifade edenlerin oranı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p=.003$). İSSE grubu gebelerin uygulamadan memnun kalma yüzdesinin (%100) plasebo grubundan (%73.3) yüksek olduğu saptanmıştır ($p=.012$). Gruplar arasında yapılan SSE ileriki doğumlarda da yapılmasını isteyeceğini ifade edenlerin yüzdesi bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p=.025$). Sırasıyla ileriki doğumlarında da uygulamanın yapılmasını isteyen gebelerin gruplara göre yüzdeleri; İSSE %96.2, SSSE %86.7 ve Plasebo %70'tir. Buna göre İSSE grubu gebelerde ileriki doğumlarda da yapılmasını isteyeceğini ifade edenlerin yüzdesinin SSSE ve plasebo grubuna göre yüksek olduğu saptanmıştır (sırasıyla, $p=.097$, $p=.033$).

Tartışma

Bu çalışmada, SSE'nin doğumda bel ağrısı, yaşamsal bulgular, doğum süresi, yenidoğan APGAR skoru, gebe memnuniyetine etkisi ile İSSE, SSSE ve SC Salin enjeksiyonları arasında farklılık olup olmadığına tek körlü plasebo kontrollü, RKÇ ile irdelenmiştir. Doğum ağrısının azaltılmasında yıllarca SSE'nin de dahil olduğu pek çok nonfarmakolojik yöntemin etkileri incelenmiştir. Bu uygulamalar; gevşeme ve solunum egzersizleri, müzik, ilgiyi başka yöne çekme, hipnoz, pozisyon verme, masaj, transkütanöz elektriksel sinir stimülasyonu (TENS), akupunktur, akupressure, terapotik dokunma, destek veren kişilerin varlığıdır. Ağrıyı tamamen ortadan kaldırma mümkün olmasa da bu yöntemler ile ağrının duygusal, bilişsel, davranışsal ve sosyo- kültürel boyutlarına etki edilir ve ağrı hafifletilmektedirler. (6, 7,8, 11,18).

Gebelere Uygulanan SSE'nin Doğumda Bel Ağrısı Algısına Etkisi

Doğum yapan kadınların yaklaşık %30'unun doğumda şiddetli bel ağrısı yaşadığı bilinmektedir. Doğumda bel ağrısı ebelik/hemşirelik bakımı açısından önemle ele alınması gereken bir konudur (16,17). Bu çalışmada doğumun aktif fazında bel ağrısının yönetiminde İSSE, SSSE, plasebo (SC salin solüsyonu) ve kontrol grupları karşılaştırılarak SSE'lerinin etkileri değerlendirilmiştir.

Bu çalışmada uygulama sonunda İSSE grubundaki gebelerin tamamı, SSE grubundaki gebelerin %96.7'si ve plasebo grubundaki gebelerin %80'i SSE'nin doğumda bel ağrılarını azalttığını bildirmişlerdir. SSE'lerin kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı farkla doğumda bel ağrısını azaltmakta ve gebeleri rahatlatmaktadır. Bu durumda 'H1: İSSE, SSSE, plasebo (SC salin solüsyon) ve kontrol grubundaki gebelerin doğumda bel ağrısı düzeyleri arasında fark vardır.' hipotezi kabul edilmiştir.

Doğumda bel ağrısının azaltılmasında sırasıyla en etkili olan grubun; İSSE, SSSE ve plasebo olduğu belirlenmiştir. Sıralamanın bu şekilde olmasının sebebi uygulanan steril su miktarının ve uygulama yolunun farklı olması ile plasebo grubunda salin solüsyonunun kullanılmasından olduğu düşünülmektedir. Bu durumda steril su uygulanan gruplar, salin solüsyonu uygulanan plasebo grubuna göre daha etkili bulunmuştur.

Ayrıca ID ve SC yöntem arasındaki fark incelendiğinde ID yöntemin doğumun aktif fazında bel ağrısının azaltılmasında daha etkili olduğu çalışmamızda saptanmıştır. ID yöntemin daha etkili olmasında, ID uygulamanın yarattığı tahriş ve ozmotik basıncın etkisiyle ağrıyı daha çok azalttığı ve SSE'nin deri içine yapılan uygulamasının ağrıyı bloke etmede daha etkili olmasından dolayı olduğu düşünülmektedir. Ayrıca İSSE'nin doğumda bel ağrısında kapı kontrol teorisine bağlı olarak ağrıyı bloke ettiği böylece gebenin ağrısını azaltmada etkili olduğu belirtilmiştir (11,16).

Çalışmamızda uygulamadan 90 dk sonra GKÖ skorları İSSE grubunda 6.00 ± 0.63 , SSSE grubunda 6.67 ± 0.92 ve plasebo grubunda 7.33 ± 0.88 olarak bulunmuştur. İSSE'nin, SSSE ve plaseboya göre doğumda bel ağrısını daha uzun süre azalttığı bulunmuştur. Çalışmamıza benzer olarak Martensson ve Wallin (1999) İsveç'te yaptıkları RKÇ'de uygulamadan 90 dk sonra GKÖ skorlarının SSSE grubunda 6.1, İSSE 4.1 ve plasebo grubunda 7.5 olarak bulunmuştur (25). İSSE uygulaması, SSSE ve plaseboya göre doğum ağrısını azaltmada daha etkili bulunmuştur. Farklı olarak, Rezaie ve ark.'nın (2019) İran'da yaptığı RKÇ'de uygulamadan 60, 90 ve 120 dk sonra 0.5 cc SC salin solüsyonu enjeksiyonunun İSSE, SSSE ve ID salin enjeksiyonuna göre doğum ağrısını azaltmada daha etkili olduğu bulunmuştur (6). Farklı olarak Almassinokiani ve ark.'nın (2020) İran'da yaptığı çalışmada, ID ve SC yöntemleri arasında doğum ağrısını azaltmada bir fark olmadığı sadece kontrol grubuna göre iki yöntemin doğum ağrısının azaldığı bulunmuştur (18). Günümüze kadar doğum ağrısı için SSE uygulaması yapılan çalışmalar içerisinde (7, 11,13,14,15,23,25) sadece Rezaie ve ark.'nın yapmış olduğu çalışmada salin solüsyonu steril suya göre daha etkili bulunmuş ancak ağrıyı azaltmadaki salinin etkisinin belirsiz olduğu bildirilmiştir. Salinin SC enjeksiyonunun kompakt katmanlarda dermal şişmeye neden olduğu ve sinirlerin terminallerini uyardığı, diğer taraftan enjeksiyon bölgesinde tahriş ve

ağrının daha az olabileceği bu nedenle bel ağrısının azaltılmasında daha etkili olabileceği bildirilmiştir. Bu farklı sonuç mevcut çalışmada 0.5 cc salin solüsyonu kullanılırken, Rezaie ve ark.'nın yaptığı çalışmada 0.15 cc salin solüsyonu kullanılmasına bağlı olduğu düşünülmektedir. Kullanılan salin solüsyonu miktarı arttıkça uygulamaya bağlı acının daha fazla olduğu fakat ağrıyı azaltmadaki etkinin arttığı düşünülmektedir.

Bahasadri ve ark.'nın (2006) Avustralya'da yaptığı RKÇ'de SSSE ve SC salin solüsyonu karşılaştırılmıştır (23). Steril suyun doğum ağrısına etkisi 10. ve 45. dk'da benzer bulunmuştur ve salin solüsyonuna göre doğum ağrısını azaltmada daha etkili olduğu bildirilmiştir. Hindistan'da 100 gebe ile yapılan SSSE ve SC salin solüsyonunun karşılaştırıldığı RKÇ'de uygulama sonrası 90. dk'da steril su grubunda bel ağrısının salin solüsyonundan anlamlı biçimde düşük olduğu bildirilmiştir (14). Kushtagi ve Bhanu (2009) Hindistan'da doğumda bel ağrısı için yaptığı RKÇ'de SSSE ve SC salin solüsyonunu karşılaştırmıştır. Uygulama sonrası 10. ve 45. dk'da steril suyun salin solüsyonuna göre doğumda bel ağrısında daha etkili olduğu saptanmıştır (13). Mısır'da yapılan RKÇ'de SSSE ve SC salin solüsyonu karşılaştırılmıştır. Uygulamadan 45 dk sonra GKÖ skorları SSSE'de 5.84 ± 0.99 , plasebo grubunda 6.20 ± 1.15 ve 120 dk sonra SSSE'de 6.17 ± 1.02 , kontrol grubunda (salin solüsyonu grubu) 5.60 ± 1.13 olarak bulunmuş ve steril suyun salin solüsyonuna göre doğumda bel ağrısını azaltmada daha etkili olduğu bildirilmiştir (15). Bu araştırmanın 45. ve 120. dk'larında GKÖ skorları SSSE grubunda plaseboya göre daha az bulunmuş olup, yapılan bu çalışma ile benzerlik göstermektedir. Bu çalışma bulgularına benzer şekilde SSSE ve SC salin solüsyonunu karşılaştırdığı Lee ve ark.'nın (2020) Avustralya ve İngiltere'de yaptığı bir çalışmada 30.-60.-90. dk'larda GKÖ değerlerinin steril su grubunda daha düşük olduğu bildirilmiştir (17). Bu çalışma bulgularından farklı olarak İran'da yapılan çalışmada İSSE ve SSSE grupları arasında GKÖ açısından anlamlı fark bulunmazken, kontrol grubuna göre İSSE ve SSSE gruplarının 30.-60.-90. dk'larda GKÖ skorlarının daha az olduğu belirlenmiştir (18).

Gebelere Uygulanan SSE'nin Yaşamsal Bulgular Etkisi

Doğum eylemi sürecinde kaybedilen kan volümü nedeniyle yaşamsal bulguları izlemek ve gebenin stabilizasyonunu sağlamak ebelik/hemşirelik bakımı açısından oldukça önemlidir (26). Doğum eyleminde yaşanan ağrı gebelerin yaşamsal bulgularının stabilizasyonunu olumsuz yönde etkilemektedir. Uygulama sonunda İSSE, SSSE, plasebo ve kontrol gruplarının yaşamsal bulguları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaması nedeniyle 'H2: İSSE, SSSE, plasebo (SC salin solüsyon) ve kontrol grubundaki gebelerin yaşamsal bulguları arasında fark vardır.' hipotezi doğrulanmamıştır. Literatürde SSE'nin yaşamsal bulguları üzerine etkisini inceleyen bir çalışmaya ulaşılmamıştır. Bununla birlikte, SSE'nin gebelerin yaşamsal bulguları üzerinde herhangi bir olumsuz etkisinin olmadığı, güvenilir bir etkisinin olduğu söylenebilir.

Gebelere Uygulanan SSE'nin Doğum Süresi ve Yenidoğan APGAR Skoruna Etkisi

Bu çalışmada gruplar arasında yenidoğan APGAR skorunda istatistiksel olarak anlamlı fark olmaması nedeniyle 'H3: İSSE, SSSE, plasebo (SC salin solüsyon) ve kontrol grubundaki gebelerin yenidoğan APGAR skorları arasında fark vardır.' hipotezi doğrulanmamıştır. Benzer şekilde literatürdeki karşılaştırmalı deneysel çalışmalarda SSE'lerinin kontrol ve plasebo gruplarına göre APGAR skorları açısından fark yaratmadığı, grupların benzer APGAR skorlarına sahip olduğu saptanmıştır (6, 11,13,14,17,18). SSE doğum ağrısını azaltmak ve farmakolojik yöntem kullanımını azaltmak amacıyla yapıldığı için yenidoğan APGAR sonuçları üzerinde herhangi bir etkisinin olmadığı gözlemlenmektedir (27). Bununla birlikte SSE'nin fetüs üzerinde herhangi bir olumsuz etki yaratmadığı belirtilmiştir (11).

Çalışmamızda gebelerin doğum süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır. Doğum ağrısı yönetiminde SSE'nin doğum süresine etkisi göz önüne alınarak kurulan 'H4: İSSE, SSSE, plasebo (SC salin solüsyon) ve kontrol grubundaki gebelerin doğum süreleri arasında fark vardır.' hipotezi doğrulanmamıştır. Benzer şekilde Hindistan'da yapılan bir RKÇ'de, doğum süresi steril su grubunda 4.01 ± 2.15 saat ve salin solüsyonu grubunda 4.17 ± 2.30 saat olarak bildirilmiş ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur (14). Genç Koyucu ve ark. (2016) Türkiye'de yaptığı RKÇ'de İSSE grubunda doğum süresi 170 ± 53.4 dk, kuru enjeksiyon grubunda ise 180 ± 62.65 dk olarak belirlenmiş ve gruplar arasında süre açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (11). Çalışmamıza benzer şekilde Lee ve ark.'nın Avustralya ve İngiltere'de yaptığı çalışmada SSSE grubunda doğum süresi 240-630 dk arası, SC salin solüsyonu grubunda 245-600 dk arası bulunmuş ve gruplar arasında anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir (17). Farklı olarak Rezaie ve ark. (2019) İran'da yaptığı RKÇ'de SC 0.5 cc salin solüsyonu uygulanan grubun doğum süresi, İSSE ve SSSE gruplarından istatistiksel olarak anlamlı biçimde daha kısa olduğu bulunmuştur. Rezaie ve ark. (2019) yaptığı bu çalışmada doğum süresini kısaltmada salin solüsyonunun steril suya göre daha etkili olmasının nedeni steril suyun miktarının az olmasına bağlanmıştır (6).

Gebelere Uygulanan SSE'nin Gebenin Memnuniyeti Üzerine Etkisi

Mevcut çalışmada SSE uygulanan gebelerin %88.4'ünün enjeksiyonlardan memnun olduğu belirlenmiştir. Doğum ağrısı yönetiminde İSSE ve SSSE gruplarında gebe memnuniyeti plaseboya göre istatistiksel olarak anlamlı biçimde daha fazla bulunmuş ve 'H5: İSSE, SSSE ve plasebo (SC salin solüsyon) grubundaki gebelerin uygulanan enjeksiyondan memnuniyet düzeyleri arasında fark vardır.' hipotezi kabul edilmiştir. Benzer şekilde SSE uygulamasının anne memnuniyetine etkisinin araştırıldığı çalışmalarda da SSE'nin anne memnuniyetini artırdığı bildirilmiştir (6,14,15,17,18,22,27). Lee ve arkadaşlarının (2013) Avustralya'da yaptığı tek ID enjeksiyonda memnun kalma oranı %66.2, dört ID enjeksiyonda memnun kalma oranı ise %75.2 olarak bulunmuştur (7). Genç Koyucu ve ark. (2016, Türkiye) İSSE uygulanan gebelerin %84.5, kuru enjeksiyon uygulanan gebelerin %35.7'sinin memnun kaldığını bildirmiştir (11). Mevcut çalışmada İSSE grubundaki gebeler plasebo grubuna kıyasla ileriki doğumlarda da SSE yapılmasını istediklerini ifade etmiştir. SSE'den memnun kalan gebeler ileriki doğumlarında tekrar uygulamak istediklerini ve başka gebelere de önereceklerini söylemişlerdir. Bunun nedeni de SSE'lerinin doğum ağrısını azaltması olarak düşünülmektedir.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışmanın bazı sınırlılıkları bulunmaktadır. Öncelikle, araştırmanın örneklemini aktif fazda doğum ağrısı yaşayan ancak sağlıklı bir gebelik ve doğum süreci deneyimleyen gebelerden oluşmaktadır. Bu çalışmanın sonuçları riskli gebelik sonrası

doğumhanede takip edilen, oksiput anterior dışı prezentasyonlar, geçirilmiş sezaryen doğum öyküsü olan gebelere genellenememektedir. Bu çalışmada gebelerin tamamı başarılı bir doğum eylemi süreci deneyimlemiş ve bu süreçte herhangi bir komplikasyon gelişmemiştir. Bu nedenle araştırmanın bulguları doğum eylemi sürecindeki komplikasyon yaşayan tüm gebelere genellenmemelidir. Ebe ve/veya hemşirelerin bağımsız olarak SSE'yi yapabileceklerine dair ülkemizde herhangi bir yasal açıklama olmaması dolayısıyla mevcut çalışmaya bir hekim ikinci danışman olarak dahil edilmiştir. Bu durum SSE'nin ebe ve hemşireler tarafından kullanımı açısından bir sınırlılık yaratmaktadır. Son olarak, bu çalışmada doğum ağrısı yaşayan gebelerin deneyimledikleri ağrı üzerine SSE uygulamasının etkisi incelenmiştir. Çalışma sonuçları, SSE'nin doğum eyleminin diğer fazlarındaki yaşanan ağrıya etkisi hakkında bilgi vermemektedir. Ayrıca kadınların yaşadığı doğum ağrısının sadece GKÖ kullanılarak değerlendirilmesi de sınırlılık yaratmaktadır.

Sonuçların Uygulamada Kullanımı

Bu çalışmanın sonucunda plasebo salin enjeksiyonu ve kontrol grubuna göre İSSE ve SSSE uygulanan gebelerin doğumda bel ağrısının daha az; ID yöntemin SC yöntemine göre doğumda bel ağrısının azaltılmasında daha etkili olduğu; enjeksiyonların gebelerin yaşamsal bulgularını, doğum süresini ve yenidoğan APGAR skorunu etkilemediği; SSE'den en çok memnun olan kadınların İSSE grubu olduğu saptanmıştır. Doğumda bel ağrısının yönetiminde İSSE'nin istatistiksel ve klinik olarak etkili olduğu söylenebilir. Bu çalışma SSE'nin yaşamsal bulgulara etkisini ilk kez incelemesi bakımından özgündür. Ayrıca literatürlerde steril su-salin solüsyonu miktarı, enjeksiyon yöntemi ikili gruplarla karşılaştırılırken, çalışmamızda dördü grupta, hem enjeksiyon türü hem de solüsyon türü açısından karşılaştırma yapılabilmiş, aynı deneysel birbirlerine göre farklılıkları değerlendirilebilmiştir.

Çalışmanın sonucunda travay ünitelerinde aktif fazdaki gebelerin doğum ağrısının yönetiminde İSSE'nin güvenli bir yöntem olarak kullanımı önerilebilir. Böylece doğumda daha az bel ağrısıyla kadınların doğum memnuniyeti artırılabilir. Araştırmanın sonunda İSSE uygulamasının ebe/hemşirenin uygulayabileceği bir yöntem olduğuna yönelik farkındalık geliştirilmesi, ebelik/hemşirelik eğitim programlarına doğum ağrısı yönetiminde İSSE kullanımı ve etki mekanizmasının eklenmesi önerilmektedir. Ayrıca İSSE'nin gebenin rahat olduğu her pozisyonda uygulanabileceği, gebenin hareketlerini kısıtlamadığı ve enjeksiyona bağlı yaşanan acı hissini azaltacak girişimlerle enjeksiyonun gerçekleştirilebileceği önerilmektedir.

Bilgilendirme

Yazarların Katkı Beyanı: fikir İ.B., tasarım İ.B. ve C.U., denetleme İ.B. ve S.S., kaynaklar İ.B. ve C.U., malzemeler İ.B. ve C.U., veri toplanması ve/veya işlenmesi C.U., analiz ve/veya yorum İ.B. ve C.U., literatür taraması C.U., yazıyı yazan İ.B. ve C.U., eleştirel inceleme İ.B. ve S.S. şeklindedir. Yazarlar arasında herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır. Araştırma ile ilgili herhangi bir kurum ya da kuruluştan destek alınmamıştır.



Teşekkür

Çalışmanın klinik uygulama sürecinde desteklerini esirgemeyen doğumhanede çalışan ebelere ve çalışmamıza katılarak çalışmanın var olmasına yardım eden sevgili gebelere sonsuz teşekkürlerimizi sunarız.

Kaynaklar

1. Ertem G. Doğumda Analjezi ve Anestezi. İçinde Şirin A, Kavlak O, Kadın Sağlığı. 1. Basım. İstanbul Nobel Tıp Kitabevleri Basım; 2016, s:663-668.
2. Rathfisch G. Doğal Doğum Felsefesi. 2. Basım. Nobel Tıp Kitabevi. İstanbul; 2014, s:243-256.
3. Berkiten-Ergin A. Doğum ve Doğumun Tarihçesi. İçinde Kömürçü N, Doğum Ağrısı ve Yönetimi. 2. Basım. İstanbul Nobel Tıp Kitabevleri Basım; 2014, s:2-9.
4. Adams SS, Eberhard-Gran M, Eskild A. Fear of child birth and duration of labour: a study of 2206 women with intended vaginal delivery. National Library of Medicine. 2012;119(10):1238-46.
5. Mortazavi SH, Khaki S, Moradi R, Heidari K, Rahimparvar-Vasegh SF. Effects of massage therapy and presence of attendant on pain, anxiety and satisfaction during labor. Archives of Gynecology. 2012;286(1):19-23.
6. Rezaie M, Shaabani S, Jahromi FS, Jahromi ME, Dakhesh S. The effect of subcutaneous and intracutaneous injections of sterile water and normal saline on pain intensity in nulliparous women: a randomized controlled trial. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research. 2019;24(5):365-371.
7. Lee N, Mårtensson LB, Homer C, Webster J, Gibbons K, Stapleton H, et al. Impact on caesarean section rates following injections of sterile water (ICARIS): a multi centre randomised controlled trial. An International Journal of Obstetrics and Gynaecology Pregnancy Childbirth. 2013;13(1):105.
8. Mamuk R, Davas Nİ. Doğum ağrısı kontrolünde kullanılan nonfarmakolojik gevşeme ve tensel uyarılma yöntemleri. Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni. 2010; 44(3): 137-144.
9. Hodnett ED, Stremmler R, Halpern SH, Weston J, Windrim R. Repeated hands and knees positioning during labour: Randomized pilot study. Peer Journal. 2013;25(1):1-12.
10. Dağlar G, Aydemir N. Vajinal doğum ağrısının azaltılmasına yönelik nonfarmakolojik ebelik bakım uygulamaları. Sted. 2011;20 (1):1-6.
11. Genç Koyucu R, Demirci N, Ender Yumru A, Salman S, Ayanoğlu YT, Tosun Y, ve ark. Effects of intradermal sterile water injections in women with low back pain in labor: A randomized, controlled, clinical trial. Balkan Medical Journal. 2016;35(2):148-154.
12. Lee N, Coxeter P, Beckmann M, Webster J, Wright V, Smith T, et al. Randomised non-inferiority controlled trial of a single versus a four intradermal sterile water injection technique for relief of continuous lower back pain during labour. Pregnancy and Childbirth. 2011; 11(21): 1-9.
13. Kushtagi P, Bhanu BT. Effectiveness of subcutaneous injection of sterile water to the lower back for pain relief in labor. Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica.2009;88(2):231-233.
14. Saxena KN, Nischal H, Batra S. Intracutaneous injections of sterile water over the sacrum for labour analgesia. Indian Journal of Anaesthesia. 2009;53(2):169-173.
15. Fouly H, Herdan R, Habib D, Yeh C. Effectiveness of injecting lower dose subcutaneous sterile water versus saline to relief labor back pain: Randomized controlled trial. European Journal of Midwifery. 2018;2(3):1-9.
16. Mårtensson LB, Hutton EK, Lee N, Kildea S, Gao Y, Bergh I. Sterile water injections for child birth pain: An evidenced based guide to practice. Women and Birth. 2018;31(5):380-385.
17. Lee N, Gao Y, Collins SL, Martensson LB, Randall W, Rowe TM, et al. Caesarean delivery rates and analgesia effectiveness following injections of sterile water for back pain in labour: A multicentre, randomized placebo controlled trial. E Clinical Medicine. 2020;25(3).
18. Almassinokiani F, Ahani N, Akbari P, Rahimzadeh P, Akbari P, Sharifzadeh F. Comparative analgesic effects of intradermal and subdermal injection of sterile water on active labor pain. Anesthesiology and Pain Medicine. 2020;10(2): e99867.
19. John C. Statistical power analysis for the behavioural sciences. New York: Academic Press. 1969, s:278-280. URL: <http://www.utstat.toronto.edu/~brunner/oldclass/378f16/readings/CohenPower.pdf>
20. Sunay D, Şengezer T, Oral M, Aktürk Z, Shulz KF, Altman DG. CONSORT 2010 Raporu: randomize parallel grup çalışmalarının raporlanmasında güncellenmiş kılavuzlar. Avrasya Aile Hekimliği Dergisi 2013;2(1):1-10.
21. Temiz Z, Özer N. Ameliyat sonrası ağrı şiddetinin dört farklı ağrı ölçeği ile karşılaştırılması. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2015;18(4):245-251.
22. Hutton E, Kasperink M, Rutten M, Reitsma A, Wainman B. Sterile water injection for labour pain: A systematic review and meta analysis of randomized controlled trials. An International Journal of Obstetrics and Gynaecology. 2009;116(9):1158-1166.
23. Bahasadri S, Ahmadi-Abhari S, Dehghani-Nik M, Habibi GR. Subcutaneous sterile water injection for labour pain: a randomised controlled trial. Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology. 2006;46(2):102-106.
24. Cui JZ, Geng ZS, Zhang YH, Feng JY, Zhu JY, Zhang XB. Effect of intra dermal injections of sterile water in patients with acute low back pain: A randomized, controlled, clinical trial. Brazilian Journal of Medical and Biological Research. 2016;49(3):50-92.
25. Mårtensson L, Wallin G. Labour pain treated with cutaneous injections of sterile water: a randomised controlled trial. An International Journal of Obstetrics and Gynaecology. 1999;106(7):633-637.
26. Kamalifard M, Shahnazi M, Melli MS, Allaverdizadeh S, Toraby S, Ghahvechi A. The efficacy massage therapy and breathing techniques on pain intensity and physiological responses to labor pain. Journal of Caring Sciences. 2012; 1(2):73-78.
27. Chaillet N, Belaid L, Crochetière C, Roy L, Gagné GP, Moutquin JM, et al. Nonpharmacologic approaches for pain management during labor compared with usual care: A meta-analysis. Women and Birth. 2014;41(2):122-137.

Pediatric Hemşireleri Tarafından Karşılanamayan Bakım ve Nedenleri

 Erhan ELMAOĞLU¹,  Serap ÖZDEMİR²

¹Araştırma Görevlisi, Kilis 7 Aralık Üniversitesi, Yusuf Şerefoğlu Sağlık Bilimleri fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Kilis, Türkiye.

²Doktor Öğretim Üyesi, Kilis 7 Aralık Üniversitesi, Yusuf Şerefoğlu Sağlık Bilimleri fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Kilis, Türkiye.

Öz

Giriş: Hemşirelikte karşılanamayan bakım son yıllarda dikkat çeken güncel bir konu olarak karşımıza çıkmaktadır. **Amaç:** Bu araştırmanın amacı pediatri hemşireleri tarafından karşılanamayan bakım ve nedenlerini belirlemektir. **Yöntem:** Tanımlayıcı kesitsel nitelikte olan araştırma 1-30 Haziran 2021 tarihleri arasında Gaziantep ilinde bir Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde yürütüldü. Araştırmanın evreni 500 pediatri hemşiresi oluşturdu. Araştırmanın örneklem sayısını belirlemek amacıyla G*Power (v3.1.9.7) programı kullanıldı ve toplam 403 hemşire örnekleme oluşturdu. Araştırmada; pediatri hemşirelerinin sosyo-demografik özellikleri ve mesleki özelliklere ilişkin bir soru formu ile "Pediatri Hemşireliğinde Karşılanamayan Bakım ve Nedenleri-Pediatric Versiyon Anketi" kullanıldı. **Bulgular:** Araştırmada pediatri hemşirelerinin çalıştıkları son vardiyada %29 ile %87.3 oranında karşılanamayan hemşirelik bakımı olduğu belirlendi. Karşılanamayan bakımların sırasıyla; en çok hemşirelik bakım planına uyarak çocuğu kaldırma ve yürütme, ebeveynleri çocuğun bakımına dahil etme ve refakatçi tarafından yapılan uygulamaların değerlendirilmesi iken, en az sırayla günlük yatak başı vizite katılma, uygulanan ilaç etkinliklerinin değerlendirilmesi ve farmakolojik veya non-farmakolojik ağrı değerlendirmesi ile tüm hemşirelik verilerinin kayıt altına alınması olduğu saptandı. Hemşirelik mesleğini isteyerek seçmeyen, pediatri alanında çalışma yılı 1-5 olan ve bu alanda çalışmaktan kısmen memnun olan hemşirelerin; materyal, çalışan kaynaklı ve iletişim nedeni ile bakımı karşılayamadıkları ve aradaki farkların istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu saptandı ($p < .05$). **Sonuç ve Öneriler:** Bu sonuçlara göre; pediatri hemşirelerinin son vardiyalarında en az bir bakımı karşılayamadığı, bakımı karşılayamama nedenlerinin en çok mesleki özellikleri ve deneyimlerden etkilendiği saptandı. Karşılanamayan bakımın nedenleri ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi, hemşirelerin hizmet içi eğitimler ile desteklemesi ve kurumlarda bakım uygulamalarını güçlendirici politikaların benimsenmesi önerilmektedir.

Anahtar Sözcükler: Pediatri, Hemşire, Karşılanamayan Bakım.

Abstract

Missed Care by Pediatric Nurses and Reasons

Background: Missed care in nursing has emerged a current issue that has attracted attention in recent years. **Objective:** The purpose of the current study is to determine the missed nursing care and its reasons by pediatric nurses. **Methods:** This descriptive cross-sectional study conducted at Gaziantep a Maternity and Pediatric Hospital among 1-30 June 2021. The population of the study consisted of 500 pediatric nurses. The sample size was composed of a total 403 nurses, which were determined according to The G*Power (v3.1.9.7) program. In study; a question form including socio-demographic and professional characteristics of 'Missed Care in Pediatric Nursing and Its Causes-Pediatric Version Questionnaire'. **Results:** In the study, it was determined that there was missed nursing care between %29 and %87.3 of pediatric nurses in the last shift they worked. Missed care was determined that respectively; the most raising and carrying the child following the nursing care plan, involving the parents in the child's care, and evaluating the practices by the companion. The least; attending daily bedside visits, evaluating drug efficacy and pharmacological or non-pharmacological pain assessment and recording all nursing data. It was detected that did not willing to choose nursing profession, had 1-5 years of pediatric nurse and were partially satisfied with working in this unit that material resources, communication and labor resources of the reason missed nursing care, and the differences were statistically significant ($p < .05$). **Conclusion and Recommendations:** According to results; pediatric nurses had at least one missed nursing care on their previous shift, it was determined that the reason missed nursing care mostly affected by professional characteristics and experiences. It is recommended to determine the reasons of missed care and the factor affecting it, to support nurses with in-service training and to adopt policies that strengthen practices in institutions.

Key Words: Pediatric, Nurse, Missed care.

Geliş Tarihi / Received: 14.07.2021 Kabul Tarihi / Accepted: 02.04.2022

Correspondence Author: Doktor Öğretim Üyesi, Kilis 7 Aralık Üniversitesi, Yusuf Şerefoğlu Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Kilis, Türkiye. Telefon: +905375438610 E-posta: serap8685@hotmail.com

Cite This Article: Elmaoğlu E., Özdemir S. Pediatric Hemşireleri Tarafından Karşılanamayan Bakım ve Nedenleri. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 2022; 15(2): 175-185.



Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi 2021 Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License

Karşılanamayan hemşirelik bakımı; belirli veya belirsiz bir nedenden dolayı hastaya verilmesi gereken hemşirelik bakımının eksik veya hiç verilmemesi ya da göz ardı edilmesi olarak tanımlanmaktadır (1). Ayrıca hasta güvenliğine ilişkin bir hata olarak (2) ve ihmal/atlama hatası kapsamında da değerlendirilmektedir (3). Karşılanamayan hemşirelik bakımı ilk defa 2006 yılında Kalisch tarafından ‘hasta bakımının kısmen veya tamamen ihmal edilmesi ya da geciktirilmesi’ olarak tanımlanmıştır (2). Bu kavram Kalisch tarafından yapılan bir nitel çalışma ile araştırılmış, iki farklı hastanenin hemşire, klinik sekreteri ve hemşire yardımcıları ile yapılan odak grup görüşmelerinin sonucunda, dokuz temel bakım alanı belirlenmiştir. Bunlar; ertelenen ve unutulmuş beslenme, hijyen, aldığı ve çıkardığı kaydı, duygusal destek, hasta eğitimi, pozisyon verme, taburculuk planlaması ve sürveyansdır. Bu dokuz temel alanın mali ve kalite açısından hasta sonuçlarını etkileyebileceği bildirilmiştir (3). Kalisch ve arkadaşları tarafından 2009 yılında karşılanamayan hemşirelik bakım modeli oluşturulmuştur. Bu model hemşirelik bakımının yapılmasını engelleyen ya da daha rahat yapılmasını sağlayan etkenleri, hemşirelerin subjektif değerlendirmelerini ve kararlarını, yapılması gereken bakımın zamanında yapılmaması ya da ertelenmesini, hemşirelik bakım süreci ve hastada meydana gelen değişimleri kapsamaktadır (4,5). Modelde hemşirelikte karşılanamayan bakımın nedenleri, engelleyen etmenleri ve sonuçlarıyla bir bütün olarak ele alınmıştır. Bakımın yapılabilmesi için olması gereken kriterler; insan iş gücü, malzemeler ve kişilerarası diyalog olarak 3’e ayrılmaktadır. Belirlenen bu kriterler, hemşirelik bakımındaki basamakları (veri toplama, tanılama, planlama, uygulama ile değerlendirme) nasıl yapılacağı hakkında bilgi verir. Hemşirelik bakımında yapılan girişimleri, hemşirelerin subjektif kararları ve karar süreci (ekipteki kişi sayısı, karar alma süreci, değerler, alışkanlıklar) gibi etmenlerden etkilenir. Yapılan bütün girişimler sonucunda verilmesi gereken bakımlar yapılır veya ertelenir/geciktirilir veya yapılmaz. Bu durum hasta verilerini etkiler (2). Hemşirelik açısından hasta sonuçlarını etkilemesi ve hemşirelik hizmetlerinin iş yoğunluğunun değerlendirilmesinde, karşılanamayan hemşirelik bakım kavramı kullanılabilir (6). Hemşirelerle yapılan bir araştırmada kalite göstergesi olan hasta düşme oranı ile karşılanamayan bakım arasında pozitif bir ilişkinin olduğu belirtilmiştir (7). Hastalar ve hemşirelerle yapılan başka bir çalışmada ise basınç ülseri oluşumu gibi olumsuz durumlarda karşılanamayan hemşirelik bakımının etkisi olduğu belirtilmiştir (8).

Yenidoğan ve pediatri hasta gruplarının tedavileri karmaşıktır ve hastanede uzun süre kalmaları özellikle de yoğun bakım ünitelerinde yoğun bir hemşire bakımına ihtiyaç duymalarına neden olmaktadır. Hemşirelik bakımı hem hastanede hem de taburculuk sonrasında yenidoğan ve pediatri hastalarının sonuçlarını etkileyen potansiyel güçtür. Hemşirelik bakımındaki ihmal bu hasta gruplarının klinik, güvenlik (9,10) ve aile sonuçları üzerinde güçlü ve anlamlı etkilere sahiptir (11). Kenya’da yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde yapılan bir çalışmada karşılanamayan hemşirelik bakımının, hasta başına düşen hemşire oranının azlığıyla ilişkili olduğu belirtilmiştir (12). Hemşirenin iş yoğunluğu ile karşılanamayan hemşirelik bakımı arasında pozitif bir ilişki olduğu belirtilmiştir (13). Tubbs-Cooley ve arkadaşları (2019) ABD’de yenidoğan ünitesinde görev yapan hemşirelerle yapılan çalışmada karşılanamayan hemşirelik bakımının %9 ile %100 arasında değişkenlik gösterdiği ve en çok intravenöz katater bölgesinde yapılması gereken bakımın karşılanamadığı bildirilmiştir. Lake ve arkadaşları (2020) ABD’de yenidoğan yoğun bakım hemşireleriyle yaptığı bir çalışmada, hemşirelerin %36’sının en son çalıştığı vardiyada en az bir hemşirelik girişimini karşılayamadığı, hemşirelik girişimlerinden en çok hastayı sakinleştirme ile aile eğitiminin karşılanamadığı bildirilmiştir. Ciddi iş yoğunluğu, hastalara verilmesi gereken bakımın çok olması ile çalışma koşullarının kötü olması hemşirelerde karşılanamayan bakıma daha çok neden olabilmektedir (14). Lake ve arkadaşları (2017) ABD’de dört değişik eyalette görev yapan pediatri hemşireleriyle yaptığı çalışmada, hemşirelerin yarısından fazlasının en son nöbetinde en az bir hemşirelik girişimini karşılayamadıkları, en çok bakım planı oluşturma ile hastaya duygusal desteğin yapılamadığı, karşılanamayan hemşirelik bakımının en çok çalışma koşullarının uygun olmadığı ortamlarda gerçekleştiği belirtilmiştir (15). İsrail’de pediatri ve yenidoğan bölümlerinin bulunduğu bir hastanede en sık karşılanamayan hemşirelik bakımlarının sırasıyla; ağız bakımı, hastaların beslenmesi, hastalara banyo yaptırılması olduğu ve nedenlerinin ise iş yükü olduğu, 32 birim arasında en az karşılanamayan hemşirelik bakımının pediatri ve kadın doğum servisinde olduğu bildirilmektedir (16). Amerika’da Magnet (en çok tercih edilen) statüsünde olan ve olmayan hastanelerin yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde karşılanamayan hemşirelik bakımının Magnet hastanelerinde çalışma koşullarına göre farklılık göstermediği, ancak taburculuğa hazırlıkta karşılanamayan bakımın anlamlı olarak yüksek olduğu belirtilmiştir. Aynı çalışmada bu durumun yenidoğan yoğun bakımda donanımlı personel ve uygun malzeme varlığından kaynaklandığı şeklinde yorumlanmıştır. Çalışmada ayrıca Magnet hastanelerinde, hemşireler arasında diyalog eksikliği, ekipman yetersizliği, ekipteki diğer personelin gereken desteği vermemesi, hekimler ile diyalog problemlerinin anlamlı düzeyde az olduğu bildirilmiştir (17). Yenidoğan ünitelerinde yapılan çalışmalarda hemşirelik bakımında en sık, taburculuğu planlanan hastaların ebeveynlerine verilmesi gereken eğitimlerin karşılanamadığı bulunmuştur (18,19). ABD’de yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerle yapılan araştırmada karşılanamayan hemşirelik bakımının en çok sırasıyla normal günlük bakım standartlarının yapılması, ağız bakımı, banyo yaptırma, aileleri bakıma katma ve onlara eğitim verme, en az ise sırasıyla ilaç uygulamaları, hastayı değerlendirme ile el hijyeninin sağlanamaması olarak belirtilmiştir. Karşılanamayan bakım nedenlerinin sırayla, bakımın yarım kalması, hastanın durumunun kötüleşmesi, kişi başına düşen hasta sayısının çok olması ve birimdeki yoğunluğun olduğu bildirilmektedir (20). Pediatri ve yenidoğan hemşireleri tarafından karşılanamayan hemşirelik bakımının yetişkin hastalara bakım veren hemşirelere göre %55 ile %98 daha düşük olduğu bildirilmektedir (21). Karşılanamayan hemşirelik bakımının yetişkinlere oranla daha az olduğu bildirilmesine rağmen (21), hassas ve riskli grup olan pediatri ve yenidoğanların bakım gereksinimlerinin karşılanamaması maliyet ve kalite açısından hasta sonuçlarını etkilemektedir (1,22). Bu nedenle; bu araştırma ile pediatri hemşireleri tarafından karşılanamayan bakım ve nedenlerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Araştırma Soruları

- Pediatri hemşireleri tarafından karşılanamayan bakımlar nelerdir?
- Pediatri hemşireleri tarafından karşılanamayan bakımın nedenleri nelerdir?

- Pediatri hemşirelerinin sosyo-demografik ve mesleklerine ilişkin özellikler ile karşılanamayan bakım nedenleri arasında farklılık var mı?

Yöntem

Araştırma tanımlayıcı kesitsel niteliktedir. Araştırmanın evrenini; 1-30 Haziran 2021 tarihleri arasında Gaziantep ilinde bir Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde çalışan hemşireler oluşturdu. Araştırmanın örneklem sayısını belirlemek amacıyla G*Power (v3.1.9.7) programı kullanılarak güç analizi yapılmıştır. Güç analizinde $\alpha=0.05$, etki büyüklüğü=0.2 ve %95 güç (23) ile toplam 327 hemşire olarak hesaplanmıştır. Ancak veri kayıpları olabileceği göz önüne alınarak toplam 403 hemşire örnekleme oluşturmuştur. Dahil edilme kriterlerinde; pediatri servislerinde çalışan, hasta bakımına aktif katılan, çocuk/yenidoğan yoğun bakım servislerinde en az bir ay süreyle çalışan, sosyal medya ve/veya akıllı telefon kullanıma ve çalışmaya katılmayı kabul eden pediatri hemşireleri yer almaktadır. Sorumlu hemşire olarak çalışan hemşireler araştırmadan dışlanmıştır. Pediatri servislerinde (n=118), yenidoğan yoğun bakım (n=110), pediatrik yoğun bakım ve diğer ünitelerde (kardiyovasküler cerrahi, yanık, palyatif ve acil yoğun bakım) (n=175) çalışan hemşireler çalışmaya dahil edilmiştir.

Verilerinin Toplanması

Araştırmada; pediatri hemşirelerinin sosyo-demografik özellikleri ve mesleki özelliklere ilişkin bir soru formu ile "Pediatri Hemşireliğinde Karşılanamayan Bakım ve Nedenleri-Pediatrik Versiyon Anketi" kullanıldı. Araştırmaya başlamadan önce araştırmanın yapılacağı il sağlık müdürlüğünden kurum izin alındı. Katılımcılara araştırma hakkında gerekli açıklamalar yapılarak bilgilendirilmiş onam formu doğrultusunda onayları alındı. Hemşirelerin soru formlarını araştırmacılar tarafından online form sistemi üzerinden doldurmaları sağlandı. Hemşireler tarafından soruların yanıtlanması ortalama 10 dakika sürdü.

Veri Toplama Araçları

Sosyo-demografik verilere ilişkin soru formu

Araştırmacılar tarafından literatür (13,24) bilgileri doğrultusunda hazırlanan soru formu; hemşirelerin sosyo-demografik; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, aile tipi, çocuk sahibi olma durumunun yer aldığı 7 soru ve mesleki özelliklere ilişkin; mesleğini isteyerek seçme durumu, hemşirelik mesleğinde çalışma yılı, pediatrik birimlerde çalışma yılı, pediatri biriminde çalışmaktan memnuniyet durumu, çalıştığı pediatrik birim ve bu birimi isteyerek mi tercih ettiği, çalışma temposu, haftalık çalışma saati ve şekli ile pediatri alanında herhangi bir sertifikaya sahip olma durumunun yer aldığı 10 soru içeren toplamda 17 soruluk bir formdur.

Karşılanamayan Bakım Anketi-Pediatrik Versiyon

Bagnasco ve arkadaşları (2018) tarafından geçerlik ve güvenilirlik çalışması İtalyan hastanelerinde yapılmıştır (25). İtalyan versiyonu (26) karşılanamayan hemşirelik bakımı anketinin orijinali Kalisch ve Williams (2009) tarafından hemşirelerin karşılanamayan bakım ve nedenlerini değerlendirmek için geliştirilmiştir (1). Tubbs-Cooley ve arkadaşları (2015) tarafından anketin yenidoğan yoğun bakım versiyonunun geliştirilmesinde kullanılmıştır (27). Türkçe uyarlaması Çalıkuşu İncekar ve arkadaşları (2020) tarafından yapılmıştır (24). Ölçek iki bölümden oluşmaktadır. Bölüm A; Karşılanamayan Bakım Anketi-Pediatrik Versiyon, 5li likert tipte (5=Her zaman, 1= Asla ve Uygun Değil) olup, toplam 29 maddeden oluşmaktadır. Bu bölümde her bir madde ayrı ayrı değerlendirilmekte ve tüm pediatri hemşirelerinin verdiği yanıtların madde özelindeki ortalaması (en küçük 1 en çok 5 puan) alınmaktadır. Puan ne kadar yüksek ise ilgili hemşirelik uygulamasının o oranda yapıldığı anlamına gelmektedir. Bölüm B; 4lü likert tipte (4= Önemli ölçüde, 1=Hiç) olup, 16 madde ve 3 alt boyutta (çalışan kaynaklı, iletişim ve materyal kaynaklı) kaçırılan hemşirelik bakımının muhtemel nedenlerini içermektedir. Alt boyutların puanı toplanarak hesaplanmaktadır. Alınan yüksek puan karşılanamayan bakımın ilgili alt boyutta yüksek neden ile ilişkilendirilmektedir. Anketin sınıf içi korelasyon katsayısı 0.75, Cronbach's alfa katsayısı $\alpha=0.91$ olarak bulunmuştur. Bu çalışmada karşılanamayan bakım için Cronbach alfa katsayısı 0.947 iken, karşılanamayan bakım nedenleri için 0.931 olarak bulundu.

Etik

Araştırmaya başlamadan önce fakülte yönetiminden yazılı izin ve bir üniversitenin Etik Kurulundan etik kurul onayı (2021/03) ile araştırmanın yapılacağı kurumdaki izin (E-87825162-774.99) alındı. Ölçek geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapan yazarlardan elektronik ortamda gerekli izinler alındı.

Verilerin Analizi

İstatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 25 paket programı kullanıldı. Normallik varsayımına 'Kolmogorov-Smirnov' testi ile bakıldı. Araştırmada katılımcıların tanıttıcı özellikleri için tanımlayıcı istatistikler olan yüzde, frekans, ortalama, standart sapma, minimum, maksimum değerler hesaplanmıştır. Bağımsız üç ve daha fazla parametre karşılaştırmalarında normal dağılım gösterenlerde Anova, bağımsız iki parametre karşılaştırmalarında normal dağılım gösterenlerde Student-t testi, göstermeyenlerde ise Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Ölçeklerin güvenilirliği için Cronbach alfa katsayısı hesaplanmıştır. Araştırmada değişkenlerin istatistiksel anlamlılık düzeyi $p<.05$ olarak kabul edilmiştir.

Bulgular

Tablo 1'de hemşirelerin sosyo-demografik ve mesleki özelliklerine ilişkin veriler yer almaktadır. Hemşirelerin çoğunluğunun 26-33 (%48.9) yaş grubunda, %85.4'ünün kadın, %56.1'inin evli, %92.6'sının çekirdek aileye sahip ve %77.2'sinin lisans mezunu olduğu bulundu. Mesleki özelliklerine bakıldığında; %45.7'sinin hemşireliği isteyerek seçtiği, %38'inin 1-5 yıldır hemşirelikte görev yaptığı, %81.9'unun pediatri birimlerinde 1-5 yıldır çalıştığı ve %67'sinin bu birimde çalışmaktan memnun olduğu, %43.4'ünün pediatrik yoğun bakım ünitelerinden birinde çalıştığı ve aynı oranda bakılan hasta sayısının hemşire sayısına oranının 1/3 olduğu, %64'ünün kendi isteği ile bu birimde çalıştığı, %83.1'inin yoğun tempoda çalıştığı, %78.9'unun haftalık 41 saat ve üzerinde çalıştığı, %71.5'inin vardiyalı çalıştığı ve %64.8'inin pediatri alanlarından birinde sertifikasının olmadığı belirlendi.

Tablo 1. Hemşirelerin Sosyo-Demografik ve Mesleki Özelliklerinin Dağılımı (n=403)

Sosyo-Demografik ve Mesleki Özellikler	n	%	
Yaş	18-25	81	20.1
	26-33	197	48.9
	34-41	79	19.6
	42 ve üstü	46	11.4
Cinsiyet	Kadın	344	85.4
	Erkek	59	14.6
Medeni Durum	Evli	226	56.1
	Bekar	177	43.9
Aile tipi	Çekirdek	373	92.6
	Geniş	30	7.4
Öğrenim durumu	Ön lisans	45	11.2
	Lisans	311	77.1
	Lisansüstü	47	11.7
Hemşirelik mesleğini isteyerek seçme durumu	Evet	184	45.7
	Hayır	82	20.3
	Kısmen	137	34
Hemşirelik Mesleğinde çalışma yılı	1-5 yıl	153	38
	6-10yıl	124	30.7
	11yıl ve üzeri	126	31.3
Pediatri Birimlerinde çalışma yılı	1-5 yıl	330	81.9
	11yıl ve üzeri	73	18.1
Pediatrik birimde çalışmaktan memnuniyet durumu	Memnun	270	67
	Kısmen	133	33
Çalıştığınız birim	Yenidoğan yoğun bakım	110	27.3
	Pediatrik yoğun bakım ve diğer	175	43.4
	*Pediatri Servisleri	118	29.3
Hemşire/Hasta oranı	1/3	175	43.4
	1/4	110	27.3
	1/7	118	29.3
Bu birimde çalışmak kendi tercih etme durumu	Evet	258	64
	Hayır	145	36
Haftalık çalışma saati	40 ve altı	85	21.1
	41 ve üstü	318	78.9
Çalışma şekli	Sürekli gündüz	75	18.6
	Sürekli gece	40	9.9
	Vardiyalı	288	71.5
Pediatri birimlerinden herhangi birinde sertifika durumu	Evet	142	35.2
	Hayır	261	64.8
Toplam	403	100.0	

*Karma çocuk, Çocuk Yandal, Çocuk Cerrahi

Tablo 2'ye bakıldığında pediatri hemşirelerinin çalıştıkları son vardiyada karşılayamadıkları hemşire bakımı yer almaktadır. Bu çalışmada pediatri hemşirelerinin çalıştıkları son vardiyada %29 ile %87.3 oranında karşılanamayan hemşirelik bakımı değişkenlik göstermektedir. Bu verilere göre hemşirelerin en az bir bakımı karşılayamadığı görülmektedir. Bu bakımlar sırasıyla en çok hemşirelik bakım planına uyararak çocuğu kaldırmak ve yürütmek, ebeveynleri çoğun bakımına dahil etme ve refakatçi tarafından yapılan uygulamaların değerlendirilmesi iken, en az sırayla günlük yatak başı vizite katılmak, uygulanan ilaç etkinliklerinin değerlendirilmesi ve farmakolojik veya non-farmakolojik ağrı değerlendirmesi ile tüm hemşirelik verilerinin kayıt altına alınması şeklinde saptandı.

Tablo 2. Pediatri Hemşirelerinin Çalıştıkları Son Vardiyada Karşılamadıkları Bakımın Dağılımı (n=403)

	Asla		Nadiren		Bazen		Sıklıkla		Herzaman		Uygun değil	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1. Günlük yatak başı vizitlere katılma	9	2.3	23	5.8	44	10.9	75	18.6	248	61.5	4	0.9
2. Klinik koşullar izin veriyorsa günde üç defa veya hemşirelik bakım planına uygun çocuğu ayağa kaldırma ve yürütme	27	6.6	95	23.6	89	22.1	68	16.9	51	12.7	73	18.1
3. Uygulanan ilaçların etkililiğini değerlendirme	8	2	30	7.4	57	14.1	148	36.7	154	38.2	6	1.6
4. Çocuğun her iki saatte bir veya isteme göre pasif mobilizasyonu	16	4	40	9.9	72	17.9	126	31.2	127	31.5	22	5.5
5. Ağız bakımı verme	9	2.3	30	7.4	60	14.9	110	27.3	183	45.4	11	2.7
6. Ebeveynleri çocuğun bakımına dâhil etme	23	5.7	47	12	98	24.3	89	22.1	107	26.6	39	9.7
7. Hasta ve aile eğitimi	7	1.7	29	7.2	78	19.4	112	27.8	163	40.4	14	3.5
8. Çocuk ve ailesi ile taburculuk planı ve evde bakıma ilişkin görüşme	8	2	35	8.7	72	17.9	91	22.6	178	44.2	19	4.6
9. Bebeğin yaşı ve klinik durumuna (ör. yenidoğan bakımı, çocuğun veya ergenin bilişsel ve ilişkisel gelişimi) göre nöro-evrimsel gelişimini destekleme	15	3.7	26	6.5	80	19.9	114	28.3	148	36.6	20	5
10. Protokole göre farmakolojik veya non-farmakolojik bakım yaklaşımları ile ağrıyı yönetme	8	2	27	6.7	62	15.4	119	29.5	176	43.7	11	2.7
11. İlaç istemlerinin on beş dakika içinde yapılması	20	5	33	8.2	69	17.1	106	26.3	158	39.2	17	4.2
12. Gerekli tüm hemşirelik verilerinin tam olarak kaydedilmesi	4	1	19	4.7	46	11.4	87	21.6	232	57.6	15	3.7
13. Vardiya değişimi veya devir teslim sırasında ilgili tüm bilgileri iletme	4	1	11	2.7	34	8.4	66	16.4	265	65.8	23	5.7
14. Çocuğun klinik durumlarına (ör. Yenidoğanın isteğine göre oral besleme ve/veya beslenmeyi destekleme, kişisel damak zevkine göre doğru beslenmeyi teşvik etme) göre beslenme gereksinimini karşılama	5	1.2	18	4.5	44	10.9	90	22.3	226	56.1	20	5
15. İlaç belirlenen zamandan 30 dakika önce veya sonra uygulama (ör. belirlenen zaman akşam saat 8.00 iken, 7.30 ve 8.30 arasında uygulanması)	28	7	51	13	72	17.8	106	26.2	131	32.4	15	3.6
16. Tuvalet ihtiyacı olan çocuğa talep ettiğinde beş dakika içerisinde yardımcı olma (ör. bebekle tuvalete gitme veya yatağa bağlı ise uygun araçları sağlama)	16	3.9	20	5	48	11.9	96	23.8	184	45.7	39	9.7
17. Çağrı ışığına, müdahale talebine veya alarm beş dakika içinde yanıt verme (ör. monitör, infüzyon pompası, ventilatör)	4	1	15	3.7	34	8.4	65	16.1	254	63	31	7.8
18. Çocuk ve/veya ailesine duygusal destek sağlama	10	2.5	33	8.2	54	13.4	124	30.8	165	40.9	17	4.2
19. Biyolojik örnekleri/numuneleri istem doğrultusunda alma	7	1.7	17	4.2	29	7.2	67	16.6	259	64.3	24	6
20. Vücut hijyeni ve cilt bakımı	10	2.5	15	3.7	31	7.7	68	16.9	250	62	29	7.2
21. Protokole göre santral ve periferik kateter alanını değerlendirme	10	2.5	15	3.7	42	10.4	66	16.4	248	61.5	22	5.4
22. Protokole göre santral ve periferik kateter bakımı	11	2.7	16	4	31	7.7	61	15.1	265	65.8	19	4.7
23. Protokole göre enfeksiyon kontrolüne yönelik gerekli önlemleri alma (Kişisel Koruyucu Ekipmanlar, araç-gereçlerin dezenfekte edilmesi, izolasyon, atıkların doğru yok edilmesi)	7	1.7	15	3.7	28	6.9	66	16.4	265	65.8	22	5.5
24. Katı ve sıvı aldığı-çıkarıldığı takibi	9	2.2	20	5	51	12.6	77	19.1	222	55.1	24	6
25. Yaşam bulgularını hemşirelik bakım planına göre değerlendirme	5	1.2	16	4	31	7.7	54	13.4	272	67.5	25	6.2
26. Çocuğun durumundaki iyileşmeleri veya kötüleşmeleri değerlendirmek için vardiya boyunca odaklanmış bir şekilde tekrarlı değerlendirmeler yapma	7	1.7	15	3.7	38	9.4	64	15.9	253	62.8	26	6.5
27. El yıkama	10	2.5	10	2.5	26	6.5	35	8.7	286	71	36	8.9
28. Refakatçi tarafından yapılan uygulamaları değerlendirme	11	2.7	26	6.5	43	10.7	105	26.1	170	42.2	48	11.8
29. Her vardiyada bir kere veya protokole göre, yatak başı ekipmanlarının güvenlik ve hijyen kontrollerini yapma (ör. yatak, komodin, cihazlar)	4	1	20	5	35	8.7	82	20.3	236	58.6	26	6.4

Tablo 3'de pediatri hemşirelerinin çalıştıkları son vardiyada karşılayamadıkları bakımların puan ortalaması yer almaktadır. Buna göre hemşireler sırasıyla en çok hemşirelik bakım planına uyararak çocuğu kaldırmak ve yürütmek (2.69 ± 1.34), ebeveynleri çocuğun bakımına dahil etme (3.33 ± 1.38) ve ilacın belirlenen zamandan 30 dakika önce ya da sonra uygulanması (3.57 ± 1.33) iken, en az sırasıyla vardiya değişimi ya da devir teslimi sırasında tüm bilgilerin iletilmesi 4.32 ± 1.16 , günlük yatak başı vizite katılmak (4.30 ± 1.07) enfeksiyon kontrolüne uygun önlem alma (4.30 ± 1.19) yaşam bulgularını hemşirelik bakım

planına göre değerlendirme (4.30±1.22) ve son olarak protokole göre santral ve periferik kateter bakımı (4.28±1.22) olarak belirlendi.

Tablo.3 Pediatri Hemşireleri Tarafından Karşılanamayan Bakımın Madde Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=403)

	Mean±SD	Min-Max
1. Günlük yatak başı vizitlere katılma	4.30±1.07	1-5
2. Klinik koşullar izin veriyorsa günde üç defa veya hemşirelik bakım planına uygun çocuğu ayağa kaldırma ve yürütme	2.69±1.34	1-5
3. Uygulanan ilaçların etkililiğini değerlendirme	3.99±1.06	1-5
4. Çocuğun her iki saatte bir veya isteme göre pasif mobilizasyonu	3.66±1.27	1-5
5. Ağız bakımı verme	4.01±1.16	1-5
6. Ebeveynleri çocuğun bakımına dâhil etme	3.33±1.38	1-5
7. Hasta ve aile eğitimi	3.91±1.16	1-5
8. Çocuk ve ailesi ile taburculuk planı ve evde bakıma ilişkin görüşme	3.89±1.25	1-5
9. Bebeğin yaşı ve klinik durumuna (ör. yenidoğan bakımı, çocuğun veya ergenin bilişsel ve ilişkisel gelişimi) göre nöro-evrimsel gelişimini destekleme	3.78±1.24	1-5
10. Protokole göre farmakolojik veya non-farmakolojik bakım yaklaşımları ile ağrıyı yönetme	4.01±1.13	1-5
11. İlaç istemlerinin on beş dakika içinde yapılması	3.78±1.29	1-5
12. Gerekli tüm hemşirelik verilerinin tam olarak kaydedilmesi	4.23±1.12	1-5
13. Vardiya değişimi veya devir teslim sırasında ilgili tüm bilgileri iletme	4.32±1.16	1-5
14. Çocuğun klinik durumlarına (ör. Yenidoğanın isteğine göre oral besleme ve/veya beslenmeyi destekleme, kişisel damak zevkine göre doğru beslenmeyi teşvik etme) göre beslenme gereksinimini karşılama	4.18±1.17	1-5
15. İlacı belirlenen zamandan 30 dakika önce veya sonra uygulama (ör. belirlenen zaman akşam saat 8.00 iken, 7.30 ve 8.30 arasında uygulanması)	3.57±1.33	1-5
16. Tuvalet ihtiyacı olan çocuğa talep ettiğinde beş dakika içerisinde yardımcı olma (ör. bebekle tuvalete gitme veya yatağa bağlı ise uygun araçları sağlama)	3.83±1.40	1-5
17. Çağrı ışığına, müdahale talebine veya alarmına beş dakika içinde yanıt verme (ör. monitör, infüzyon pompası, ventilatör)	4.21±1.26	1-5
18. Çocuk ve/veya ailesine duygusal destek sağlama	3.91±1.21	1-5
19. Biyolojik örnekleri/numuneleri istem doğrultusunda alma	4.26±1.23	1-5
20. Vücut hijyeni ve cilt bakımı	4.18±1.30	1-5
21. Protokole göre santral ve periferik kateter alanını değerlendirme	4.20±1.24	1-5
22. Protokole göre santral ve periferik kateter bakımı	4.28±1.22	1-5
23. Protokole göre enfeksiyon kontrolüne yönelik gerekli önlemleri alma (Kişisel Koruyucu Ekipmanlar, araç-gereçlerin dezenfekte edilmesi, izolasyon, atıkların doğru yok edilmesi)	4.30±1.19	1-5
24. Katı ve sıvı aldığı-çıkardığı takibi	4.08±1.26	1-5
25. Yaşam bulgularını hemşirelik bakım planına göre değerlendirme	4.30±1.22	1-5
26. Çocuğun durumundaki iyileşmeleri veya kötüleşmeleri değerlendirmek için vardiya boyunca odaklanmış bir şekilde tekrarlı değerlendirmeler yapma	4.21±1.25	1-5
27. El yıkama	4.25±1.35	1-5
28. Refakatçi tarafından yapılan uygulamaları değerlendirme	3.75±1.43	1-5
29. Her vardiyada bir kere veya protokole göre, yatak başı ekipmanlarının güvenlik ve hijyen kontrollerini yapma (ör. yatak, komodin, cihazlar)	4.18±1.23	1-5

Tablo 4'de Pediatri hemşirelerinin sosyo-demografik özellikleri ile karşılanamayan bakım nedenleri puan ortalamalarının karşılaştırılması görülmektedir. Hemşirelerin çalıştıkları en son vardiyada yaş ortalaması 26-33 olanların en fazla materyal kaynaklı ve iletişim nedeni ile bakımı karşılayamadığı ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p < .05$), yine aynı grubun çalışan kaynaklı nedenlerden ötürü de bakımı karşılayamadığı ancak farkın anlamlı düzeyde olmadığı saptandı ($p > .05$). Cinsiyeti kadın olan hemşirelerin materyal ve çalışan kaynaklı, erkek olan hemşirelerin ise iletişim nedeni ile bakımı karşılayamadıkları, ancak farkların istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olmadığı bulundu ($p > .05$). Öğrenin durumu değişkeninde, lisansüstü eğitime sahip olanların materyal kaynaklı ve iletişim nedeni ile lisans eğitimine sahip olanların ise çalışan kaynaklı nedenlerden dolayı bakımı karşılayamadıkları ancak farkların istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olmadığı belirlendi ($p > .05$). Hemşirelik mesleğini isteyerek seçmeyen, pediatri alanında çalışma yılı 1-5 olan ve bu alanda çalışmaktan kısmen memnun olanların materyal, çalışan kaynaklı ve iletişim nedeni ile bakımı karşılayamadıkları ve aradaki farkların istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu saptandı ($p < .05$). Hemşirelik mesleğinde çalışma yılı 6-10 yıl olanların materyal, çalışan kaynaklı ve iletişim nedeni ile bakımı karşılayamadıkları ve farkların yalnızca çalışan kaynaklı nedenlerde anlamlı düzeyde olduğu saptandı ($p < .05$). Çalışılan pediatri birim değişkeni açısından, yenidoğan yoğun bakımda çalışanların aynı zamanda 1 hemşirenin en az 4 hasta takip ettiği durumda; materyal kaynaklı, servislerde çalışanların aynı zamanda 1 hemşirenin en az 7 hasta takip ettiği durumda; hem çalışan kaynaklı hem de iletişim nedeni ile bakımı karşılayamadıkları, ancak aradaki farkların istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olmadığı bulundu ($p > .05$). Pediatri hemşirelerinin çalıştığı birimi kendi tercih

etmeyenlerin, haftalık 41 saat ve üzerinde çalışanların ve pediatri alanında sertifikası olmayanların materyal, çalışan kaynaklı ve iletişim nedeni ile, çalışma tempolarının yoğun olmadığını ifade edenlerin materyal kaynaklı ve iletişim nedeni ile yoğun olduğunu ifade edenlerin ise çalışan kaynaklı nedenlerden hemşire bakımını karşılayamadıkları, ancak farkların istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olmadığı belirlendi ($p > .05$). Vardiyalı çalışanların materyal, çalışan kaynaklı ve iletişim nedeni ile bakımı karşılayamadıkları, farklar açısından materyal ve çalışan kaynaklı nedenlerin anlamlı düzeyde ($p < .05$) iletişimde ise fark olmadığı ($p > .05$) saptandı.

Tablo 4: Pediatri Hemşirelerinin Sosyo-demografik ve Mesleki Özelliklerinin Dağılımı ile Karşılanamayan Bakım Nedenleri Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=403)

		Karşılanamayan Bakım Nedenleri					
		Materyal Kaynaklı		Çalışan Kaynaklı		İletişim	
		Mean ± SD	Test Değeri	Mean ± SD	Test Değeri	Mean ± SD	Test Değeri
Yaş	18-25	9.88±3.74		14.70±3.74		16.37±5.84	
	26-33	10.68±3.11	F:3.568	15.04±3.14	F:1.091	18.45±4.97	F:5.524
	34-41	9.86±2.91	p:.014*	14.26±3.59	p:.353	16.73±4.87	p:.001*
	42 ve üstü	9.15±3.40		14.54±3.43		15.91±5.07	
Cinsiyet	Kadın	10.24±3.28	t: .902	14.88±3.31	t:1.715	17.36±5.19	t: -.403
	Erkek	9.83±3.25	p:.368	14.06±3.82	p:.087	17.66±5.56	p:.703
Medeni Durum	Evlü	10.26±2.98	t: .580	14.99±3.23	t:1.530	17.63±4.92	t: .977
	Bekar	10.07±3.61	P: .562	14.47±3.58	p: .127	17.11±5.61	p: .329
Aile Tipi	Çekirdek	10.17±3.21	t: -.255	14.70±3.36	t: -1.342	17.34±5.16	t: 2.147
	Geniş	10.33±4.02	p: .798	15.56±3.70	p: .180	18.20±6.21	p: .144
Öğrenim Durumu	Ön lisans	10.84±3.81	F:2.616	14.46±4.01	F:1.638	17.33±5.55	F:0.299
	Lisans	9.98±3.22	p: .074	14.83±3.28	p:0.196	17.22±5.24	p: .742
	Lisansüstü	10.89±2.89		14.59±3.56		18.70±4.84	
Hemşirelik Mesleğini İsteyerek Seçme	Evet	9.73±3.16	F:4.535	14.17±3.35	F:5.377	16.86±5.06	F:4.329
	Hayır	11.02±3.67	p:.011*	15.40±3.59	p:.005*	18.87±5.72	p:.014*
Hemşirelik Mesleğinde Çalışma Yılı	1-5 yıl	10.39±3.43	F:1.430	14.51±3.43	F:4.863	17.58±5.53	F:2.331
	6-10 yıl	10.49±3.09	p: .241	15.54±3.13	p:.008*	17.99±4.96	p: .099
Pediatri de Çalışma Yılı	11 yıl ve üzeri	9.63±3.21		14.30±3.49		16.61±5.08	
	1-5 yıl	10.44±3.27	F:11.715	14.99±3.31	F:8.294	17.76±5.31	F:8.594
Pediatri de Çalışmaktan Memnun Olma Durumu	11 yıl ve üzeri	9.01±3.03	p:.001*	13.73±3.60	p:.004*	15.79±4.59	p:.004*
	Memnun	9.83±3.14	t: -3.112	14.24±3.36	t: -4.535	16.93±5.06	t: -2.603
Çalıştığınız Birim	Kısmen	10.90±3.42	p:.002*	15.83±3.22	p:.000*	18.36±5.48	p:.010*
	Yenidoğan YB	10.53±3.71	F:1.172	14.63±3.59	F:1.034	17.28±5.62	F:1.363
	Pediyatrik YB ve diğer Servisler	9.93±2.79	p: .311	14.59±3.14	p: .356	17.04±4.64	P: .257
Hemşire / Hasta Oranı	1/3	9.93±2.79	F:1.172	14.59±3.14	F:1.034	17.04±4.64	F:1.363
	1/4	10.53±3.71	p: .311	14.63±3.59	p: .356	17.28±5.62	p: .257
	1/7	10.23±3.49		15.14±3.56		18.05±5.67	
Çalıştığınız Birim Kendi Tercih Etme Durumu	Evet	10.13±3.25	t: -.380	14.56±3.41	t: -1.555	17.26±5.14	t: -.732
	Hayır	10.26±3.32	p: .704	15.11±3.35	p: .121	17.66±5.42	p: .465
Haftalık Çalışma Saati	40 ve altı	9.81±3.23	t: -1.186	14.67±3.20	t: -.293	16.80±4.96	t: -1.202
	41 ve üstü	10.28±3.28	p: .236	14.79±3.45	p: .769	17.56±5.30	p: .230
Çalışma Şekli	Sürekli gündüz	9.13±2.75	F:4.882	13.85±3.40	F:3.371	16.45±4.42	F:1.806
	Sürekli gece	10.30±2.71	p:.008*	14.95±3.12	p:.035*	17.05±4.84	p: .166
	Vardiyalı	10.44±3.42		14.97±3.40		17.70±5.47	
Sertifika Durumu	Evet	10.10±3.24	t: -.363	14.66±3.29	t: -.456	16.78±4.43	t: -1.751
	Hayır	10.22±3.30	p: .717	14.82±3.45	p: .648	17.74±5.61	p: .081

F: Anova, t: student's t testi, $p < 0.05$

Tartışma

Hemşirelik bakımı hem hastanede hem de taburculuk sonrası yenidoğan ve pediatri hastalarının sonuçlarını etkileyen potansiyel bir güçtür (11). Karşılanamayan hemşirelik bakımının yetişkinlere oranla pediatrik popülasyonda daha az olduğu bildirilmesine rağmen (21), hassas ve riskli grup olan pediatri ve yenidoğanların bakım gereksinimlerinin karşılanamaması maliyet ve kalite açısından hasta sonuçlarını etkilemektedir (1,2). Hemşirelik bakımındaki ihmal, bu hasta gruplarının klinik, güvenlik (9,10) ve aile sonuçları üzerinde güçlü ve anlamlı etkilere sahiptir (11).

Tubbs-Cooley ve arkadaşları (2019) çalışmasında karşılanamayan hemşirelik bakımının %9 ile %100 arasında değişkenlik gösterdiği ve en çok intravenöz katater bölgesinde yapılması gereken bakımın karşılanmadığını bildirmiştir. Hemşirenin iş yoğunluğu ile karşılanamayan hemşirelik bakımı arasında pozitif bir ilişki olduğu belirtilmiştir (13). Lake ve arkadaşları (2020) ABD’de yenidoğan yoğun bakım hemşireleriyle yaptığı bir çalışmada hemşirelerin %36’sının en son çalıştığı vardiyada en az bir hemşirelik girişimini karşılayamadığı, hemşirelik girişimlerinden en çok hastayı sakinleştirme ile ailesinin eğitiminin karşılanmadığı belirtilmiştir (14). Srulovici ve Drach-Zahavy (2017) çalışmasında pediatri ve yenidoğan yoğun bakımda sırasıyla; ağız bakımı, hastaların beslenmesi, hastalara banyo yaptırılması ve kurulama bakımlarının en az karşıldığı ve nedenlerinin ise iş yükü olduğu bildirilmektedir (16). Castner ve ark. (2015) çalışmasında da benzer istatistiksel veri (%36) ile birlikte bireysel hemşirelik farklılıklarından dolayı (%64) bakımın karşılanmadığı, ek olarak en çok iş yükü, yetenek ve kritik ünitenin tipinin kaçırılan hemşirelik bakımını etkilediği sonucuna ulaşmıştır (28). Lake ve ark. (2017) çalışmasında hemşirelerin yarısından fazlasının en son nöbetinde en az bir hemşirelik girişimini karşılayamadıkları, en çok bakım planı oluşturma ile hastaya duygusal desteğin yapılamadığı bildirilmiştir (15). Tubbs-Cooley ve ark. (2015) çalışmasında % 52 oranında son vardiyada hemşirelik bakımının kaçırıldığı, nedenlerinin sırayla; bakımın yarım kalması, hastanın durumunun kötüleşmesi, kişi başına düşen hasta sayısının çok olması ve birimdeki yoğunluk olduğu bildirilmektedir (20). Yenidoğan ünitelerinde yapılan çalışmalarda hemşirelik bakımında en sık, taburculuğu planlanan hastaların ebeveynlerine verilmesi gereken eğitimlerin karşılanmadığı bildirilmiştir (18,19). Bu çalışmada pediatri hemşirelerinin çalıştıkları son vardiyada karşılanamayan hemşirelik bakımı %29 ile %87.3 oranında değişkenlik göstermektedir. Bu bakımlar sırasıyla; hemşirelik bakım planına uyarak çocuğu kaldırma ve yürütme, ebeveynleri çocuğun bakımına dahil etme ve refakatçi tarafından yapılan uygulamaların değerlendirilmesi iken, en az sırayla günlük yatak başı vizite katılma, uygulanan ilaç etkinliklerinin değerlendirilmesi ve farmakolojik veya non-farmakolojik ağrı değerlendirmesi ile tüm hemşirelik verilerinin kayıt altına alınması şeklinde saptanmıştır. Benzer şekilde bu çalışmada da en az bir bakımın kaçırıldığı, ancak tüm çalışmalarda en sık ve en az karşılanan bakımlarda farklılıklar olduğu görülmektedir. Bunun hemşirelerin iş yoğunluklarının, çalışma koşulları ile ortamdaki personel ve materyal farklılıklarının, kişisel nedenlerin vb. hastaya verilecek bakım önceliğinde değişikliklere neden olabileceği düşünülmektedir.

Tubbs-Cooley ve ark. (2019) çalışmasında 1:1 bebek-hemşire oranı ile 3:1 oranı karşılaştırıldığında, karşılanamayan hemşirelik bakımının önemli ölçüde arttığı bildirilmektedir (13). Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde yapılan bir çalışmada, karşılanamayan hemşirelik bakımının hasta başına düşen hemşire oranının azlığıyla ilişkili olduğu belirtilmiştir (12). Tubbs-Cooley ve ark. (2015) çalışmasında karşılanamayan bakım nedenlerinin, kişi başına düşen hasta sayısının çok olması ve birimdeki yoğunluk olduğunu bildirilmektedir (26). Bu çalışmada, çalışılan pediatri birim değişkeni açısından, yenidoğan yoğun bakımda bebek-hemşire oranının 4:1 olduğu ve materyal kaynaklı nedenlerden bakımın karşılanmadığı, servislerde hasta-hemşire oranının 7:1 olduğu durumda, hem çalışan kaynaklı hem de iletişim nedeni ile bakımı karşılayamadıkları, ancak aradaki farkların istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olmadığı bulunmuştur. Kişi başına düşen hasta sayısının artması ile kaçırılan bakım arasındaki ilişkinin pozitif yönde olduğu yapılan çalışmalar ile desteklenmektedir (12, 13, 26). Ayrıca pediatri servislerinde çalışan hemşirelerin iş yükünün iletişim problemlerini arttırdığı, bunun hemşirelik bakımında aksaklıklara neden olduğu ve hemşirelerin bakıma yeterince zaman ayıramadıkları şeklinde açıklanabilir.

Blackman ve ark. (2018) çalışmasında yaş, işe devamsızlık, öğrenim düzeyi ve çalışılan bölgenin karşılanamayan hemşirelik bakımını doğrudan etkilemediği ancak, farklı değişkenler üzerinde dolaylı olarak etkili olduğunu bildirmişlerdir (29). Phelan ve ark. (2018) çalışmasında hemşirelerin yaşı, öğrenim düzeyi, deneyimi ve çalışılan bölge arasında ilişki olduğunu bildirmektedir (30). Bragadottir ve ark. (2017) çalışmasının çoklu regresyon analizi sonuçlarına göre; çalışılan birimin özelliği, hemşirelerin öğrenim düzeyi, yaşı ve personel yeterliliğinin, karşılanamayan bakımın %16’sını açıkladığı saptanmıştır (31). Orique ve ark. (2016) çalışmasında çalıştığı pozisyondan memnun olan, birimdeki personel yeterliliği ve hasta sayısı değişkenlerinin karşılanamayan hemşirelik bakımı ile anlamlı ilişkilerinin bulunduğunu, ancak hemşirenin hasta devir hızı, yaşı, iş deneyimi, çalışma saati, vardiyalı çalışma ve fazla mesai değişkenleri ile ilişki bulunmadığını bildirmektedir (32). Hemşirelerin ekstra vardiya yapmasının daha fazla kaçırılan hemşirelik bakımı ile ilişkili olduğu bildirilen çalışmalara da rastlanmaktadır (33). Bu çalışmada; yaş (materyal kaynaklı ve iletişim), hemşirelikte 6-10 yıllık deneyime sahip olanların (çalışan kaynaklı), mesleğini isteyerek tercih etmeyen, pediatri alanında deneyimsiz ve bu alanda çalışmaktan kısmen memnun olanların (materyal, çalışan kaynaklı ve iletişim nedeni) hemşirelik bakımını karşılayamadıkları saptandı. Çalışma sonuçları, hemşirelerin sosyo-demografik ve mesleklerine ilişkin özellikleri ile karşılanamayan bakım arasında doğrudan etki bulunmamasına rağmen, bazı özelliklerinin etkilediği şeklinde yorumlanabilir. Chapman ve ark. (2017) çalışmasında birim farklılığının istatistiksel olarak anlamlı olduğunu ve en yüksek acil tıp kliniğinde en düşük ise yoğun bakım ünitesinde karşılanamayan hemşire bakımının olduğu bildirilmektedir. Bakımı etkileyen faktörler incelendiğinde; kadınların erkeklere göre, çalışma deneyimi 10 yıl ve üzeri olanların 6 ay deneyimi olanlara göre, fazla mesai yapanların yapmayanlara göre anlamlı düzeyde karşılanamayan hemşire bakımının olduğunu bildirmektedir (34). Bizim çalışmamızın sonuçlarına göre; cinsiyet (kadın: materyal ve çalışan kaynaklı, erkeklerin ise iletişim), eğitim (lisansüstü: materyal kaynaklı ve iletişim, lisans eğitiminde ise çalışan kaynaklı), pediatri biriminde çalışmayı kendi istemeyen, haftalık 41 saat ve üzerinde çalışan ve pediatrik birimlerden birinde sertifikası bulunmayan hemşirelerin materyal, çalışan kaynaklı ve iletişim nedeni ile bakımı karşılayamadıkları ancak farkların anlamlı düzeyde olmadığı saptandı. Chapman ve ark. (2017) çalışmasının bulguları ile çalışmamız arasında karşılanamayan bakımın cinsiyet, deneyim, çalışma saatleri

değişkenleri açısından benzerlik bulunmasına rağmen, materyal ve iletişim kaynaklı nedenlerde fark saptanmadığı, çalışan kaynaklı nedenlerde fark bulunduğu, buradan yola çıkılarak hemşirelerin bakımı karşılayamamasında bireysel özelliklerinin diğer nedenlere göre daha etkili olduğu düşünülmektedir.

Tubbs-Cooley ve ark. (2017) çalışmasında bakımın karşılanamama nedenleri; hemşireler arasındaki iletişim sorunları, malzeme/cihaz yetersizliği, ekipteki personelin yetersiz desteği, hekimler ile yaşanan iletişim kopukluğu ve yardımcı personel yetersizliği olarak bildirilmiştir (17). Plevova ve ark. (2021) çalışmasında hemşirelerin işinden memnuniyetsiz olmalarının daha düşük kalitede bakım ve olumsuz sonuçlar ile ilişkili olduğunu saptamıştır (35). Blackman ve ark. (2015) çalışmasında iletişim, çalışma şekli, iş yoğunluğu, iş memnuniyeti, iş gücü kaynakları ve işten ayrılma düşüncelerinin karşılanamayan bakım nedenlerini doğrudan etkilediğini saptamıştır (35). Palase ve ark. (2015) çalışmasında hemşire ve hemşire yardımcıları arasındaki iletişim gerginlikleri ve deneyimin bakımın karşılanamamasında önemli olduğunu bildirmişlerdir (37). Literatürde materyal kaynaklı (eksik malzeme vb.) (38-42) veya bunların yanlış kullanılması (43,44) karşılanamayan hemşirelik bakımının nedenleri arasında gösterilmektedir. Bu çalışmada mesleğini isteyerek seçmeyen, yaşı 26-33 arasında, vardiyalı çalışan, 1-5 yıldır pediatri birimlerinde çalışan ve bu birimde çalışmaktan kısmen memnun olan hemşirelerin materyal kaynaklı nedenler ile bakımı kaçırdığı saptandı. Hemşirelerin çalışma isteklerinin ve deneyimlerinin bakım için gerekli olan malzemeye ulaşma ve/veya çözüm üretme niyetlerini etkilediği düşünülmektedir.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma sonuçları araştırmanın yapıldığı hemşirelere özeldir. Tüm pediatri hemşirelerine genellenemez. Araştırmanın tek merkezde yapılmış olması ve hemşirelerin en son karşılayamadıkları bakımın gece ya da gündüz koşullarındaki farklılıklara bağlı olması araştırmanın sınırlılığdır.

Sonuçların Uygulamada Kullanımı

Sonuç olarak; pediatri servislerinde çalışan hemşirelerin son vardiyalarında en az bir bakımı karşılayamadığı, bakım karşılayamama nedenlerinin en çok mesleki özellik ve deneyimlerden etkilendiği saptandı. Buradan yola çıkılarak pediatri hemşirelerinde bakımın karşılanamama nedenlerini ve etkileyen faktörlerin belirlenebilmesi için karşılaştırmalı daha fazla çalışmalar yapılması, hemşirelerin iletişim, malzeme temini ve kullanımı, çalışanlara ilişkin karşılayamadıkları bakım nedenleri vb. gibi konularda hizmet içi eğitimler ile desteklenmesi ve kurumlarda bakım uygulamalarını güçlendirici politikaların benimsenmesi yararlı olabilir.

Bilgilendirme

Yazarlar arasında herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır. Yazarların katkı oranı beyanı şöyledir: fikir/kavram SÖ, EE; tasarım SÖ, EE; danışmanlık SÖ; veri toplama ve işleme EE, SÖ; analiz ve yorum EE, SÖ; kaynak taraması: EE, SÖ; makalenin yazımı: SÖ, EE; eleştirel düşünme: SÖ, EE; araştırmanın bütçesi: EE, SÖ. Bir üniversitenin Etik Kurulundan etik kurul onayı (2021/03) ile araştırmanın yapılacağı kurumdan izin (E-87825162-774.99) alınmıştır.



Kaynaklar

1. Kalisch BJ, Williams RA. Development and psychometric testing of a tool to measure missed nursing care. *The Journal of Nursing Administration* 2009;39(5), 211-219.
2. Kalisch BJ, Landstrom G, Williams RA. Missed nursing care: errors of omission. *Nursing Outlook* 2009; 57(1), 3-9.
3. Kalisch BJ. Missed nursing care: a qualitative study. *Journal of nursing care quality* 2006; 21(4), 306-313.
4. Kalisch BJ, Landstrom GL, Hinshaw AS. Missed nursing care: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing* 2009; 65(7), 1509–1517.
5. Bagnasco A, Dasso N, Rossi S, Galanti C, Varone G, Catania G, et al. Unmet nursing care needs on medical and surgical wards: A scoping review of patients' perspectives. *Journal of Clinical Nursing* 2020; 29, 347–369.
6. Willis E, Henderson J, Hamilton P, Toffoli L, Blackman I, Couzner L, et al. Work intensification as missed care. *Labour & Industry: a journal of the social and economic relations of work* 2015;25(2), 118-133.
7. Kalisch BJ, Tschannen D, Lee KH. Missed nursing care, staffing, and patient falls. *Journal of Nursing Care Quality* 2012; 27(1), 6-12.
8. Valles JHH, Monsiváis MGM, Guzmán M, Interrial G, Arreola LV. Nursing care missed in patients at risk of or having pressure ulcers. *Revista latino americana de enfermagem* 2016;24, e2817.
9. Simpson KR, Lyndon A. Consequences of delayed, unfinished, or missed nursing care during labor and birth. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing* 2017;31, 32–40.
10. Sworn K, Booth A. A systematic review of the impact of ‘missed care’ in primary, community and nursing home settings. *Journal of Nursing Management* 2020; 28(8), 1805–1829.
11. Purdy IB, Craig JW, Zeanah P. NICU discharge planning and beyond: recommendations for parent psychosocial support. *Journal of Perinatology* 2015;35(1), 24-28.
12. Gathara D, Serem G, Murphy GA, Obengo A, Tallam E, Jackson D, et al. Missed nursing care in newborn units: a cross-sectional direct observational study. *BMJ Quality & Safety* 2020;29(1), 19-30.
13. Tubbs-Cooley HL, Mara CA, Carle AC, Mark BA, Pickler RH. Association of nurse workload with missed nursing care in the neonatal intensive care unit. *JAMA Pediatrics* 2019; 173(1), 44–51.
14. Lake ET, Staiger DO, Cramer E, Hatfield LA, Smith JG, Kalisch BJ, et al. Association of patient acuity and missed nursing care in US neonatal intensive care units. *Medical Care Research and Review* 2020; 7(5):451-460.
15. Lake ET, Cordova PB, Barton S, Singh S, Agosto PD, Ely B, et al. Missed nursing care in pediatrics. *Hospital Pediatrics* 2017; 7(7), 378-384.
16. Srulovici E, Drach-Zahavy A. Nurses’ personal and ward accountability and missed nursing care: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies* 2017;75, 163-171.
17. Tubbs-Cooley HL, Pickler RH, Mara CA, Othman M, Kovacs A, Mark BA. Hospital Magnet® designation and missed nursing care in neonatal intensive care units. *Journal of Pediatric Nursing* 2017;34, 5–9.
18. Rochefort CM, Clarke SP. Nurses work environments, care rationing, job outcomes, and quality of care on neonatal units. *Journal of Advanced Nursing* 2010;66(10), 2213–2224.
19. Rochefort CM, Rathwell BA, Clarke SP. Rationing of nursing care interventions and its association with nurse-reported outcomes in the neonatal intensive care unit: a cross-sectional survey. *BMC Nursing* 2016;15(1), 1-8.
20. Tubbs-Cooley HL, Pickler RH, Younger JB, Mark BA. A descriptive study of nurse-reported missed care in neonatal intensive care units. *Journal of Advanced Nursing* 2015; 71(4), 813–824.
21. Jones TL, Hamilton P, Murry N. Unfinished nursing care, missed care, and implicitly rationed care: State of the science review. *International Journal of Nursing Studies* 2015;52(6), 1121-1137.
22. Kalánková D, Gurková E, Zeleníková R, Žiaková K. Application of measuring tools in the assessment of the phenomenon of rationing/missed/unfinished care. *Kontakt* 2019;21, 65–73.
23. Faul F, Erdfelder E, Buchner A, Lang AG. Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods* 2009;41, 1149–1160.
24. Calikusu Incekar M, İspir Ö, Sönmez B, Selalmaz M, Kartal Erdost Ş. Turkish validation of the MISSCARE survey–Pediatric version. *Journal of Pediatric Nursing* 2020;53, 156-163.
25. Bagnasco A, Zanini M, Aleo G, Catania G, Kalisch BJ, Sasso L. Development and validation of the MISSCARE survey - Pediatric version. *Journal of Advanced Nursing* 2018;74(12), 2922–2934.
26. Sist L, Cortini C, Bandini A, Bandini S, Massa L, Zanin R, et al. (2017). MISSCARE survey – Italian version: Findings from an Italian validation study. *Igiene e Sanità Pubblica* 2017; 73(1), 29–45.
27. Tubbs-Cooley HL, Pickler RH, Meizen-Derr JK. Missed oral feeding opportunities and preterm infants’ time to achieve full oral feedings and neonatal intensive care unit discharge. *American Journal of Perinatology* 2015;32(1), 1–8.
28. Castner J, Wu YW, Dean-Baar S. Multi-level model of missed nursing care in the context of hospital merger. *Western Journal of Nursing Research* 2015;37(4), 441–461.
29. Blackman I, Lye CY, Darmawan IGN, Henderson J, Giles T, Willis E, et al. Modeling missed care: implications for evidence-based practice. *Worldviews on Evidence-Based Nursing* 2018; 15(3), 178-188.
30. Phelan A, McCarthy S, Adams E. Examining missed care in community nursing: across section survey design. *Journal of Advanced Nursing* 2018;74(3), 626-636.

31. Bragadottir H, Kalisch BJ, Tryggvadottir GB. Correlates and predictors of missed nursing care in hospitals. *Journal of Clinical Nursing* 2017;26(11-12), 1524-1534.
32. Orique SB, Patty CM, Woods E. Missed nursing care and unit-level nurse workload in the acute and post-acute settings. *Journal of Nursing Care Quality* 2016;31(1), 84-89.
33. Blackman I, Henderson J, Willis E, Weger K. Causal links associated with missed residential aged care. *Journal of Nursing Management* 2020;28, 1909–1917.
34. Chapman R, Rahman A, Courtney M, Chalmers C. Impact of teamwork on missed care in four Australian hospitals. *Journal of Clinical Nursing* 2017; 26(1-2), 170-181.
35. Plevová I, Zeleníková R, Jarošová D, Janíková E. The relationship between nurse's job satisfaction and missed nursing care. *Medycyna Pracy* 2021;72(4), 231-237.
36. Blackman I, Henderson J, Willis E, Hamilton P, Toffoli L, Verrall C, et al. Factors influencing why nursing care is missed. *Journal of Clinical Nursing* 2015;24(1-2), 47-56.
37. Palese A, Ambrosi E, Proserpi L, Guarnier A, Barelli P, Zambiasi P, et al. Missed nursing care and predicting factors in the Italian medical care setting. *Internal and Emergency Medicine* 2015; 10(6), 693-702.
38. White E M, Aiken LH, McHugh MD. Registered nurse burnout, job dissatisfaction, and missed care in nursing homes. *Journal of the American Geriatrics Society* 2019;67, 2065–2071.
39. Henderson J, Willis E, Xiao L, Blackman I. Missed care in residential aged care in Australia: An exploratory study. *Collegian* 2017;24,411–416.
40. Senek M, Ryan T, King R, Wood E, Tod A, Robertson S, Sworn K. Nursing care left undone in community settings: Results from a uk cross-sectional survey. *Journal of Nursing Management* 2020;28(8), 1968-1974.
41. Blackman I, Papastavrou E, Palese A, Vryonides S, Henderson J, Willis E. Predicting variations to missed nursing care: a three-nation comparison. *Journal of nursing management* 2018; 26(1), 33-41.
42. Tou YH, Liu MF, Chen SR, Lee PH, Kuo LM, Lin PC. Investigating missed care by nursing aides in taiwanese long-term care facilities. *Journal of Nursing Management* 2020; 28, 1918–1928.
43. Henderson J, Blackman I, Willis E, Gibson T, Price K, Toffoli L, et al. The impact of facility ownership on nurses' and care workers' perceptions of missed care in. *Aust J Soc Issues* 2018; 53,355–371.
44. Song Y, Hoben M, Estabrooks CA, Norton P. Association of work environment with missed and rushed care tasks among care aides in nursing homes. *JAMA Network Open* 2020;3, e1920092.

ARAŞTIRMA MAKALESİ

Okul Öncesindeki Çocukların Beslenme Alışkanlıklarının Büyüme ve Gelişmeleri Üzerine Etkisi

 Rıdvan AKDOĞAN¹,  Serap BALCI²

¹Araştırma Görevlisi, Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Van, Türkiye.

²Doçent Doktor, İstanbul Üniversitesi – Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye.

Öz

Amaç: Araştırma, bir ilin üç merkez ilçesinde bulunan sekiz anaokuluna devam eden okul öncesi dönemdeki çocukların beslenme alışkanlıklarını ve beslenmenin büyüme-gelişmeleri üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve metodolojik bir tasarım olarak gerçekleştirildi. **Gereç ve Yöntem:** Araştırmanın evrenini bir ile bağlı üç merkez ilçesinde yer alan anaokullarındaki toplam 202 anasınıfında eğitim gören 4705 çocuk, örneklemini ise 335 çocuk oluşturdu. Veriler; Bilgi Formu, literatür doğrultusunda geliştirilen Beslenme Değerlendirme Anketi (BDA), Ankara Gelişim Tarama Envanteri (AGTE), Beden Kitle İndeksi Percentili (BKİ), boy ve kilo ölçümleri için dijital tartı ve antropometri aleti ile elde edildi. Elde edilen veriler yüzdelik dağılım, ortalama, Person ki-kare, Bağımsız gruplarda t testi, Kruskal Wallis testi, Bağımsız gruplarda tek yönlü varyans, Çoklu regresyon ile analiz edildi. **Bulgular:** Araştırma sonucunda çocukların yaş ortalamasının 5,26±,45 yıl, erkek çocukların kız çocuklara göre daha fazla ve çocukların büyük bir oranla tam aşıllı olduğu belirlendi. Araştırmada çocukların genel olarak BKİ percentil değerlerinin ve AGTE puan ortalamalarının normal aralıklarda olduğu saptandı. Çocukların bazı beslenme alışkanlıkları (süt, et, ekme tüketen ve kola tüketmeyenler) ile AGTE puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde ilişki ($p<.05$) olduğu bulundu. Çocukların beslenme alışkanlıkları ile BKİ percentil değerleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptandı. **Sonuç:** Okul öncesi kurumlarda, okul sağlığı hemşireleri tarafından çocukların büyüme ve gelişmelerinin izlenmesi çok önemlidir. Bu izlem, çocuğun beslenme sürecini, becerilerinin gelişimini, büyüme durumunu ve hastalık yönünden değerlendirilmesini ve böylece olumlu sonuçlar elde edilmesini sağlayacaktır.

Anahtar Sözcükler: Okul Öncesi Çocuk, Beslenme Alışkanlıkları, Büyüme, Gelişme, Beden Kitle İndeksi.

Abstract

The Effect of Nutritional Habits of Pre-School Children on The Growth and Development

Objectives: The research was carried out as a descriptive and methodological design in order to determine the nutritional habits of preschool children attending eight kindergartens in three central districts of a province and the effect of nutrition on their growth and development. **Materials and Methods:** The population of the research consisted of 4705 children studying in a total of 202 kindergarten classes in the central districts of three of one city, and 335 children in the sample Data; The Information Form was obtained with the Nutrition Evaluation Questionnaire (NEQ) developed in line with the literature, Ankara Developmental Screening Inventory (AGTE), Body Mass Index Percentile (BMI), digital scales for height and weight measurements, and an anthropometry instrument. The obtained data were analyzed with percentage distribution, mean, Person chi-square, t test in independent groups, Kruskal Wallis test, One-way variance in independent groups, Multiple regression. **Results:** As a result of the research, it was determined that the mean age of the children was 5.26±.45 years, boys were more than girls and most of the children were fully vaccinated. In the study, it was determined that the children's BMI percentile values and mean AGTE scores were within normal ranges. It was found that there was a significant correlation ($p<.05$) between the children's eating habits (who consumed milk, meat, bread and did not consume cola) and their AGTE score averages. It was determined that there was no significant relationship between children's eating habits and BMI percentile values. **Conclusion:** It is very important to monitor the growth and development of children by school health nurses in pre-school institutions. This follow-up will ensure that the child's nutritional process, the development of his skills, his growth status and the evaluation of the disease, and thus positive results can be obtained.

Keywords: Preschool Child, Nutritional Habits, Growth, Development, Body Mass Index.

Geliş Tarihi / Received: 21.06.2021 **Kabul Tarihi / Accepted:** 04.04.2022

Correspondence Author: Araştırma Görevlisi, Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Van, Türkiye. Telefon: 04322251180/21228, E-posta: ridvanakdogan@yyu.edu.tr

Cite This Article: Akdoğan R, Balcı S. Okul Öncesindeki Çocukların Beslenme Alışkanlıklarının Büyüme ve Gelişmeleri Üzerine Etkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 2022; 15(2): 186-196.



Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi 2021 Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License

Sağlıklı çocuk, hastalık bulguları göstermeyen, kronolojik yaşına uygun fiziksel ve zihinsel büyüme ve gelişmesi olan çocuktur (1). Çocuğun yaşına uygun iyi bir şekilde fiziksel, ruhsal, büyüme-gelişme ve sosyal davranış göstermesini etkileyen önemli etmenlerden biri beslenmedir. Beslenmenin çocuğun yaşına, cinsiyetine ve aktivitesine uygun olarak yeterli ve dengeli olması çok önemlidir (2). Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu'nun (United Nations Children's Fund=UNICEF) 2018'de yayınlanan 2017 yılı verilerine göre tüm dünyada yaklaşık olarak beş yaşından küçük her dört çocuktan birinin bodur olduğu ve bunun nedeninin de büyümenin en kritik evrelerinde maruz kalınan yetersiz beslenme olduğu açıklanmıştır (3).

Çocuğun büyüme ve gelişmesini üç özellik etkilemektedir. Bunlardan ilki çocuğun anne babasından aldığı vücut özelliklerini yansıtan genetik özellik, ikincisi hormonlar ve üçüncüsü de çocuğun beslenme durumudur. Beslenme, özellikle süt çocukluğu döneminde olmak üzere erişkin döneme kadar büyüme yakından etkilemektedir. Çocuğun kötü beslenmesi ve ishal gibi gastrointestinal sistem hastalıkları, büyüme hızında duraklama veya yavaşlamaya neden olabilmektedir (1,2,4).

Çocuklar yaşamın ilk altı yılında çok hızlı gelişmektedir. Bu dönem çocukta kişilik yapısının şekillenmeye başladığı, en önemlisi temel alışkanlıklarının kazandırılabilirdiği çocuğun hayatındaki en önemli dönemdir (5). Bu büyüme ve gelişme döneminde çocuğun yeme alışkanlıkları da doğrudan veya dolaylı olarak ailenin, özellikle anne ve babanın beslenme alışkanlıklarından etkilenmektedir. Doğru yeme davranışlarının kazandırılmasında ebeveynler, iyi birer örnek olmalıdır (6).

Okul öncesi dönemde çocuklar, özellikleri (aile bireylerini örnek alırlar, besinlere karşı kesin yanıt verirler: süt, sebze ve meyvelerden hoşlanmazlar, çiğ sebzeleri, yumuşak etleri, sade yemekleri tercih ederler, aileye veya çevreye karşı tepkilerini yemek yememekle dile getirirler) gereği besin seçimlerini sağlıklı ve yeterli beslenmeye yönelik yapamazlar. Bu dönemdeki çocuklara, beslenme yönünden uygun ve büyümelerinde etkin rol oynayacak gıdalar ebeveynler tarafından verilmeli ve olumlu yeme davranışları kazandırılmalıdır (7).

Çocuk sağlığının temel göstergesi olan büyüme ve gelişmenin izlenmesi, çocuğun hastalık durumunun erken tanınmasında, beslenmesinin değerlendirilmesinde önemli yere sahiptir. Büyüme ve gelişmenin izlenmesindeki amaç, çocuğun büyümesinde meydana gelen duraksama ya da yavaşlamaları erken dönemde fark ederek ortaya çıkabilecek yetersiz beslenme durumunu önlemektir (8).

Çocuğun sağlığı ve iyi oluşu hemşireliğin temel konularından birisidir. Bu anlamda çocuk hemşiresi çocuğun büyüme ve gelişmesinde, sağlıklı beslenmesinde etkin rol almaktadır. Bu nedenle çocuk hemşiresi büyüme ve gelişmeyi etkileyen yetersiz ya da fazla beslenmenin oluşturacağı olumsuz sonuçların değerlendirilmesi ve giderilmesine yönelik araştırmalar yapmalıdır. Bu araştırma sonuçlarına göre çocukların beslenme davranışlarını ve bu davranışları etkileyen kişi ve durumları belirleyerek, büyüme ve gelişmeyi optimum seviyeye taşımaya çalışmalıdır (1,2,9,10).

Çocuklarda sağlıklı beslenme davranışının gelişmesini desteklemek ve yaşanabilecek beslenme sorunlarını erken tanılamak çok önemlidir. Çünkü yaşamın ilk yıllarında başlayan beslenme alışkanlığı, çocuğun tüm yaşamı boyunca sağlığını, büyüme ve gelişimini etkileyecektir. Bu nedenle hemşireler, çocuklarda sağlıklı beslenme ve beslenmeye ilişkin sorunların farkında olmalıdırlar. Çocuğun yaş dönemlerine göre beslenme gereksinimini, ailenin beslenme davranışlarını, beslenmeye ilişkin sık karşılaşılan sorunları bilmeli ve bu sorunları çözmek için planlamalar yapmalıdır. Çalışma bu bölgedeki çocukların beslenme durumlarını belirlemek ve bundan sonra yapılacak uygulamalar açısından bir ön değerlendirme yapılmasına katkı sağlayacaktır.

Çalışma, okul öncesi dönemdeki çocukların beslenme alışkanlıklarını ve beslenmenin büyüme-gelişmeleri üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Araştırma Soruları

1. Çocuğun beslenme durumu nasıldır?
2. Çocuğun beslenme durumunun BKİ üzerine etkisi nedir?
3. Çocuğun beslenme durumunun çocuğun gelişimi üzerine etkisi nedir?

Yöntem

Araştırmanın Tipi

Araştırma, okul öncesi dönemdeki çocukların beslenme alışkanlıklarını ve beslenmenin büyüme-gelişmeleri üzerindeki etkisini belirlemek için tanımlayıcı ve metodolojik bir tasarım şeklinde yapılmıştır.

Araştırmanın Yapıldığı Yer

Araştırma, etik kurul izni ve gerekli kurum izinleri alındıktan sonra bir ilin üç merkez ilçesinde gerçekleştirilmiştir. Araştırma üç merkez ilçede toplam 8 devlet anaokulunda, Ekim 2018 – Haziran 2019 tarihleri arasında yapılmıştır.

Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini bir ilin üç merkez ilçesinde yer alan anaokullarındaki toplam 202 anasınıfında eğitim gören 4705 çocuk oluşturmuştur. Örneklem hesabında ise primer sonucu olarak kabul edilen anaokuluna giden çocukların beslenme alışkanlığı ile Ankara Gelişim Tarama Envanteri (AGTE) puanları ve BKİ değerleri arasındaki ilişkinin araştırıldığı çalışmaya rastlanmamış ve örneklem hesabında kullanılacak sonuç elde edilememiştir. Anaokulu çocuklarının beslenme alışkanlıkları ile AGTE puanları ve BKİ değerleri arasında en az $r = .20$ düzeyinde pozitif bir ilişki ön görülerek, %5 alfa hata payı (iki yönlü) ve %90 güçle G*Power (3.1.9.2) programında yapılan örneklem sayısı hesabında çalışmaya en az 258 kişi alınması gerektiği belirlenmiştir. Veri toplama sırasında kayıpların olabileceği göz önüne alınarak, hesaplamada bulunan örneklem sayısının (258 kişi) %30 fazlası ile çalışmaya yaklaşık 335 kişinin alınmasına karar verilmiştir. Okullardan ne kadar öğrenci alınacağını belirlemek için tabakalı örnekleme yöntemi kullanılmıştır.

Üç ilçede bulunan okullar rastgele küme örnekleme yöntemi ile ilçelerde bulunan okul sayılarına orantılı olarak, birinci ve ikinci ilçelerden ikiye okul, üçüncü ilçeden dört okul olmak üzere, kura yöntemi ile seçilmiştir. Seçilen okullardan alınan öğrenci sayıları okulun öğrenci sayısına % orantısı olarak belirlenmiştir. Sekiz okuldan alınması gereken örneklem sayısına

ulaşabilmek için şubeler arasında kura çekilmiş ve seçilen şubedeki öğrencilerin hepsi çalışmaya (çocuklar arasında farklılık duygusu olmaması için şubenin tamamı alındı) dahil edilmiştir. Örneklem için yeterli sayıya ulaşıncaya kadar veri toplanmıştır. Örneklem alınan verilerden 18 öğrenci çeşitli nedenlerle (kronik sağlık sorunları ve anketi eksik doldurma) çıkarılmış, böylece araştırma 327 öğrenci ile gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın primer sonuçları olarak kabul edilen okul öncesi çocukların AGTE T puanı ve BKİ persentili üzerine bağımsız değişkenlerin etkisinin test edildiği analiz sonucuna göre post hoc güç analizi yapılmıştır. Çocukların AGTE T puanı üzerine beş bağımsız değişkenin etkili olduğu belirlenen regresyon analizinde elde edilen R2: .26 değerine göre G*Power (3.1.9.2) programı ile yapılan post hoc güç analizinde etki büyüklüğü f2: .35 (büyük/geniş etki) ve güç 1.00 (%100) olarak bulunmuş ve çalışmadaki örneklem sayısının bu sonuç değişkenine göre yeterli olduğu görülmüştür.

Veri Toplama Araçları

Bilgi Formu: Çocukların ve ailelerinin sosyodemografik bilgileri ile çocuğun boy, kilo gibi antropometrik ölçümlerini kaydetmek amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanan kapalı uçlu (çocuğun yaş, cinsiyet, antropometrik ölçümleri, anne - babanın eğitim durumu ve mesleği, aile çocuk sayısı, ailenin sağlık durumu vb.) 20 sorudan oluşan bir formdur.

Beslenme Değerlendirme Anketi (BDA): Araştırmacı tarafından literatür bilgisi (2,11,12,13,14,15,16) doğrultusunda hazırlanmıştır. Anket, çocuğun beslenme alışkanlıklarını ve davranışlarını içeren açık ve kapalı uçlu sorulardan oluşmaktadır. Anket oluşturulduktan sonra beş uzman kişi (Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği) tarafından değerlendirilmiş ve değerlendirme sonrası tekrar bir düzenleme yapılarak son şekli verilmiştir. Kapsam geçerliliği indeksi kullanılarak, uzman kişilerin her bir maddeyi anlaşılabilir olmasına göre 1-4 (1 puan: uygun değil, 2 puan: biraz uygun, 3 puan: uygun, 4 puan: tam uygun) arasında puanlaması istenmiştir (17). Değerlendirme sonucunda BDA'nın kapsam geçerliliği indeksi %90 olarak bulunmuştur.

Ankara Gelişim Tarama Envanteri (AGTE): Yaşı 0-6 arasında olan bebek ve çocukların dil bilişsel, ince motor, kaba motor, sosyal beceri-öz bakım ve genel gelişimine yönelik derinlemesine ve sistemli bilgi sağlayan bir tarama aracıdır. Savaşır, Sezgin ve Erol (1998) tarafından geliştirilmiştir. Dil Bilişsel (DB), İnce Motor (İM), Kaba Motor (KM), Sosyal Beceri-Öz bakım (SB-ÖB) olmak üzere toplam dört alt boyutu olan envanterin, gelişimsel gecikme açısından risk altında olduğu düşünülen bebek ve çocukların erken dönemde tanınmasını sağladığı bildirilmektedir. AGTE, Türk kültürüne uygun olarak geliştirilmiş ve 154 maddeden oluşmaktadır. Gelişim puanları "T Puan (Toplam Puan) Tablosu ve Genel Gelişim ve Alt Test Ham Puanları Profili" formları ile yorumlanmaktadır. Çocuğun ham puanına denk gelen T puanı, 40'ın üstünde ise çocuğun gelişiminin yaşına uygun olduğu, T puanı 35 ve altında ise gelişiminin yaş düzeyinden geri olabileceği ifade edilmektedir. T puanı yükseldikçe mental-motor gelişiminin daha iyi olduğundan söz edilebilir (17).

Beden Kitle İndeksi (BKİ) Persentili: Vücutta bulunan yağ miktarının ölçümü için beden kitle indeksi (BKİ) basit ve güvenilir bir göstergedir (19). Vücut ağırlığının kilogram olarak değerinin boyunu metre olarak karesine bölünmesi ile hesaplanır ($BKİ=kg/m^2$) (20). Ülkemizde Neyzi ve arkadaşları tarafından 2008 yılında yapılan ve 2-18 yaş sağlıklı Türk çocuklarına göre uyarlanmış beden kitle indeksi persentil eğrileri kullanılmaktadır. Değerlendirilmesinde, beden kitle indeksi 95. persentil ve üzerinde ise obezite, 85 ve 95 persentil arasında ise fazla kilolu, 5 ve 85 persentil arasında normal kilo ve 5. persentilin altı ise zayıf olarak tanımlanmaktadır (19).

Uygulama

- Araştırmayı yapmak için, etik kurul izni ve kurum izni alınmıştır.
- Her bir bölgeden seçilecek okullar rastgele küme örneklem yöntemi ile ilçelerde bulunan okul sayılarına orantılı olarak belirlenmiştir.
- Örneklem alınacak okullarda, şubeler ve çocuklar okul müdürü ile beraber kura yöntemi ile belirlenmiş ve kurada seçilen şubelerdeki çocukların tamamı çalışmaya dâhil edilmiştir.
- Uygulama öncesi okul müdürlükleri ile görüşülerek verilerin toplanacağı saat ve yer belirlenmiştir.
- Çalışmaya alınacak çocukların aileleri öğretmenleri tarafından telefon ile iletişime geçilerek davet edilmiştir.
- Ailelere araştırma hakkında bilgi verilerek, çalışmada gönüllü olma ve onamlarını içeren form verilmiştir.
- Çocukların ebeveynlerine sorulan "Bilgi Formu, AGTE ve Beslenme Değerlendirme Anketi" formları yüz yüze görüşme yöntemi ile doldurulmuştur.
- Çocuklarla "Hangimiz ne kadar büyüdük?" oyunu oynanarak antropometrik ölçümler almaya hazırlık yapılmıştır. Araştırmacı tarafından, çocuklara yapılacak ölçümlerde onların daha kolay uyum göstermesini desteklemek amacıyla tasarlanan oyunda ölçümleri alınan her çocuk trenin bir parçası olmuştur. Bütün ölçümlerin sonunda uzun vagonlu bir tren oluşturulmuş, bu şekilde çocukların antropometrik ölçümlerinin alınma süreci eğlenceli bir oyuna dönüştürülmüştür.
- Vücut tartısı ölçümü yapılmadan önce çocuğun üzerindeki kalın ceket, hırka ve kazak gibi giysilerle ayakkabılarını çıkarmaları istenmiştir. Tartı düz bir zeminde olacak şekilde ayarlanarak, sıfırlanmıştır. Çocuğun ölçüm sırasında omuzlarını dikleştirip, ellerini yanda tutması, dizlerini kırmadan, ağırlığını her iki ayağında dağılacak şekilde dik durması sağlanarak, elektronik göstergede görülen "kg" olarak okunan değer kaydedilmiştir (21,22).
- Boy ölçümü için kullanılacak olan araç üzerine çizgi film karakteri eklenerek düz bir duvara sabitlenmiştir. Çocuğun baş, sırt, kalça ve ayak topuklarının arkasından duvara değmesi, ayaklarının çiplak ve birleşik olması sağlanarak, çocuğun başının üzerinden tabana kadar olan uzunluk ölçülerek kaydedilmiştir (21,22).
- Annelerin, büyüme-gelişme, beslenme süreçleri ve boy-kilo takibi hakkındaki soruları cevaplandırılmıştır.

Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesinde, tanımlayıcı istatistiklerde kategorik veriler için sayı ve %, sayısal veriler için ortalama ve standart sapma verilmiştir. Sayısal değişken olan AGTE T puanlarının normal dağılıma sahip olma durumu Skewness ve Kurtosis ile değerlendirilmiş, Skewness (-.55) ve Kurtosis (-.11) değerlerine göre normal dağılıma sahip olduğu (-2 ile +2 arasında yer aldığı) bulunmuştur. Okul öncesi çocukların tanımlayıcı (sosyodemografik) ve beslenme özelliklerine göre AGTE T puan ortalamasının karşılaştırılmasında gruplardaki örneklem sayısına göre iki gruplu değişkenlerde bağımsız gruplarda t testi ve Mann Whitney U

testi, üç gruplu olan değişkenlerde Kruskal Wallis testi (ileri analizi Bonferroni düzeltmeli Mann Whitney U testi) kullanılmış ve primer analizlerde etkisi bulunan bağımsız değişkenler çoklu regresyon (bacward yöntemi) analizi ile değerlendirilmiştir. Çocukların tanımlayıcı ve beslenme özelliklerine göre BKİ persentili dağılımının karşılaştırılmasında ise Pearson ki-kare testi ve Fisher exact testi kullanılmış ve BKİ persentil dağılımı üzerine primer analizlerde etkisi bulunan bağımsız değişkenler lojistik regresyon analizi ile değerlendirilmiştir. Önemlilik düzeyi $p < .05$ olarak kabul edilmiştir.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmaya başlamadan önce etik kurul (07/11/2018-81578 sayılı etik kurul izni) ve yazılı kurum (77157353-821.99-E.18998239 sayılı kurum izni) izinleri alındı. Araştırmaya katılacak bireylerin haklarının korunması için, araştırma verilerini toplamaya başlamadan önce çocuk ve ebeveynlere; araştırmanın yapılma amacı, süresi, nelerin uygulanacağı, nasıl uygulanacağı açıklanarak, elde edilen bilgilerin ve cevaplayanın kimliğinin gizli tutulacağı belirtildi. Çalışmaya katılan çocukların ailelerinden bilgilendirilmiş yazılı onam alındı.

Bulgular

Katılımcıların Özellikleri

Çalışmada çocukların yaş ortalamalarının $5,26 \pm 45$ yıl olduğu, çoğunluğunun erkek (%51,4) olduğu ve aşılarının tam olduğu (tam aşıli çocuk %98,2) bulundu. Çocukların sadece %34,3'ü ilk çocuktu. Çocukların çoğunlukla doğum kilolarının 2500-4000 gr arasında, doğum boyunun ise 48-52 cm arasında olduğu belirlendi. AGTE'den aldıkları Genel Gelişim puan ortalaması $143,30 \pm 6,34$ puan, T puan ortalaması ise $50,88 \pm 10,80$ puan olarak bulundu.

Tablo 1'de okul öncesindeki çocukların beslenme özelliklerine göre AGTE T puan ortalamalarının karşılaştırılmış şekli verilmiştir.

Tablo 1. Okul Öncesi Çocukların Beslenme Özelliklere Göre AGTE T Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N: 327)

Özellikler	n	AGTE-T $\bar{X} \pm SS$	Test	p (fark)
Emzirme süresi				
≤ 6 ay	71	49,44±9,8	1,556**	,213
7-12 ay	74	50,00±11,55	(sd: 2/324/326)	
≥ 13 ay	182	51,81±10,82		
Mama verme durumu				
Verilmedi ^a	189	50,72±11,26	4,393**	,013
6 ay ve daha az süre ^b	50	54,66±9,39	(sd: 2/324/326)	(a,c < b)
7 ay ve daha fazla süre ^c	88	49,08±10,09		
Biberon kullanım süresi ★				
Kullanmadı	138	51,43±11,20	431**	,650
1-12 ay	88	50,90±10,47	(sd: 2/324/326)	
18-66 ay	101	50,12±10,59		
Ek gıdaya başlama zamanı				
6. aydan önce	57	51,56±11,64	,521*	,603
6. aydan sonra	270	50,74±10,63	(sd: 325)	
Vitamin takviyesi				
Evet	87	49,17±10,71	1,730*	,085
Hayır	240	51,50±10,79	(sd: 325)	
Düzenli kahvaltı				
Evet	290	50,76±10,94	,570*	,569
Hayır	37	51,84±9,74	(sd: 325)	
Kahvaltı içeriği				
Normal kahvaltı tabağı	300	50,87±10,94	3989,0***	,897
Poğaç, açma/ Meyve suyu/ Süt vb.	27	51,07±9,28	,130***	
Günlük öğün sayısı				
2 öğün	32	50,66±11,68	,228**	,796
3 öğün	264	50,77±10,67	(sd: 2/324/326)	
4 öğün	31	52,13±11,29		
Ara öğün				
Evet	248	51,29±10,35	1,125*	,263
Hayır	79	49,59±12,09	(sd: 325)	

★12-18 ay arası veri bulunmamaktadır.

* Bağımsız gruplarda t testi.

** Bağımsız gruplarda varyans analizi, gruplar arası/grup içi/toplam sd: 2/322/325.

*** Mann Whitney U testi.

Annelerin çocuğunu emzirme süresi, biberon kullanım süresi, ek gıdaya başlama zamanı, vitamin takviyesi alma, düzenli kahvaltı yapma durumu, kahvaltı içeriği, günlük öğün sayısı, ayrıca günlük ara öğün alma durumuna göre okul öncesi çocuklarının AGTE T puan ortalaması incelendiğinde, gruplar arasında anlamlı düzeyde fark bulunmamıştır ($p>.05$, Tablo 4.10). Bebeklik döneminde mama verme süresine göre okul öncesi çocuklarının AGTE T puan ortalaması değerlendirildiğinde, gruplar arasında anlamlı düzeyde fark olduğu belirlenmiştir ($p<.05$, Tablo 1). İleri analizde, bebeklik döneminde altı ay ve daha kısa süre mama verilen çocukların AGTE T puan ortalamasının mama verilmeyen ve 7 ay ve daha fazla mama verilenlere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu ($p<.05$) bulunmuştur.

Tablo 2’de okul öncesi çocukların besin gruplarını tüketme sıklığına göre AGTE T puan ortalamasının karşılaştırılması verilmiştir.

Tablo 2. Okul Öncesi Çocukların Besin Gruplarını Tüketme Sıklığına Göre AGTE T Puan Ortalamasının Karşılaştırılması (N=327)

Tüketilen Besinler	n	AGTE-T $\bar{X} \pm SS$	Test	p (fark)
Günlük süt grubu				
Tüketmiyor ^a	60	43,22±11,40	20,840***	,000
Günde 1 kez ^b	183	52,44±9,77	(sd: 2/324/326)	(a < b)
Günde 2-4 kez ^b	84	52,96±10,22		
Günlük et grubu				
Tüketmiyor ^a	91	47,73±10,66	5,554***	,004
Günde 1 kez ^b	141	52,05±10,95	(sd: 2/324/326)	(a < b)
Günde 2-5 kez ^b	45	52,33±9,30		
Günlük sebze/meyve grubu				
Tüketmiyor	60	47,77±9,32	3,502**	,174
Günde 1 kez	183	50,78±10,90	(sd: 2)	
Günde 2-5 kez	84	51,61±10,88		
Günlük tahıl grubu				
Günde 1-2 kez	161	51,61±10,75	1,196*	,233
Günde 3-7 kez	166	50,18±10,84	(sd: 325)	
Günlük ekmek tüketimi				
Günde 1-2 dilim	228	51,99±10,15	2,267*	,008
Günde ≥ 3 dilim	99	48,34±11,84	(sd: 325)	
Günlük su tüketimi				
Günde 1-4 bardak	200	50,33±10,66	1,164*	,245
Günde 5-10 bardak	127	51,76±11,00	(sd: 325)	
Hazır gıda tüketimi				
Tüketmiyor	73	49,84±11,20	,480***	,796
Ayda 1 kez	188	51,30±10,46	(sd: 2/324/326)	
Ayda 2-6 kez	66	50,86±11,38		
Kolalı içecek tüketimi				
Tüketiyor	226	49,95±11,02	2,363*	,019
Tüketmiyor	101	52,98±10,04	(sd: 325)	

* Bağımsız gruplarda t testi, sd: 325

** Kruskal Wallis testi, sd: 2.

*** Bağımsız gruplarda varyans analizi, gruplar arası/grup içi/toplam sd: 2/324/326

Okul öncesi çocukların günlük süt grubu besin tüketimine göre AGTE T puan ortalaması incelendiğinde, gruplar arasında çok ileri düzeyde anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<.001$, Tablo 2). İleri analizde, günde 1 kez ve günde 2-4 kez süt grubu besin tüketen çocukların AGTE T puan ortalamasının süt grubu besin tüketmeyenlere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<.05$). Okul öncesi çocukların günlük et grubu besin tüketimine göre AGTE T puan ortalaması değerlendirildiğinde, gruplar arasında çok anlamlı düzeyde fark olduğu saptanmıştır ($p<.01$, Tablo 2). İleri analizde, günde 1 kez ve günde 2-5 kez et grubu besin tüketen çocukların AGTE T puan ortalamasının et grubu besin tüketmeyenlere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<.05$). Okul öncesi çocukların günlük sebze/meyve tüketimine göre AGTE T puan ortalamasına bakıldığında, günde 1 kez ve günde 2-5 kez sebze ve meyve tüketen çocukların AGTE T puan ortalamasının tüketmeyenlere göre yüksek olduğu, ancak gruplar arasındaki farkın anlamlı düzeyde olmadığı belirlenmiştir ($p>.05$, Tablo 2). Okul öncesi çocukların günlük tahıl, günlük su ve hazır gıda tüketimine göre AGTE T puan ortalaması incelendiğinde, gruplar arasında anlamlı düzeyde fark olmadığı belirlenmiştir ($p>.05$, Tablo 2). Okul öncesi çocukların günlük ekmek tüketimine göre AGTE T puan ortalaması değerlendirildiğinde, günde 1-2 dilim ekmek tüketen çocukların AGTE T puan ortalamasının günde 3 dilim ve daha fazla ekmek tüketenlere göre yüksek olduğu, gruplar arasındaki farkın çok anlamlı düzeyde olduğu belirlenmiştir ($p<.01$, Tablo 2). Kolalı içecek tüketimine göre okul öncesi çocukların AGTE T puan ortalaması incelendiğinde, kolalı içecek

tüketmeyen çocukların AGTE T puan ortalamasının tüketenlere göre yüksek olduğu ve gruplar arasındaki farkın anlamlı düzeyde olduğu belirlenmiştir ($p < .05$, Tablo 2).

Tablo 3'te okul öncesi çocukların beslenme özelliklerine göre BKİ persentili dağılımının karşılaştırılması verilmiştir.

Tablo 3. Okul Öncesi Çocukların Beslenme Özelliklerine Göre BKİ Persentili Dağılımının Karşılaştırılması (N=327)
Beden Kitle İndeksi

Özellikler	< 85		≥ 85		χ^2	p
	N	%	n	%		
Emzirme süresi						
≤ 6 ay	56	78,9	15	21,1	,622 (sd: 2)	,733
7-12 ay	55	74,3	19	25,7		
≥ 13 ay	143	78,6	39	21,4		
Mama verme durumu						
Verilmedi	148	78,3	41	21,7	1,150 (sd: 2)	,563
6 ay ve daha az süre	36	72,0	14	28,0		
7 ay ve daha fazla süre	70	79,5	18	20,5		
Biberon kullanım süresi*						
Kullanmadı	105	76,1	33	23,9	2,696 (sd: 2)	,260
1-12 ay	65	73,9	23	26,1		
18-66 ay	84	83,2	17	16,8		
Ek gıdaya başlama zamanı						
6, Aydan önce	43	75,4	14	24,6	,199 (sd:1)	,655
6, Aydan sonra	211	78,1	59	21,9		
Vitamin takviyesi						
Evet	69	79,3	18	20,7	,183 (sd:1)	,669
Hayır	185	77,1	55	22,9		
Düzenli kahvaltı						
Hayır	30	81,1	7	18,9	,279 (sd: 1)	,597
Evet	224	77,2	66	22,8		
Kahvaltı içeriği						
Normal kahvaltı tabağı	232	77,3	68	22,7	,246 (sd: 1)	,620
Poğaç, açma/Meyve suyu/Süt vb.	22	81,5	5	18,5		
Günlük yemek öğünü						
2 öğün	27	84,4	5	15,6	1,875 (sd: 2)	,392
3 öğün	201	76,1	63	23,9		
4 öğün	26	83,9	5	16,1		
Ara öğün						
Hayır	68	86,1	11	13,9	4,239 (sd: 1)	,040
Evet	186	75,0	62	25,0		

χ^2 : Pearson Ki-kare analizi * : Beklenen sayı < 5 olduğu için Fisher Exact testi (Fisher kesin testi) yapıldı.

Annelerin çocuğunu anne sütü ile emzirme süresi, mama verme durumu, biberon kullanma süresi, vitamin takviyesi alma durumu, düzenli kahvaltı yapma durumu, kahvaltı içeriği, yemek öğün sayısı, ayrıca ek gıdaya başlama zamanına göre okul öncesi çocukların BKİ persentili dağılımlarına bakıldığında, gruplar arasında anlamlı düzeyde fark olmadığı belirlenmiştir ($p > .05$, Tablo 3).

Okul öncesi çocukların günlük ara öğün alma durumuna göre BKİ persentili dağılımlarına bakıldığında, ara öğün alan çocuklarda BKİ persentili %85 ve üzerinde olanların oranının ara öğün almayanlara göre yüksek olduğu, gruplar arasındaki farkın anlamlı düzeyde olduğu bulunmuştur ($p < .05$, Tablo 3).

Tablo 4'te okul öncesi çocukların besin gruplarını tüketme sıklığına göre BKİ persentili dağılımının karşılaştırılması verilmiştir.

Okul öncesi çocukların günlük süt grubu, et grubu, sebze/meyve grubu, tahıl grubu besinleri tüketme sıklığı ve ayrıca su tüketim miktarı, hazır gıda tüketimi, kolalı içecekleri tüketme ve günlük ekmek tüketme durumuna göre BKİ persentili dağılımları incelendiğinde, gruplar arasında anlamlı düzeyde fark bulunmamıştır ($p > .05$, Tablo 4).

Tablo 4. Okul Öncesi Çocukların Besin Gruplarını Tüketme Sıklığına Göre BKİ Persentili Dağılımının Karşılaştırılması (N=327)

Tüketilen Besinler	Beden Kitle İndeksi				χ^2	p
	< 85		≥ 85			
	n	%	n	%		
Günlük süt grubu						
Tüketmiyor	48	80,0	12	20,0	2,545 (sd: 2)	,280
Günde 1 kez	146	79,8	37	20,2		
Günde 2-4 kez	60	71,4	24	28,6		
Günlük et grubu						
Tüketmiyor	67	73,6	24	26,4	1,627 (sd: 2)	,443
Günde 1 kez	153	80,1	38	19,9		
Günde 2-5 kez	34	75,6	11	24,4		
Günlük sebze/meyve						
Tüketmiyor	19	86,4	3	13,6	1,253 (sd: 2)	,534
Günde 1 kez	145	78,0	41	22,0		
Günde 2-5 kez	90	75,6	29	24,4		
Günlük tahıl						
Günlük 1-2 kez	125	77,6	36	22,4	,000 (sd: 1)	,988
Günlük 3-7 kez	129	77,7	37	22,3		
Günlük ekmek tüketimi						
1-2 dilim	182	79,8	46	20,2	2,005 (sd:1)	,157
≥ 3 dilim	72	72,7	27	27,3		
Günlük su tüketimi						
Günlük 1-4 bardak	161	80,5	39	19,5	2,369 (sd:1)	,124
Günlük 5-10 bardak	93	73,2	34	26,8		
Hazır gıda tüketimi						
Tüketmiyor	58	79,5	15	20,5	,677 (sd:2)	,713
Ayda bir kez	143	76,1	45	23,9		
Ayda 2-6 kez	53	80,3	13	19,7		
Kolalı içecek tüketimi						
Tüketmiyor	78	77,2	23	22,8	,017 (sd:1)	,896
Tüketiyor	176	77,9	50	22,1		

χ^2 : Pearson Ki-kare analizi

Tartışma

Çocuklarda sağlıklı bir büyüme ve gelişmenin sağlanması iyi bir beslenmeden geçer. Çocuklarda beslenme bozukluklarının birçok toplumdaki yaygınlığı yüksektir. Beslenme ve büyüme ile ilgili problemler, tıbbi veya fiziksel, yanlış besin seçimi ve sağlıklı olmayan beslenme dinamiklerinden kaynaklanmaktadır. Bu anlamda okul öncesi dönemde çocuğun sağlıklı beslenmesinde aileye büyük sorumluluklar düşmektedir (2,23).

Çalışmada 3-6 yaş arası çocukların yaklaşık dörtte birinin vitamin takviyesi aldığı belirlendi (Tablo 1). Çocuklara büyüme ve gelişme sürecinde özellikle vitamin desteğinin verilmesi, gelişimsel açıdan önemli bir destek sağlamaktadır. Yapılan birçok çalışmada okul öncesi dönemdeki çocukların multivitamin desteği aldığı görülmektedir. Çamurdan (2007), okul öncesi dönemde genellikle A,C,E, kemik gelişimi için D ve zihinsel gelişim için ise B vitamini içerikli multivitaminlerin kullanılması gerektiğini belirtmektedir (24). Kobak (2015) anaokulundaki ve ana çocuk sağlığındaki çocukların beslenme özelliklerinin karşılaştırılması üzerine yaptığı çalışmasında vitamin takviyesi alan çocukların %20, Terzi (2005) çocukların beslenme alışkanlıkları üzerine yaptığı çalışmasında ise %64 oranında bulmuşlardır (2,25). Çocukların vitamin takviyesi alma oranları çalışmalara göre değişkenlik göstermektedir. Çalışmaya alınan çocukların yaklaşık olarak 1/5'i vitamin desteği almaktadır. Vitamin desteği alan ve almayan çocukların AGTE (Tablo 1) ve BKİ persentil (Tablo 3) değerleri arasında fark olmadığı bulunmuştur. Çocuklar için iyi dengelenmiş bir diyet, temel mikro besinlerin yeterli alımını sağlamak için en uygun yaklaşımdır. Çalışmada da vitamin takviyesi alan ve almayan çocukların AGTE ve BKİ değerlerinin arasında fark olmaması annelerin doğru beslenme davranışı sergilediklerini göstermektedir.

Araştırmalar, yalnızca 6 ay boyunca anne sütü ile beslenen bebeklerin; gastrointestinal sistem enfeksiyonlarına veya diğer bulaşıcı hastalıklara daha az eğilimli olduğunu, yeterli büyüme ve gelişme sağladığını, okulda çocuğun başarısının artmasını sağlayan kognitif ve zihinsel gelişimi üzerinde olumlu bir etkisinin olduğunu ve bebeklerde mortalite ve morbidite oranının düştüğünü belirtmektedir (26,27,28). Araştırmada; annelerin büyük çoğunluğunun çocuklarını emzirdiği, emzirme süresinin 13 aydan fazla olduğu, çoğunluğun bebeğine mama vermediği, biberon kullanmadığı, ek gıdaya 6. aydan sonra geçtiği bulundu. Çocukların çoğunluğunun sabah kahvaltısı yaptığı, ara öğün aldığı ve üç öğün beslendiği saptandı (Tablo 1). DSÖ ilk 6 ay anne sütü ve 6. aydan sonra uygun tamamlayıcı besinlere başlanması durumunda yaklaşık olarak 820 bin bebeğin hayatına devam edebileceğini ve ayrıca küresel olarak, altı aylıktan küçük bebeklerin %40'ının sadece anne sütüyle beslendiğini belirtmektedir (29,30). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) (2018) verilerinde de ilk altı ayda sadece anne sütü ile

beslenme 2008'de %42 iken, 2013'te bu oranın düştüğü ve %30 olduğu, 2018'de ise bu oranın %41 olduğu belirlenmiştir (31). Çalışmada da ilk altı ayda sadece anne sütü ile beslenme oranlarının yüksek olması literatür ile paralellik göstermekte ve annelerin bu konuda bilinçli olduğunu göstermektedir. Bu duruma bu çalışmadaki annelerin çoğunlukla çalışmayıp evde olması ve bebeklerini emzirme konusunda daha çok zaman bulabilmeleri, ayrıca çocuk sayısının iki veya daha fazla olması nedeniyle annelerin emzirme konusunda tecrübeli olmaları anne sütü verme oranlarını arttırmış olabilir.

Yılmazbaş ve arkadaşlarının (2015) annelerin ek gıdaya başlama nedenleri ve mama hakkındaki görüşleri üzerine yaptığı çalışmada ilk 6 ay içerisinde emzik ve biberon kullananların toplam anne sütü verme süresinin daha kısa olduğunu bulmuşlardır (32). Bundan dolayı gereksiz emzik ve biberon ile mama kullanımı, ihtiyaç duymadıkça 6. aydan önce tamamlayıcı beslenmeye başlanmaması önerilmektedir (29,32). Anaokul çocuklarında sağlıklı ve yeterli beslenme için günlük olarak üç ana ve üç ara öğün önerilmektedir (2). Yapılan çalışmalarda çocuklarda düzenli olarak kahvaltı yapmanın ve ara öğün tüketmenin BKİ değerlerini etkilediği ve düşük obezite riski ile ilişkili olduğu bildirilmektedir (31,33,34). Çalışmadaki olumlu beslenme davranışları çocukların sağlıklı büyümesi açısından oldukça önemli ve sevindirici bir durumdur. Ancak çalışmada çocukların BKİ ve AGTE puan ortalamaları ile beslenme davranışları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (Tablo 1 ve Tablo 3). Bu durumu çocukların beslenme özelliklerinin birbirine benzer olması etkilemiş olabilir. Ayrıca çocukların BKİ değerlerinin ve AGTE puanlarının normal sınırlarda olması, annelerin beslenme davranışlarındaki doğru yaklaşımın bir sonucu olarak yorumlanabilir.

Araştırmada çocukların çoğunlukla günde 1'den fazla süt, et, sebze/meyve tükettikleri, tahıl grubunun 1-2 kez tükettiği, ekmek tüketiminin günde 1-2 dilim olduğu ve tüketilen su miktarının günde 1-4 bardak arasında olduğu görüldü. Buna karşın çocukların çoğunlukla ayda 1 kez hazır gıda tükettikleri ve yüksek bir oranının kola içtikleri belirlendi. Süt okul öncesi dönemde ve adolesan dönemde sağlam kemik ve diş oluşumunu sağlar. Kemik yoğunluğunu arttırmasının yanında, sağlıklı büyümeyi ve özellikle zihinsel gelişime fayda sağlamaktadır (35). Yapılan bir çalışmada büyüme ve gelişme çağındaki çocuklarda süt tüketiminin kolon kanseri riskini azalttığı bildirilmektedir (36). Sağlık Bakanlığı (2017), beslenme üzerine yayınladığı yazısında, okul öncesi dönemde çocukların günlük 3-4 porsiyon süt veya yerine geçebilecek ürünlerin tüketilmesini önermektedir (37). Okul çağı çocukları üzerine yapılan bir başka çalışmada da, düzenli olarak süt tüketen çocukların obeziteden korunması, kilo kontrolünün sağlanması ve sağlıklı bir büyüme lehine olumlu sonuçlar alındığı bildirilmiştir (38). Beyin ve psikomotor gelişimde et ve balık ürünleri çok önemlidir. Yapılan çalışmalarda, et grubundan günde 1-2 tane köfte büyüklüğü kadar et (30-60g), haftada iki defa balık tüketilmesi önerilmektedir (39,40,41). Atli ve Osmanoğlu (2021) çalışmalarında et, yumurta ve kuru baklagiller besin gruplarının beslenme menülerinde çok az yer aldığı sonucuna ulaşmışlardır (42). TNSA (2018) ve Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (TBSA) (2014) verilerine göre ülkemizdeki üç yaş altı çocuklara en çok verilen yiyeceklerin tahıllı ürünler olduğu ve 2-5 yaş arasındaki çocukların günlük aldıkları enerjinin %50.83'ünün karbonhidratlardan oluştuğu bildirilmektedir (43,44). Wolfenden ve arkadaşlarının (2012) araştırmasına göre, okul öncesi dönemdeki çocuklarda, meyve ve sebze tüketiminin önemini arttırmasına rağmen, hala tüketim oranının düşük olduğu bildirilmektedir (45).

Çocuğun büyüme gelişme sürecinde olumsuz sonuçlar doğuran, besin tüketiminde yeri olmamasına rağmen kolalı içecekler günümüzde çok fazla tüketilmekte ve çocuklarda yanlış beslenme alışkanlıklarına sebep olmaktadır (46). Bu bilgiler ışığında çocukların beslenme alışkanlıkları ile AGTE puan ortalamaları ve BKİ düzeyleri karşılaştırıldığında; süt, et, ekmek tüketen ve kola tüketmeyen çocukların AGTE puan ortalamalarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulundu (Tablo 2).

Araştırma Sınırlılıkları

Araştırma verilerinin çocukların ebeveynlerinin öznel cevaplarına dayanması ve verilerin sadece bir ilin üç merkez ilçesinde bulunan sekiz okul öncesi kurumdan toplanması sınırlılık oluşturmaktadır. Bu yüzden genellenemez.

Sonuçların Uygulamada Kullanımı

Sonuç olarak, bu çalışmada çocuklar için çok önemli bir dönem olan okul öncesi dönemdeki beslenme davranışlarının değişkenliği ve büyüme-gelişme sürecine olan etkisi vurgulanmaktadır. Çalışma çocuklarda olumlu ve olumsuz beslenme davranışlarının neler olduğu, büyüme ve gelişme sürecini nasıl etkilediği konusunda kanıtlar sunmaktadır. Bu kanıtların ebeveynlere ve öğretmenlere, çocuklar için sağlıklı beslenme davranışı geliştirmede ve sağlıklı diyet seçimi konusunda yarar sağlayacağı düşünülmektedir. Ayrıca çalışmanın çocuk ve aile sağlığı alanlarında çalışan hemşirelere okul öncesi dönemi beslenmeleri ile ilgili konularda farkındalık yaratacağı düşünülmektedir. Çalışma sonuçları doğrultusunda;

- Ailelere, okul yönetimine ve öğretmenlere planlı doğru ve sağlıklı beslenme eğitimlerinin yapılması,
- Çocukların belli aralıklarla büyüme ve gelişmelerinin izlenmesi ve değerlendirilmesi,
- Bu izlemlerin yapılması ve riskli durumlarda gerekli önlemlerin alınmasında önemli bir yeri olan okul sağlığı hemşirelerinin okullarda yer alması,
- Okulda yemek menülerini hazırlamaktan sorumlu kişilerin çocukların sosyoekonomik düzeylerini göz önüne alarak yeterli ve dengeli beslenme menüleri hazırlamaları,
- Okul öncesi kurumlarda diyetisyenlerin menü planlama yönetiminde çocukların beslenme ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde düzenlemeleri,
- Okul öncesi kurumlarda yemeklerin çocuklarla birlikte yapımı gibi etkinlikler,
- Beslenme zamanlarında öğretmenin çocuklarla birlikte yemek yemesi,
- Çocukların beslenme alışkanlıklarını ve davranışlarını birlikte değerlendiren ölçeklerin geliştirilmesi ve araştırmaların yapılması önerilmektedir.

Bilgilendirme

Yazarlar arasında herhangi bir çıkar çatışması yoktur. Yazarların Katkı Oranı Beyanı; Çalışma fikri ve tasarımı: R.A., S.B., veri toplama: R.A., veri analizi ve yorumlanması: S.B., R.A., makalenin taslağı: R.A., S.B., makalenin kritik revizyonu: S.B., kaynak taraması: R.A., S.B., araştırmanın bütçesi: R.A., S.B. Araştırma sürecinde herhangi bir projeden ya da firmadan destek alınmamıştır. Araştırmaya başlamadan önce etik kurul (07/11/2018-81578 sayılı etik kurul izni) ve yazılı kurum (77157353-821.99-E.18998239 sayılı kurum izni) izinleri alındı.

Kaynaklar

- Gözen, D. Çocuk Sağlığının Göstergesi: Büyümenin İzlenmesi. *Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi (HEAD)*, 2010;7(1): 5-13.
- Kobak, C. ve Pek, H. Okul Öncesi Dönemde (3-6 Yaş) Ana Çocuk Sağlığı ve Anaokulundaki Çocukların Beslenme Özelliklerinin Karşılaştırılması. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi* 2015;30(2): 42-55.
- UNICEF. Malnutrition. <https://data.unicef.org/topic/nutrition/malnutrition/#> 2018. Erişim tarihi: 16.07.2018.
- Aktaş, Ş., Kızıltan, G., & Avcı, S. Beslenme Eğitimi Müdahalesine Aile Katılımının Okul Öncesi Dönemdeki Çocukların Beslenme Durumlarına Etkisi. *İlköğretim Online*, 2019;44(199):415-431.
- Taşdemir Yiğitoğlu, G., Kıray Vural, B., Körükçü Ö. 4-5 Yaş Grubu Çocukların Sosyal Gelişim Düzeyleri İle Öz Bakım Becerileri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Kastamonu Eğitim Dergisi*, 2018;26(3): 897-905.
- Gürol Ekinci, M. Okul Öncesi Çocuklarda Beslenme. *Ayrıntı Dergisi*, 2019;5(59):1-4.
- Tedik, S. E. Fazla Kilo/Obezitenin Önlenmesinde ve Sağlıklı Yaşamın Desteklenmesinde Hemşirenin Rolü. *Türkiye Diyabet ve Obezite Dergisi*, 2017;1(2): 54-62.
- Kim, S. Y., & Cha, S. M. Evaluation Of Dietary Behaviors Of Preschool Children İn Seoul And Gyeonggi-Do Associated With The Level Of Parents' Health Consciousness: Using Nutrition Quotient For Preschoolers (NQ-P). *Nutrition Research And Practice*, 2020;15(2): 248.
- Patel, V., Romano, M., Corkins, M.R., Dimaria-Ghalili, R.A., Earthman, C., Malone, A., Et Al. Nutrition Screening And Assessment İn Hospitalized Patients: A Survey Of Current Practice İn The United States. *Nutr Clin Pract*. 2014;29: 483-90.
- Smith, S., Elias, B.L., Baernholdt, M. The Role Of İnterdisciplinary Faculty İn Nursing Education: A National Survey. *Journal of Professional Nursing*, 2019;35(5): 393-397.
- Menekli, T., & Fadiloğlu, Ç. Beslenme Değişim Süreçleri Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirliği. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 2012;19(2): 1-21.
- Selwood, K., Ward, E., & Gibson, F. Assessment and management of nutritional challenges in children's cancer care: a survey of current practice in the United Kingdom. *European Journal of Oncology Nursing*, 2010;14(5): 439-446.
- Polat, S., & Erci, B. Psychometric properties of the Child Feeding Scale in Turkish mothers. *Asian nursing research*, 2010;4(3): 111-121.
- Gower, J. R., Moyer-Mileur, L. J., Wilkinson, R. D., Slater, H., & Jordan, K. C. Validity and reliability of a nutrition knowledge survey for assessment in elementary school children. *Journal of the American Dietetic Association*, 2010;110(3): 452-456.
- Erdim, L., Ergün, A., & Kuşuoğlu, S. Okulçağı Çocuklarında Çocuk Beslenme Anketinin Geçerlik ve Güvenirliği. *Clinical and Experimental Health Sciences*, 2017;7(3): 100-106.
- Arslan, N., Akbaş, A., Kameri, M., Korkmaz, Ö., Polat, B., & Aydın, A. Sağlıklı Süt Çocuklarında Beslenme Tipleri Ve Annelerin Bebek Beslenmesi Uygulamaları: Anket Çalışması. *DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 2007; 21(1): 1-5.
- Karataş, N. Araştırmada Örneklem. İçinde İ. Erefe (Ed.), *Hemşirelikte Araştırma İlke Süreç ve Yöntemleri*. Ankara, Odak Ofset Baskı: 2004;125-138.
- Savaşır I, Sezgin N, Erol N. Ankara Gelişim Tarama Envanteri (Ankara Development Screening Inventory). Ankara: Rekmay Ltd.Şti. 1998.
- Neyzi, O., Günöz, H., Furman, A., Bundak, R., Gökçay, G., & Darendeliler, F. Türk çocuklarında vücut ağırlığı, boy uzunluğu, baş çevresi ve vücut kitle indeksi referans değerleri. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 2008;51(1): 1-14.
- Menekşe, D., & Balcı, S. Effect of Body Mass Index andWaist-Hip Ratio on Blood Pressure in Adolescents: A Descriptive and Correlational Study. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri*, 2017;9(2): 99-106.
- Yeşil, E., Özdemir, M., Çolak, G. A., & Aksoydan, E. Bel/Boy Oranı ve Diğer Antropometrik Ölçümlerin Kronik Hastalık Riski İle İlişkinin Değerlendirilmesi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2019;2: 241-246
- Özkoçak, V., Hınçal, S. H., Gültekin, T., & Bektaş, Y. 5-14 Yaş Grubu Çocukların Antropometrik Değerleri Ve Somatotipik Özellikleri. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 2018;67: 53-61.
- Pelt, G., Levitt, E., Thairu, L. Improving feeding practices: current patterns, common constraints, and the design of interventions. *Food Nutrition Bull*, 2003;24: 45-82.
- Çamurdan, A. D. Bebeklikten Okul Öncesi Döneme Kadar Vitamin-Mineral Desteği. *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi*, 2007;1(2): 52-59.
- Terzi A. Ö. Bir-Üç Yaş Grubu Sağlıklı Çocuklarda Beslenme Alışkanlıkları ve Günlük Posa Alım Düzeyleri. Yüksek Lisans Tezi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hacettepe Üniversitesi, Ankara. 2005.
- Mutlu, B., Yıldız, S., Balcı, S., Erkut, Z. 1-2 Yaş Grubu Çocuğu Olan Annelerin Beslenme Konusundaki Uygulamaları. *Uluslararası Hakemli Beslenme Araştırmaları Dergisi*, 2017; 9: 65-77.
- Mortensen, E.L., Michaelsen, K.F., Sanders, S.A., Reinisch, J. M. The Association Between Duration Of Breastfeeding And Adult Intelligence. *The Journal Of The American Medical Association*, 2002;287(18): 2365-2371.
- Tunçlıç, M., Aydın, N., & Küğcümən, G. Anne Sütü Ve Emzirmenin Yenidoğan Üzerine Etkisi Ve Ebelik Yaklaşımı. *Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2019;(4)3: 1-8.
- WHO. 10 Facts On Breastfeeding, 2017.<https://www.who.int/topics/breastfeeding/en/> <https://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/en/> Erişim Tarihi: 13.10.2019.
- Victora, C., Bahl, R., Barros, A., Franca, G.V.A, Horton, S., Krasevec, J., Murch, S., Sankar, M. J., Walker, N., & Rollins, N.C. Breastfeeding in the 21st Century: Epidemiology, Mechanisms and Lifelong Effect. *The Lancet* 2016;387(10017): 475-490.

31. TNSA. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü Ankara, Türkiye, Kasım 2019. Erişim Tarihi: 13.10.2019. http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/TNSA2018_ana_Rapor.pdf
32. Yılmazbaş, P., Kural, B., Uslu, A., Sezer, G., & Gökçay, G. Annelerin Gözünden Ek Besinlere Başlama Nedenleri Ve Annelerin Mamalar Hakkındaki Düşünceleri. İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi, 2015;78(3): 76-82.
33. Szajewska H., Ruszczyński M. Systematic Review Demonstrating That Breakfast Consumption Influences Body Weight Outcomes In Children And Adolescents In Europe. Crit Rev Food Sci Nutr. 2010;50: 113-119.
34. Mesas AE., Munoz-Pareja M., Lopez-Garcia E., Rodriguez-Artalejo F. Selected Eating Behaviours And Excess Body Weight: A Systematic Review. Obes Rev. 2012;13: 106-135.
35. Molgaard, C. Larnjaer, A., Arnberg, K., Michaelsen, K. H., Milk and Growth in Children: Effect of Whey and Casein. Milk and Milk Products in Human Nutrition. 2011; 67: 67-78.
36. Cox, B., Sneyd, M. J. School Milk And Risk Of Colorectal Cancer: A National Case-Control Study. American Journal Of Epidemiology, 2011;173(4): 394-403.
37. TC. Sağlık Bakanlığı. Temel Besin Grupları. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Dairesi Başkanlığı. Beslenme. Erişim Tarihi: 13.10.2019. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/beslenme/temel-besin-gruplari.html>, 2017.
38. Gates, M., Rhona, M., Hanning, R. D. Allison, G., McCarthy, D. D., Leonard, J., Tsuji, S. Assessing the impact of pilot school snack programs on milk and alternatives intake in 2 remote First Nation communities in northern Ontario, Canada. Journal of School Health, 2013;83(2): 69-76.
39. Gidding, S. S., Dennison, B. A., Birch, L. L., Daniels, S. R., Gilman, M. W., Lichtenstein, A. H., ... & Van Horn, L. Dietary recommendations for children and adolescents: a guide for practitioners. Pediatrics, 2006;117(2): 544-559.
40. Çelebi, Ş., Karaca, H. Yumurtanın Besin Değeri, Kolesterol İçeriği Ve Yumurtayı N-3 Yağ Asitleri Bakımından Zenginleştirmeye Yönelik Çalışmalar. Atatürk Üniversitesi Ziraat Fakültesi Dergisi, 2006;37(2): 257-265.
41. Ersoy, G., Rakıcıoğlu N., Karabudak E. ve ark. Türkiye Beslenme Rehberi 2015 (TÜBER Bölüm 8: Yaşam Sürecinde Beslenmenin Önemi ve Enerji Dengesi. T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara: 2016;1031: 101-118.
42. Atli, S., Osmanoğlu, N. Okul Öncesi Eğitim Kurumlarında Uygulanan Beslenme Menülerinin Sağlıklı Beslenme Açısından Değerlendirilmesi. Yüzüncü Yıl Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 2021;18(2): 691-711.
43. TNSA. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü Ankara, Türkiye, Kasım 2014. Erişim Tarihi: 13.10.2019. http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA_2013_ana_rapor.pdf
44. TC. Sağlık Bakanlığı. Beslenme Durumu ve Alışkanlıkların Değerlendirmesi Sonuç Raporu. ISBN: 978-975-590-483-2. T.C. Sağlık Bakanlığı 2014, Yayın No: 931 Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü Yayın No: SB-SAG-2014/02. Erişim Tarihi: 13.10.2019. <https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/saglikli-beslenme-hareketli-hayat-db/Yayinlar/kitaplar/diger-kitaplar/TBSA-Beslenme-Yayini.pdf>
45. Wolfenden, L., Wyse, R. J., Britton, B. I., Campbell, K. J., Hodder, R. K., Stacey, F. G., ... & James, E. L. Interventions For Increasing Fruit And Vegetable Consumption In Children Aged 5 Years And Under. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2012; 14: 11.
46. Gharib N, Rasheed P. Energy and macronutrient intake and dietary pattern among school children in Bahrain: a cross-sectional study. Nutr J. 2011;5(1): 10-62.

Hemşirelerin Göçmen Bireylere Bakım Verirken Yaşadıkları Sorunlar ve Çözümüne Yönelik Öneriler

 Ayşe ÇAL¹  Figen ÇAVUŞOĞLU²  İlkur AYDIN AVCI³

¹Asst. Prof., Ankara Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Ankara.

²Asst. Prof., Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Samsun.

³Prof., Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Samsun.

Öz

Giriş: Göçmen bireylerin sayıca hızlı artışına paralel artan sağlık gereksinimlerinin karşılanabilmesi sağlık bakım hizmetinin sunumunu etkilemektedir. **Amaç:** Bu çalışma hemşirelerin göçmen bireylere bakım verirken yaşadıkları sorunları ve çözüme yönelik önerileri belirlemek amacıyla yürütülmüştür. **Yöntem:** Tanımlayıcı tipte olan araştırmanın örneklemini Karadeniz bölgesindeki bir hastanede görev yapan 339 hemşire oluşturmaktadır. Verilerinin toplanmasında araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda oluşturulan anket formu kullanılmıştır. Verilerin analizi SPSS 22 programında, tanımlayıcı istatistikler, Kruskal Wallis, Man Whitney U ve Spearman korelasyon testi kullanılarak yapılmıştır. **Bulgular:** Çalışmada hemşirelerin %87.9'unun daha önce göçmen bireye bakım verdiği, %90.6'sının bakımda zorlandığı görülmüştür. Hemşirelerin göçmen bireye bakım vermede kendilerini orta düzeyde yeterli hissettikleri ve bakım vermede en çok karşılaşılan sorunların dil engeli (%95.3), bireysel hijyen eksikliği (%44.5), sağlık eğitimi verme (%38.6) olduğu görülmüştür. Göçmen birey ile iletişim kurmada kendilerini orta düzeyin biraz altında yeterli bulmuşlardır. Yaşanan bu sorunlara geliştirdikleri çözüm yöntemleri ise büyük oranda tercüman (%80.8) ve beden dili (%52.8) olmuştur. Hemşirelerin çalıştığı servis, göçmen bireye bakım verme deneyimi ve bakımda zorluk yaşama durumları ile kendini bakımda yeterli hissetme durumu anlamlı düzeyde ilişkili bulunmuştur. **Sonuç:** Hemşirelerin göçmen bireylerin kültürel uygulamalarını tanıma ve iletişim kurmada sorun yaşadıkları belirlenmiştir. Kendilerini iletişim kurmada yeterli hisseden hemşirelerin bakım vermede de daha yeterli oldukları görülmüştür. Bu doğrultuda hemşirelerin özellikle farklı kültüre sahip bireylere bakım vermeye yönelik eğitim almaları önerilebilir. Sağlık kurumlarında göçmen bireylerle iletişimi sağlayıp sürdürecekt profesyonel ekiplerin oluşturulması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hemşire, Göçmen, Mülteci/Sığınmacı, Hemşirelik Bakımı, Problem, Öneri.

Abstract

Problems Experienced by Nurses While Providing Care to Immigrants and Suggestions for Solutions

Background: Meeting immigrants' healthcare needs, which have been increasing in parallel with the rapid increase in their numbers, affects the delivery of healthcare needs negatively. **Objectives:** This study was conducted to find out nurses' problems while caring for immigrants and their suggestions for solutions. **Methods:** The sample of this descriptive study consists of 339 nurses working in a hospital in Black Sea Region. A questionnaire form prepared by the researchers in line with literature was used in data collection. The data were analysed with descriptive statistics, Kruskal Wallis, Mann Whitney U and Spearman correlation test by using SPSS 22 program. **Results:** In the study, it was found that 87.9% of the nurses had previously provided care for an immigrant and 90.6% had difficulties in care. It was found that nurses felt moderately sufficient in providing care to immigrants and the problems most faced in providing care were language barrier (95.3%), lack of personal hygiene (44.5%) and providing health education (38.6%). Nurses considered themselves competent just below intermediate level in communicating with immigrants. The solution methods nurses developed to these problems were translator (80.8%) to a great extent and body language (52.8%). The services nurses worked in, their experiences in providing care to immigrants and the states of experiencing difficulty in care were found to be significantly associated with nurses' feeling competent in care. **Conclusion:** It was found that nurses experienced problems in knowing cultural practices of immigrants and communicating. It was seen that nurses who felt competent in communication were also more competent in providing care. Therefore, it can be recommended for nurses to receive training in providing care to individuals from different cultures. It is recommended to form professional teams in health institutions to communicate and maintain communication with immigrants.

Key Words: Nurse, Immigrant, Refugee, Nursing Care, Problem, Suggestion.

Geliş Tarihi / Received: 08.10.2020 **Kabul Tarihi / Accepted:** 06.04.2022

Correspondence Author: Asst. Prof., Ankara Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Ankara.
Türkiye. Telefon: +905324727550 E-posta: aysecaloglu@hotmail.com

Cite This Article: Çal A, Çavuşoğlu F, Aydın Avcı İ. Hemşirelerin Göçmen Bireylere Bakım Verirken Yaşadıkları Sorunlar ve Çözümüne Yönelik Öneriler Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 2022; 15(2):197-206.



Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi 2021 Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License

İnsanlar küreselleşme, savaşlar, yetersiz ve kötü çalışma koşulları, kentleşme, iklim değişiklikleri, yoksulluk ve daha iyi bir gelecek arayışı ile göç etmektedir (1). Bu durum sağlık hizmetlerinin sunumunda kültürel çeşitliliği beraberinde getirmekte ve hemşirelikte küresel bir bakış açısı gerektiren "kültürlerarası hemşirelik" kavramını öne çıkarmaktadır (2). Bireylere dili, dini, etnik kökeni veya kültürel özelliklerine bakılmaksızın sağlık bakım hizmeti sunmak hemşirelerin mesleki sorumlulukları arasındadır (3). Hemşireler farklı kültürlerle sahip hastalara etkin bütüncül bakım sunabilmek için kültürlerarası yaklaşıma sahip olmalıdır (4). Göçle gelen bireylerin sağlık durumlarını etkileyen faktörlere ve yaşadığı sorunlara duyarlı hemşireler, gerekli eğitim ve danışmanlığı hemşirelik bakım uygulamalarına dahil ederek etkin bir sağlık hizmeti sunabilirler (5).

Birleşmiş Milletler DESA raporuna göre dünyada 2000 yılında 172 milyon uluslararası göçmen varken bu oran 2019 yılında 272 milyona ulaşmış ve göçmenlerin yarısından fazlasının (%56) gelişmiş ülkelerde yaşadığı belirtilmiştir (6). Birleşmiş Milletler Mülteci Örgütü'nün raporuna göre Türkiye'de çoğunluğu Suriyeli olmak üzere toplam dört milyon mülteci bulunmaktadır (7). Türkiye'de geçici koruma kapsamında bulunan göçmenler Başbakanlık İl Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı ve Sağlık Bakanlığı tarafından 2015 yılında yayınlanan genelge kapsamında birinci basamak ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinden ücretsiz olarak faydalanabilme hakkına sahiptirler (8, 9).

Göçmen, mülteci ve sığınmacı kavramları sosyolojik açıdan benzerlik gösterip birbiri yerine kullanılıyor olsa da farklı anlamlar taşır. Mülteci, vatandaşı olduğu ülkeyi çeşitli sebeplerle zulme uğrayacağı korkusuyla terk etmek zorunda kalan ve bu korku sebebiyle ülkesine geri dönemeyen vatansız kişiye verilen hukuki bir statüdür. Sığınmacı, mülteci olduğu iddiası ile ülkesini terk eden ancak gittiği ülkede henüz mültecilik başvurusu sonuçlanmamış kişiyi ifade eder. Göçmen ise, çeşitli sebeplerle kendi ülkesini terk ederek daha iyi bir yaşam umuduyla başka bir ülkeye yerleşen kişiye denir (9). Bu çalışmada dış göçle gelen bireyler ele alınmış ve genel olarak göçmen kavramı kullanılmıştır.

Göç olgusu siyasal, kültürel, ekonomik ve sosyolojik açıdan bireyleri ve toplumu etkilediği gibi bir takım sağlık sorunlarını da beraberinde getirmektedir. Göçmenlerin barınma ve beslenme gereksinimlerini karşılama güçlüğü, sağlık hizmetlerine erişim problemleri ve şiddet olaylarına maruz kalma gibi zorlu yaşam koşulları, onları daha savunmasız ve dezavantajlı bir grup haline getirmektedir (10, 11). Çoğunlukla göçmen bireyler bulaşıcı hastalıklar, ruhsal sorunlar, beslenme bozuklukları, çocuklarda büyüme ve gelişme sorunları, üreme sağlığı sorunları, kronik hastalıklar ve komplikasyonları ile karşı karşıya kalmaktadırlar (1, 9, 10, 12, 13). Göçmen sayısındaki beklenmedik artışa paralel artan sağlık taleplerinin karşılanabilmesi sağlık sistemini olumsuz etkilemektedir (14). Sağlık profesyonellerinin sayıca yetersizliği, tıbbi ekipmanların ve hastanedeki yatak sayılarının yetersiz oluşu hem göçmenler hem de ülke vatandaşları için sağlık bakım kalitesini negatif yönde etkileyecek sonuçlar doğurmaktadır (1, 8).

Göçmen bireylerin sağlık hizmeti alma sürecinde sıklıkla karşılaştığı sağlık personeli hemşirelerdir. Aynı zamanda hemşireler göçmenlerin sağlığını koruma ve iyileştirmede temel insan gücü olarak gösterilmektedir (13, 15). Bu nedenle hemşirelerin göçmen bireylere bakım verme durumları, yaşadıkları sorunlar ve onların gözünden çözüm önerilerinin neler olduğuna ilişkin araştırmaların varlığına ihtiyaç duyulmaktadır. Literatürde hemşirelerin ve diğer sağlık çalışanlarının göçmen bireylere bakım verirken yaşadığı sorunları ele alan sınırlı sayıda çalışmaya rastlanmaktadır (12, 13, 16-19). Bu çalışmalarda sağlık hizmeti sunumunda karşılaşılan sorunların kültürel farklılıklar, iletişim ve hastane hizmetleri ile ilgili engeller başlıkları altında toplandığı görülmüştür. Hemşirelerin bakım verirken karşılaştığı sorunları içeren daha fazla sayıda çalışmanın yapılması, belirlenen güçlüklerle dikkat çekilerek çözüm önerilerinin hayata geçirilmesine gereksinim duyulmaktadır. Sağlık hizmetlerinin sunumunda önemli bir yere sahip olan hemşirelerin toplumda dezavantajlı bir konumda olan göçmen bireylere daha kaliteli bakım verebilmesi, göçmen bireylerin sağlığının korunması ve geliştirilmesi toplum sağlığı açısından oldukça önemlidir.

Araştırmanın amacı:

Bu çalışma hemşirelerin göçmen bireylere bakım verirken yaşadıkları sorunları ve çözüme yönelik önerileri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Araştırma soruları:

- Hemşirelerin göçmen bireylere bakım verirken yaşadıkları sorunlar ve bakım vermeye yönelik yeterlilik algıları nasıldır?
- Hemşirelerin bakım vermeye yönelik yeterlilik algılarını etkileyen faktörler nelerdir?
- Hemşirelerin göçmen bireylere bakım verirken karşılaştıkları sorunlara yönelik çözüm önerileri nelerdir?

Yöntem

Araştırmanın Tipi

Çalışma tanımlayıcı araştırma tasarımında yürütülmüştür.

Araştırmanın Yapıldığı Yer

Araştırma Samsun ilinde bir eğitim ve araştırma hastanesinde Ocak-Nisan 2017 tarihleri arasında tamamlanmıştır.

Araştırmanın Evreni/Örnekleme

Araştırmanın evrenini Samsun ilindeki bir eğitim araştırma hastanesinde görev yapan 501 hemşire oluşturmaktadır. Evreni bilinen örneklem hesabı formülüne göre; incelenen olayın sıklığı Cohen'in etki büyüklüğüne göre %50 olarak kabul edilmiş ve yapılan hesaplamada, .05 hata ve %95 güven seviyesinde 218 hemşire araştırmada ulaşılması gereken minimum örneklem sayısıdır (20, 21). Araştırmanın dahil edilme kriterleri; araştırmanın yapıldığı eğitim araştırma hastanesinde hemşire olarak görev yapıyor olmak, veri toplama tarihlerinde izinli veya raporlu olmamak, 18 yaş üstü olmak, çalışmaya katılmaya gönüllü olmaktır. Araştırmada örneklem seçimine gidilmeyerek evrenin tamamına ulaşılması hedeflenmiş olup, araştırmanın dahil etme kriterlerine uygun 339 hemşire (evrenin %67.66'sı) örneklem grubunu oluşturmuştur.

Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda (Eklöf ve ark., 2015; Aygün ve ark., 2016; Korkmaz, 2016) geliştirilen soru formu yaş, cinsiyet, medeni durum, çalışma süresi gibi tanıtıcı özellikleri içeren yedi soru; göçmen bireye bakım verme deneyimi, karşılaşılan güçlükler ve çözüm yollarına ilişkin 11 soru; göçmen bireye bakım verme ve iletişim kurmada kendini yeterli hissetme durumunu değerlendiren; sıfır (çok kötü) ile 10 (çok iyi) arasında puanlanan iki adet dereceleme sorusu olmak üzere toplam 20 soru içermektedir. Soru formuna ilişkin göçmen sağlığı alanında çalışmalar yürüten halk sağlığı, psikiyatri ve psikoloji alanında uzman kişilerden görüş alınmış ve gerekli düzenlemeler yapılarak son hali verilmiştir.

Verilerin Toplanması

Araştırmada kullanılan soru formu 10 kişilik bir grupta ön uygulama yapılarak değerlendirilmiş, ön uygulama sonucunda herhangi bir düzeltmeye gerek duyulmadan tüm gruba uygulanmıştır. Ön uygulamaya katılan hemşireler örneklem dışı bırakılmıştır. Veriler, araştırmanın yapıldığı tarihlerde ilgili hastanede görev yapan hemşirelere gündüz mesai saatleri içerisinde ulaşılarak toplanmıştır. Veri toplama süresi 5-10 dk sürmüştür.

Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmada hemşirelerin göçmen bireye bakım vermeye yönelik yaşadıkları sorunlar bağımlı değişkendir. Hemşirelerin yaşı, cinsiyeti, serviste çalışma yılı, daha önce göçmen bireye bakım verme durumu, bakım verirken güçlük yaşama durumu ve çalıştıkları klinikler ise araştırmanın bağımsız değişkenleridir.

Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmanın verileri SPSS 22 programı (IBM Corporation, Armonk, NY, USA) kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin normalliği Kolmogorov-Smirnov testi, güvenilirlik analizi Cronbach alfa katsayısı ile değerlendirilmiş ve istatistiksel olarak .05 değeri anlamlı kabul edilmiştir. Tanıtıcı özelliklerin sunumunda sayı, yüzde, aritmetik ortalama, minimum ve maksimum değerler, verilerin analizinde Kruskal Wallis ve Mann Whitney U testi ile Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır.

Araştırmanın Etik Yönü

Katılımcıların çalışmaya dahil edilmesinde gönüllülük esası gözetilmiştir. Araştırmanın yapılabilmesi için ilgili Üniversitenin Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay (Etik kurul numarası: B.30.2.ODM.0.20.08/1474, tarih:15.03.2017) ve ilgili eğitim ve araştırma hastanesinden kurum izni alınmıştır. Araştırmanın amacı, katılımın gönüllülük esasındayandığı, bilgilerinin gizli tutulacağı ve araştırma sonunda elde edilen verilerin yalnızca bilimsel amaçlı kullanılacağı katılımcılara bildirilmiştir. Araştırmanın tüm aşamalarında Helsinki bildirgesindeki etik ilkelere uyulmuştur.

Bulgular

Çalışmaya katılan hemşirelerin yaş ortalaması 36.5 ± 8.1 (min=18, max=55), %86.7'si kadın ve %78.5'i evlidir. Hemşirelerin %39.5'i dahili servislerde, %31.9'u yoğun bakım servislerinde, %15.3'ü cerrahi servislerde, %7.7'si acil servislerde ve %5.7'si poliklinikte görev yapmakta olup, meslekte toplam çalışma süresi 14.9 ± 9.0 ve şu an çalıştığı servisteki çalışma süresi 5.0 ± 4.9 'dur (Tablo 1).

Tablo 1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri (n=339)

Tanıtıcı Özellikler	$\bar{x} \pm SS$	n	%
Yaş	36.5 ± 8.1 (min=18, max=55)		
Meslekte toplam çalışma süresi	14.9 ± 9.0 (min=6 ay, max=35 yıl)		
Şu an çalıştığı servisteki çalışma süresi	5.0 ± 4.9 (min=6 ay, max=25 yıl)		
Cinsiyet			
Kadın	294		86.7
Erkek	45		13.3
Medeni Durum			
Evli	266		78.5
Bekar	73		21.5
Çalıştığı servis			
Dahili servis	134		39.5
Yoğun bakım	52	108	31.9
Cerrahi servis	26		15.3
Acil servis	19		7.7
Poliklinik			5.6

\bar{x} : Ortalama, SS: Standart sapma, n: Sayı

Tablo 2. Hemşirelerin Göçmen Bireye Bakım Verme ile İlişkili Özellikleri

Özellikler	$\bar{x} \pm SS$	
Göçmen bireye bakım vermede yeterli hissetme	5.7±2.6 (min=0, max=10)	
Göçmen bireyle iletişimde yeterli hissetme	4.2±2.2 (min=0, max=10)	
	n	%
Göçmen bireye bakım verme (n=339)		
Veren	298	87.9
Vermeyen	41	12.1
Bakım verirken zorluk yaşama (n=298)		
Yaşayan	270	90.6
Yaşamayan	28	9.4
Göçmen bireylerin hastaneye başvuru nedenleri*		
Kas iskelet sistemi sorunları	147	21.9
Kazalar	105	15.7
Gribal enfeksiyonlar	100	14.9
Enjeksiyon uygulamaları	97	14.5
Kronik hastalıklar	87	13.0
Gastroenterit	87	13.0
Şiddet	25	3.7
Ana çocuk sağlığı hizmetleri	22	3.3
Sağlık güvencesi olmaması nedeniyle karşılaşılan sorunlar*		
Sorun yok	54	40.6
Sağlık hizmeti ücretinin karşılanmaması	33	24.8
Tedavide aksaklık/yeterli tetkik istememe	29	21.8
Tedaviyi reddetme	9	6.8
Zaman kaybı	8	6.0
Yaşanan sorunların göç edilen ülkeye göre farklılığı (n=339)		
Var	148	43.7
Yok	192	56.3
Kullanılan iletişim yöntemleri*		
Tercüman yardımı alma	279	52.4
Beden dili kullanma	179	33.6
Türkçeyi bildiği kadarıyla kendini anlatmasına fırsat verme	53	9.9
Hastanın dilinde bildiği kelimeleri kullanma	22	4.1
Hemşirelerin bakım vermeye yönelik destek gereksinimleri*		
Tercüman	143	66.5
Dil ve sözsüz iletişim tekniklerini öğrenme	39	18.1
Göçmen bireylere dil eğitimi verme	19	8.8
Bakımda gönüllülüğün esas alınması	7	3.3
Hastanelerde göçmen birimlerinin kurulması	7	3.3

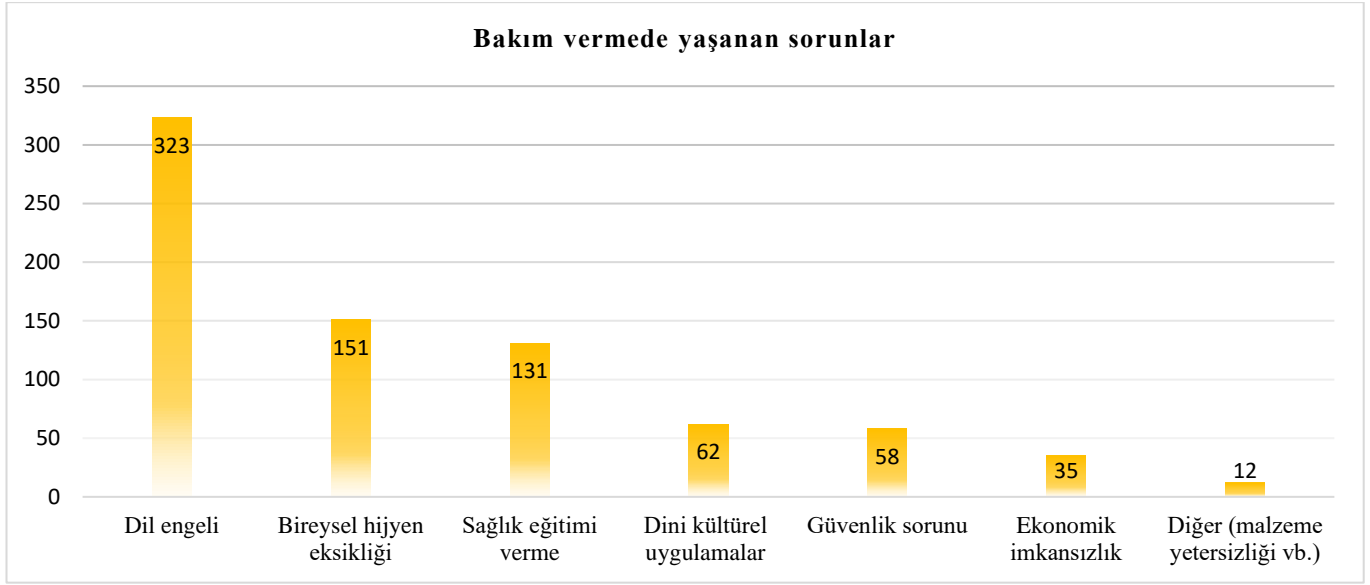
*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

\bar{X} : Ortalama, SS: Standart sapma, n: Sayı

Çalışmaya katılan hemşireler göçmen bireylere bakım verme konusunda kendilerini orta düzeyde (5.7±2.6) yeterli hissederken; iletişim kurmada orta düzeyin biraz altında (4.2±2.2) yeterli hissetmektedirler. Hemşirelerin %87.9'u daha önce göçmen bireye bakım vermiş olup, %90.6'sı göçmen bireye bakım hizmeti verirken zorluk yaşamıştır. Göçmen bireylerin sağlık hizmeti almak için hastaneye başvuru nedenleri sırasıyla kas iskelet sistemi sorunları (%21.9), kazalar (%15.7), gribal enfeksiyonlar (14.9), enjeksiyon uygulamaları (%14.5), kronik hastalıklar (%13.0), gastroenterit (%13.0), şiddet (%3.7) ve ana çocuk sağlığı hizmetleri (%3.3) olarak sıralanmaktadır. Hemşirelerin %56.3'ü yaşanan sorunların göçmen bireylerin geldikleri ülkelere göre değişiklik göstermediğini belirtmektedir. Ayrıca hemşireler sağlık güvencesi olmaması nedeniyle göçmen bireylerin %40.6'sında herhangi bir sorun yaşanmadığını, %24.8'inde sağlık hizmeti ücretinin karşılanmadığını, %21.8'inde tedavide aksaklık/yeterli tetkik istenmediğini, %6.8'inde tedaviyi reddetme ve %6.0'ında zaman kaybı sorunu yaşandığını bildirmiştir (Tablo 2).

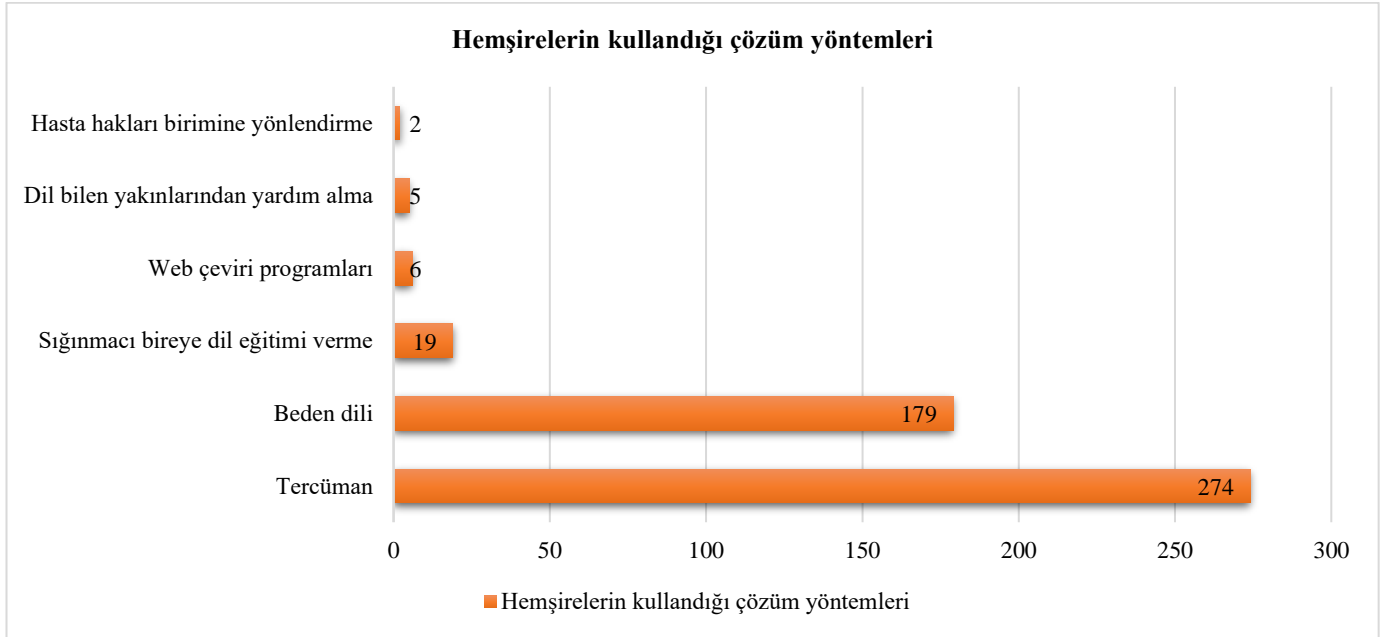
Hemşirelerin göçmen bireye sağlık hizmeti sunarken kullandığı iletişim yöntemleri, tercüman yardımı alma (%52.4), beden dili kullanma (%33.6) ve Türkçeyi bildiği kadarıyla kendini anlatmasına fırsat verme (%9.9) ve hastanın dilinde bildiği kelimeleri

kullanmadır (%4.1). Hemşirelerin sağlık bakım hizmeti sunmada gereksinim duyduğu alanlar sırasıyla tercüman (%66.5), dil ve sözsüz iletişim tekniklerini öğrenme (%18.1), göçmen bireylere dil eğitimi verme (8.8), bakımda gönüllülüğün esas alınması (%3.3) ve hastanelerde göçmen birimlerinin kurulması (%3.3) şeklinde sıralanmıştır (Tablo 2).



Şekil 1. Hemşirelerin Göçmen Bireye Bakım Vermede Karşılaştıkları Sorunlar

Hemşirelerin göçmen bireylere bakım vermede karşılaştıkları sorunların başında dil engeli (%95.3) gelmekte ve yaşanan sorunlar sırasıyla bireysel hijyen eksikliği (%44.5), sağlık eğitimi verme (%38.6), dini kültürel uygulamalar (%18.2), güvenlik sorunu (%17.1), ekonomik imkansızlık (%10.3) ve diğer sorunlardır (%3.5) (Şekil 1).



Şekil 2. Hemşirelerin Göçmen Bireye Bakım Vermede Karşılaştıkları Sorunlara Yönelik Kullandığı Çözüm Yöntemleri

Hemşirelerin sağlık bakım hizmeti sunumu sırasında yaşanan bu sorunlara karşı kullandıkları çözüm yöntemleri sorgulanmış ve büyük oranda tercüman (%80.8) ve beden dilini (%52.8) kullandıkları görülmüştür (Şekil 2).

Tablo 3. Hemşirelerin Bazı Özellikleri ile Göçmen Bireye Bakım Vermede ve İletişimde Yeterli Hissetme Durumlarının Karşılaştırılması

Özellikler	Bakım vermede yeterlilik algısı			İletişimde yeterlilik algısı		
	$\bar{X}\pm SS$	İstatistik	p	$\bar{X}\pm SS$	İstatistik	p
Cinsiyet						
Kadın	5.6±2.6	U=6261.00	.561	4.1±2.2	U=5596.50	.092
Erkek	5.9±2.6			4.7±2.5		
Çalıştığı servis						
Dahili servis	5.5±2.7	KW=10.46	.033*	3.8±2.1	KW=14.26	.007**
Yoğun bakım	5.8±2.6			4.2±2.1		
Cerrahi servis	6.2±2.1			5.1±2.4		
Acil servis	6.0±2.5			4.8±2.7		
Poliklinik	4.2±2.2			3.4±1.7		
Göçmen bireye bakım verme						
Veren	5.9±2.6	U=3922.00	.001**	4.2±2.3	U=5221.50	.127
Vermeyen	4.3±2.1			3.7±1.7		
Bakım verirken zorluk yaşama						
Yaşayan	5.7±2.6	U=2613.00	.007**	4.1±2.2	U=1997.00	.001**
Yaşamayan	7.0±2.3			5.9±2.2		

*p<.05, **p<.001, \bar{X} : Ortalama, SS: Standart sapma, U: Mann-Whitney U testi, KW: Kruskal Wallis testi

Hemşirelerin göçmen bireye bakım vermede ve iletişimde yeterli hissetme durumları ile cinsiyet, çalıştığı servis, daha önce göçmen bireye bakım verme ve bakım verirken zorluk yaşama durumları karşılaştırılmıştır. Cinsiyete göre hemşirelerin bakım vermede ve iletişimde kendilerini yeterli hissetme durumları arasında fark bulunmamıştır (p>.05).

Hemşirelerin göçmen bireye bakım verme ve iletişimde kendilerini yeterli hissetme durumları çalıştığı servise göre farklılık göstermektedir (p<.05). Bakım verme ve iletişimde yeterlilik algı puan ortalamaları en yüksek cerrahi serviste çalışan hemşirelerde sırasıyla 6.2±2.1, 5.1±2.4; en düşük ise poliklinikte çalışan hemşirelerde sırasıyla 4.2±2.2, 3.4±1.7 olarak elde edilmiştir. Yapılan post hoc incelemede cerrahi ve poliklinik hemşireleri arasında farkın anlamlı olduğu saptanmıştır (p<.05).

Daha önce göçmen bireye bakım veren hemşirelerin bakım verme yeterliliği göçmen bireye bakım vermeyen hemşirelere göre anlamlı düzeyde yüksektir (p<.001). Göçmen bireye bakım verme hemşirelerin iletişimde yeterlilik algısını etkilememiştir (p>.05).

Hemşirelerin göçmen bireye bakım verme ve iletişim yeterlilik algıları daha önce göçmen bireye bakım vermede zorluk yaşama durumuna göre farklılık göstermektedir. Göçmen bireye bakım verirken zorluk yaşamayan hemşirelerin hem bakım vermede hem de iletişimde kendilerini daha fazla yeterli hissettikleri belirlenmiştir (p<.001) (Tablo 3).

Tablo 4. Hemşirelerin İletişim Yeterliliği ile Göçmen Bireye Bakım Verme Yeterliliği ve Serviste Ortalama Çalışma Yılı Arasındaki İlişki

	Göçmen bireyle iletişimde yeterli hissetme
Göçmen bireye bakım vermede yeterli hissetme	r= .487; p<.001
Serviste ortalama çalışma süresi	r= -.127; p<.05

r: Spearmen korelasyon katsayısı

Göçmen bireye bakım vermede kendini yeterli hissetme ile göçmen bireyle iletişim kurmada yeterli hissetme arasında pozitif yönlü orta düzeyde bir ilişki vardır ($r = .49$; $p < .001$). Serviste ortalama çalışma süresi ile iletişimde kendini yeterli hissetme arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($r = -.13$; $p < .05$). Göçmen bireyle iletişimde kendini yeterli hissetme ile yaş ($r = .06$) ve meslekte toplam çalışma yılı ($r = .09$) arasında; göçmen bireye bakım vermede kendini yeterli hissetme durumu için ise yaş ($r = .08$), toplam çalışma yılı ($r = .09$) ve serviste çalışma yılı ($r = -.01$) arasındaki istatistiksel ilişki sorgulanmış ve anlamlı bulunmamıştır ($p > .05$) (Tablo 4).

Tartışma

Araştırmaya katılan hemşirelerin %87.9'unun daha önce göçmen bireye bakım verdiği ve karşılaşılan güçlükler arasında dil engeli (%95.3), bireysel hijyen eksikliği (%44.5) ve sağlık eğitimi verme sırasında yaşanan sorunların (%38.6) öne çıktığı görülmüştür. Akkoç, Tok (12) sağlık personelinin %43'ünün son bir yılda 0-3 arası, %24'ünün 3-5, %16'sının 5-10, %17'sinin 10 ve üzeri mülteci ve sığınmacı bireye bakım verdiği, bakım sürecinde göçmen bireylerin %61'inin dil engeli nedeniyle iletişim kurmadığı, hastane kurallarına uyumda; kimlik ve kayıt evraklarını yanında bulundurma, refakatçi bulundurma, hasta odasında ve koridorda yüksek sesle konuşma ve ziyaret saatlerine uyma gibi sorunlar yaşadığı görülmüştür. Alpern ve Davey (22) hekimlerle yapmış olduğu çalışmada göçmen bireye sağlık hizmeti sunarken yaşanan zorlukları dil engelleri, kültürel engeller, zaman kısıtlılıkları, göçmen bireylerin geldiği bölgelere özgü tıbbi bilgilere yönelik sınırlılıklar ve hastaların tedavi planlarını anlamamaları şeklinde sıralamıştır. Ayrıca aynı çalışmada yaygın zorluklardan birinin tercüman bulmak olduğu belirtilmiştir (22). Bir toplum sağlığı merkezinde mülteci ve göçmen bireylere verilen birinci basamak sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi amacıyla hekimlerle yapılan görüşmelerde belirlenen sorunlar; dil farklılığı nedeniyle yaşanan iletişim problemi, sosyal güvenceleri nedeniyle yaşanan sorunlar ve birçoğunun kimliğinin olmaması nedeniyle yakınlarının kimlikleri ile gelip yasal olmayan şekilde reçete yazdırmak istemeleridir (16). İncelenen çalışma sonuçları hemşire ve hekimlerin göçmen bireylere sağlık hizmeti sunumunda karşılaştığı sorunların benzerlik gösterdiğini öne çıkarmaktadır. Mültecilerin Kilis sağlık hizmetleri üzerindeki etkisinin incelendiği nitel bir araştırmada benzer şekilde sağlık personelinin dil ve kültür sorunu nedeniyle hizmet verirken sorun yaşadığı ve bu durumun özellikle güvenilir bilgi elde etmeyi zorlaştırdığı görülmüştür (23). Benzer şekilde literatürde dil farklılığı nedeniyle yaşanan iletişim sorununun en önemli sorun olduğu ve bu sorunun hemşirelerin bakım verirken stres ve çaresizlik yaşamalarına yol açtığı görülmüştür (18, 19, 24, 25). Yapılan çalışmada da hemşirelerin çoğunluğunun göçmen bireylere bakım vermede zorlandığı ve yaşadıkları sorunlar arasında dil engelinin ilk sırada yer aldığı bulunmuştur.

Hemşirelerin kendilerini iletişimde yeterli hissetme düzeylerini 0-10 arası puanlamaları istenmiş ve ortalama 4.2 ± 2.2 olarak saptanmıştır. Duran ve Albayrak (26) sağlık çalışanlarının göçmenlerle yaşadıkları iletişim envanteri puan ortalamalarını 157.02 ± 13.23 ile orta düzeyin üzerinde bildirmiştir. Ayrıca sağlık çalışanlarının çoğunluğunun (%68.9) göçmen bireylere bakım verirken tercüman kullanmadığı görülmüştür (26). Koçan ve arkadaşlarının (2017), sağlık çalışanlarının göçmen sorununa yönelik yaptığı nitel çalışmada; "sağlık çalışanlarının karşılaştıkları sorunlar" temasının altında iletişim sorunuyla birlikte iş yükünün artışı, bilgilendirilmiş onam alınmama, mahremiyet ihlali, empati kuramama, tanı ve tedavi sürecini etkin yürütememe, sosyal ve ekonomik açıdan göçmenlere karşı kendilerini sorumlu hissetme alt temalarının olduğu belirlenmiştir. Benzer şekilde Aslan, Sünbül (23) Kilis özelinde mültecilerin sağlık hizmetlerine etkisinin incelendiği bir araştırmada etkili iletişim kurulamaması ve göçmen sayısının yoğunluğunun etkin, kaliteli ve verimli hizmet sunumunun azalmasına yol açtığı belirtilmiştir. Savcı ve Şerbeti (2019) hemşire ve ebelerin bakım verirken yaşadığı güçlüklerin başında dil engeli ve kültürel farklılıkların geldiğini bildirmiştir. Karakuş ve arkadaşlarının çalışmasında (2013) hemşireler, sağlık bakım hizmeti sundukları bireylerin kültürel farklılıklarının önemli olduğunu, hemşirelik bakımının kalitesini arttırmak için yabancı dil becerisinin geliştirilmesini, hemşirelik eğitim programlarının kültürlerarası yaklaşımı içermesini ve kültüre duyarlı düzenlemelerin yapılmasını önermiştir. Hemşireler, mesleki sorumlulukları doğrultusunda; etnik, dini veya kültürel özelliklere duyarlı ve tarafsız bir hemşirelik bakımı sunmak için, göçle gelen bireylerin sağlık durumlarını etkileyen faktörleri ve yaşadığı sorunları bilmelidir (Aloğlu ve ark., 2017; Yağmur ve Aytakin 2018). Bu çalışma sonucuna dayanılarak da saptanan sorunlar literatür ile paralellik göstermekte olup kültürlerarası farklılıklar ve dil farklılığı her yerde benzer sorunları ortaya çıkarmaktadır. Bu noktada göçmen bireylere bakım vermede kültüre duyarlı bakım ve kültürlerarası hemşirelik uygulamalarının öne çıkması gerektiği vurgulanabilir.

Göçmen bireylere bakım verirken sağlık personelinin yaşadığı sorunlara yönelik alınması gereken tedbirlerin incelendiği çalışmalarda tercüman kullanımının öne çıktığı görülmektedir (16, 23, 27). Bir başka çalışmada göçmen hastalarla iletişim kurmada tercüman kullanımının dışında Türkçe bilen hasta ve hasta yakınları, sözlük kullanımı, beden dili ve Sağlık Bakanlığı'nın Uluslararası Destek Hattını kullandıkları saptanmıştır (25). Yapılan bir çalışmada sağlık çalışanlarının hamile mültecilere bakım verirken dil engelleri, sağlık bakım sisteminden kaynaklı güçlükler, geleneksel cinsiyet rollerini yönetebilme,

sadece kadın sağlık personeli talep etme ve tıbbi uygulamalardan kaynaklanan farklılıklar gibi kültürel engeller yaşadıkları ve bunları yönetebilmek için ekip temelli bir yaklaşım benimseme, hastanın ihtiyaçları için diğer servislerle koordineli çalışma ve hastanın hem sosyal hem de tıbbi ihtiyaçlarını göz önünde bulundurma gibi çözüm yaklaşımları geliştirdikleri görülmüştür (28). Gürbüz ve Duğan (29) göçmen hastaların kendi dillerini bilen bir sağlık personeli olmasını, hastanelerde tercümanların yer almasını, kendi kültürlerinden gelen doktorların hizmet verdiği sağlık kurumlarının olmasını ve onlara Türkçe dilinin öğretilmesini talep ettikleri görülmüştür. Yapılan çalışmada da hemşirelerin bakım sırasında benzer çözüm önerileri sunduğu saptanmıştır. Farklı bir çalışma sonucuna göre sağlık çalışanlarının çoğunluğunun göçmen bireylere bakım verirken tercüman kullanmadığı görülmüştür (26). Bazı çalışma sonuçlarına göre çevirmen varlığının hasta-hemşire arasındaki iletişimi karmaşık hale getirdiği, çevirmenlerin işe gelmekte geç kaldığı ya da hiç gelmediği, bazen de tıbbi terminolojiyi bilmemelerine bağlı olarak göçmen bireylerle iletişim kurmayı olumsuz yönde etkilediği saptanmıştır (30-32). Yapılan çalışmalarda tercüman kullanımına yönelik farklı sonuçların birlikte çalışılan tercümanın sağlıkla ilgili bilgi ve yeterlilik düzeyinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Çalışmada hemşireler, göçmen bireylere bakım verirken kendilerini orta düzeyde yeterli hissettiklerini ifade etmişlerdir. Ayrıca yeterli hissetme durumlarının çalışılan servis, göçmen bireye bakım verme deneyimi ve bakım verirken zorluk yaşama durumlarına göre farklılık gösterdiği, göçmen bireylere bakım verme deneyimi olanların ve bakım vermede zorluk yaşamayanların kendilerini daha yeterli hissettikleri saptanmıştır. Alpern ve Davey (22) göçmen ve mültecilerin sağlığı ile ilgilenen asistan hekimlerinin algıladıkları engeller isimli çalışmada, göçmen ve mültecilere bakım verme memnuniyeti ile göçmen ve mülteci sağlığı konusunda eğitim almış olma arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Öncesinde bakım vermiş olmak ve bakım zorluklarının üstesinden gelebildiğini görmenin hemşirelerde öz-güveni arttırdığı, bakım verirken yaşanacak problemleri deneyimlemiş olmanın çözüm bulmayı kolaylaştırdığı, kendini geliştirebilmesini ve kültürlerarası hemşirelik yaklaşımını etkin kullanabilmesini sağlayabilir. Tüm bu deneyimler hemşirenin bakım vermede kendini daha yeterli hissetmesine neden olmuş olabilir.

Hemşirelerin iletişim kurmada kendilerini yeterli hissetme düzeyleri ile bakım vermede zorluk yaşama ve çalışılan servis arasında anlamlı bir farklılık bulunmuş; bakım vermede zorluk yaşamadığını belirten hemşirelerin kendilerini iletişimde yeterli hissettikleri görülmüştür. Sonucu destekleyen bir diğer bulgu da hemşirelerin bakım vermede kendilerini yeterli hissetme düzeyleri ile iletişimde yeterli hissetme düzeyleri arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişkinin var olmasıdır. Ayrıca serviste ortalama çalışma süresi (5.0±4.9) ile hemşirelerin göçmen bireylerle iletişim kurmada kendilerini yeterli hissetme düzeyleri arasında negatif yönlü bir ilişkinin olduğu bulunmuştur. Bu sonuca göre serviste ortalama çalışma süresi arttıkça hemşirelerin iletişimde yeterli hissetme düzeylerinin azaldığı söylenebilir. Servise yeni başlayan hemşirelerin daha istekli, enerjik, idealist olması ve tükenmişlik düzeyinin az olması hemşirelik bakımına olumlu olarak yansiyebilir. Göç olgusu tüm dünyada son dönemde yaşanan güncel bir konu haline geldi ve sonuçlarıyla önemli bir halk sağlığı sorunu olmaktadır. Bu nedenle göç, göçmen birey ve ortaya çıkabilecek sorunlar ve yaklaşım konuları üniversitelerin müfredatlarında işlenmekte olan bir konu olarak karşımıza gelmektedir. Servise yeni başlayan hemşireler genellikle yeni mezun hemşire grubunu oluşturmaktadır. Mezun oldukları okullarda göç olgusu işlenmiş ve yaklaşım konusunun tartışılmış olduğu düşünülebilir. Yeni başlayan hemşirelerin göçmen bireylerle iletişim kurmadaki yeterliliği bu bilgi nedeniyle de açıklanabilir. Sonuçta, çalışma süresi daha kısa olan hemşirenin göçmen bireyle iletişim konusunda daha bilinçli ve çözüm odaklı yaklaşımda bulunabileceği düşünülebilir. Gaziantep'te yapılan bir çalışma sonucuna göre Suriyeli hastalara bakım verirken başta dil sorunu olmak üzere diğer çalışma bulguları ile benzer problemler yaşandığı görülmüş olup bu problemlerin çalışanların iş yükünü arttırdığı, işlerin zamanında sonlandırılmadığı ve hastalarla zaman zaman gerginlikler yaşanmasına sebep olduğu bulunmuştur (25). Bu bulgular hemşirelerin, göçmen bireylere bakım vermede iletişim engelleri azaldıkça, daha kapsamlı, istekli ve etkin bakım verme yeterliliğini kazanabileceklerini düşündürmektedir.

Kısıtlılıklar

Veri toplama sürecinin Samsun iline bağlı bir hastanede yürütülmesi nedeniyle araştırma sonuçları yalnızca bu çalışma grubuna genellenebilir olması bu araştırmanın sınırlılığı olarak görülmektedir.

Sonuçların Uygulamada Kullanımı

Çalışmada hemşirelerin büyük çoğunluğunun göçmen bireye bakım verdiği ve bakım verme sürecinde çeşitli zorluklarla karşılaştığı görülmüştür. Yaşanan en önemli sorunun göçmen bireylerin kültürel uygulamalarını tanıma ve iletişim engeli olduğu, hemşirelerin kendilerini bakım verme ve göçmen bireyle iletişimde orta düzeyde yeterli hissettikleri belirlenmiştir. Hemşirelerin karşılaştıkları sorunlara yönelik en yaygın çözüm yöntemleri tercüman ve beden dilini kullanmadır. Poliklinik hemşirelerinin göçmen bireyin bakımına yönelik, diğer servislerde çalışan hemşirelere göre kendilerini daha az yeterli hissettikleri belirlenmiştir. Göçmen bireye daha önce bakım veren ve göçmen bireye bakım verirken zorluk yaşamayanların bireysel yeterlik algıları daha yüksektir. Ayrıca poliklinik hemşirelerinin ve göçmen bireye bakım sürecinde zorluk yaşayan hemşirelerin, göçmen bireyle iletişime yönelik yeterlilik algıları düşük bulunmuştur. Hemşirelerin bakım verme yeterlilikleri ile iletişim yeterliliklerinin pozitif yönlü ilişkili olduğu belirlenmiştir. Çalışmanın bulguları doğrultusunda polikliniklerde çalışan ve göçmen bireye bakım deneyimi olmayan hemşireler öncelikli olmak üzere tüm hemşirelere göçmen bireylere bakım vermeye yönelik kültürlerarası yaklaşımı içeren periyodik hizmet içi eğitimler düzenlenmelidir. Bu sayede küresel bakış açısına sahip hemşirelerin göçmen bireylerin artan sağlık bakım gereksinimini karşılayacak etkin hemşirelik bakım hizmetini sunması sağlanabilir. Hemşirelerin çözüm yolları arasında öne çıkan tercüman kullanımının tüm sağlık kurumlarında ulaşılabilir ve tarafsız bir şekilde sürdürülmesi ve tercümanların sağlık alanında bilgiye sahip özellikte olması kaliteli sağlık bakım hizmeti sunumunu destekleyecektir. Hemşirelerin serviste çalışma süresi arttıkça iletişim yeterliliklerini destekleyecek planlamaların yapılması

bireysel yeterlilik algılarının düşmesini önleyebilir. Ayrıca göçmen bireylerin öncelikli sağlık gereksinimlerini tanımlayan ve hemşirelerin göçmen bireylere bakım vermede yaşadıkları güçlüklerin ortadan kaldırılmasına yönelik müdahale çalışmalarının planlanması önerilebilir. Ek olarak hemşirelerin göçmen bireylere bakım vermeye yönelik yeterlik ve farkındalıklarını araştıran, daha geniş örneklerle çok merkezli ve karşılaştırmalı çalışmaların yapılması yararlı olacaktır.

Bilgilendirme

Yazarların katkı oranı beyanı şu şekildedir: fikir ve kavram AÇ, FÇ, İAA; tasarım AÇ, FÇ, İAA; denetleme ve danışmanlık İAA; veri toplama ve işleme AÇ, FÇ; analiz ve yorum AÇ, İAA; kaynak taraması FÇ; makalenin yazımı AÇ, FÇ; eleştirel düşünme İAA. Araştırmanın yapılabilmesi için girişimsel olmayan araştırmalar etik kurulundan (2018/90 karar no, B.30.2.ODM.0.20.08/1474) izin alınmıştır. Araştırma ile ilgili herhangi bir projeden ya da firmadan destek alınmamıştır. Araştırmanın bütçesi araştırmacılar tarafından karşılanmıştır. Yazarlar arasında herhangi bir çıkar çatışması yoktur. Ayrıca yürütülen araştırmanın herhangi bir firma ile çıkar ilişkisi bulunmamaktadır.

Kaynaklar

1. Assi R, Özger-İlhan S, İlhan MN. Health needs and access to health care: the case of Syrian refugees in Turkey. *Public Health*. 2019;172:146-52.
2. Karakuş Z, Babadağ B, Abay H, Akyar I, Celik S. Nurses' views related to transcultural nursing in Turkey. *International Journal of Caring Sciences*. 2013;6(2):201-7.
3. Aloğlu N, Taşlıyan M, Hırlak B, Kalaycı M. Hemşirelerin sığınmacılara/göçmenlere ve türklere verdiği sağlık hizmeti algıları ve yaşanan sorunlar: Kahramanmaraş'ta Bir Alan Çalışması. *Social Sciences Studies Journal*. 2017;3(6):940-54.
4. Değer V. Transcultural nursing. *Ulutaşdemir IN, Nursing: IntechOpen*; 2018.
5. Yağmur Y, Aytekin S. Mülteci kadınların üreme sağlığı sorunları ve çözüm önerileri., *Deokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*. 2018;11(1):56-60.
6. Affairs UNDoEaS. International migrant stock 2019: Country Profiles, Turkey 2020 [cited 2020 30.09.2020]. Available from: <https://www.un.org/en/development/desa/population/migration/data/estimates2/countryprofiles.asp>.
7. Örgütü UBM. UNHCR Türkiye İstatistikleri 2022 [cited 2022 11.03.2022]. Available from: <https://www.unhcr.org/tr/unhcr-turkiye-istatistikleri>.
8. Ekmekçi PE. Syrian refugees, health and migration legislation in Turkey. *J Immigr Minor Health*. 2017;19(6):1434-41.
9. Türkiye Yıllık Göç Raporu 2016. T.C. İçişleri Bakanlığı Göç İdaresi Genel Müdürlüğü Yayınları, Yayın no: 40, Nisan 2017.
10. Beşer A, Kerman KT. Göç eden bireylerin öncelikli sağlık sorunları ve sağlık hizmetine ulaşımındaki engeller. *Türkiye Klinikleri J Public Health Nurs-Special Topics*. 2017;3(3):143-8.
11. Vatanserver K. Sığınmacılarda sağlığın belirleyicileri: Sığınmacıların kamplardaki sorunları. *Türk Tabibipler Birliği Yayınları*. 2016:20-31.
12. Akkoç S, Tok M, Hasırıpı A. Mülteci ve sığınmacı hastalara sağlık hizmeti sunulurken sağlık çalışanlarının yaşadığı sorunlar. *Sağ Aka Derg*. 2017;4(1):23-7.
13. Korkmaz AÇ. Mültecilerin ve sığınmacıların sağlık sorunlarına hemşirelik yaklaşımı. *Middle East Journal of Refugee Studies*. 2016;1(2):75-89.
14. Beck TL, Le T, Henry-Okafor Q, Shah MK. Medical care for undocumented immigrants national and international issues. *Prim Care*. 2017;44(1):e1-e13.
15. Cenkçi Z, Nazik E. Sığınmacı ve mülteci kadınların yaşadığı sorunlar ve sunulan sağlık hizmetleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2018;21(4):293-9.
16. Aygün O, Gökdemir Ö, Bulut Ü, Yaprak S, Güldal D. Bir toplum sağlığı merkezi örneğinde sığınmacı ve mültecilere verilen birinci basamak sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi. *TJFM&PC* 2016;10(1):6-12.
17. Çavuşoğlu F, Çal A, Avcı İA. Göçmen Bireylere Sağlık Bakım Hizmeti Sunumunda Yaşanan Sorunlar. In: Avcı İA, editor. *Göç ve göçmen sağlığı*. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2018. p. 59-64.
18. Yardan ED, Us NC, Yardan T. Göçmen hastalar ile aile hekimliği personeli arasındaki iletişim. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2016;1(2):83-92.
19. Yıldırım JG. Mültecilere bakım veren hemşire öğrencilerin deneyimleri: Olgubilim çalışması Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi. 2019;28(4):263-71.
20. Sumbüloğlu K, Sumbüloğlu V. *Biyoistatistik*. 13. Baskı. Hatipoğlu Yayınları; 2009.
21. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. 2013.
22. Alpern JD, Davey CS, Song JP. Perceived barriers to success for resident physicians interested in immigrant and refugee health. *BMC Med Educ*. 2016;16(178).
23. Aslan Ş, Sünbül F, Güzel Ş. Mültecilerin Kilis sağlık hizmetleri üzerindeki etkisi. *Sağlık Yönetimi ve Liderlik Dergisi*. 2018;1:4858.
24. Koçan S, Güngördü ND, Demir A, Üstün Ç. Bir grup sağlık çalışanının bakış açısıyla göçmen sorunu: nitel bir çalışma. *Turkish Studies*. 2017;12(31):361-78.
25. Erkek S, Sağlık hizmetleri sunumunda Suriyeli hastalarla karşılaşılan sorunlar: Gaziantep ilinde bir araştırma. *Soysal A*, In: II Uluslararası Kahramanmaraş Yönetim, Ekonomi ve Siyaset Kongresi 2019; Kahramanmaraş.
26. Duran S, Albayrak S. Sağlık çalışanlarının iletişim becerileri ve göçmenlerle yaşadıkları iletişim zorlukları. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi* 2020;12(3):355-65.
27. Bell SE. Interpreter assemblages: Caring for immigrant and refugee patients in US hospitals. *Soc Sci Med*. 2019;226:29-36.
28. Winn A, Hetherington E, Tough S. Caring for pregnant refugee women in a turbulent policy landscape: Perspectives of health care professionals in Calgary, Alberta. *Int J Equity Health*. 2018;17(91):1-14.
29. Gürbüz S, Duğan Ö. Sığınmacılarda sağlık iletişimi: Suriyeli öğretmenler üzerine bir çalışma. *Akademik Bakış Uluslararası Hakemli Sosyal Bilimler Dergisi*. 2017;64:479-90.
30. Casillas A, Paroz S, Green AR, Wolff H, Weber O, Faucher F, et al. Cultural competency of health-care providers in a "Swiss University Hospital": Self-assessed cross-cultural skillfulness in a cross-sectional study. *BMC Medical Education*. 2014;14(19):2-8.
31. Eklöf N, Hupli M, Leina-Kilpi H. Nurses' perceptions of working with immigrant patients and interpreters in Finland. *Public Health Nursing*. 2015;32(2):143-50.
32. Krupic F, Samuelsson K, Fatahi N, Skoldenberg O, Sayed-Noor A. Migrant general practitioners' experiences of using interpreters in health-care: a qualitative explorative study. *Medical Archives*. 2017;1(1):42-7.

DERLEME MAKALE

Farklı Ülkelerdeki Hemşirelikte Doktora Programlarının Karşılaştırılması

 Meryem DİKMEN¹,  Sevim ULUPINAR²

¹ Doktora Öğrencisi, İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Hemşirelikte Eğitim Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye
² Doç. Dr., İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Hemşirelikte Eğitim Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

Öz

Doktora, evrensel olarak en üst akademik derece olarak kabul edilir. Doktora eğitiminde, bireyin bilimsel problemleri derin ve kapsamlı bir bakış açısı ile inceleyerek yorumlaması, analiz ve sentez yeteneklerini kazanması, bağımsız araştırma yapma becerilerine sahip olması amaçlanır. Hemşirelik disiplini bilim insanına artan ihtiyaç, araştırma bulgularının hemşirelik uygulamalarına yansıtılması ve toplumdaki acil sağlık sorunlarına araştırmalar ile çözüm bulma gerekliliği hemşirelikte doktora programına gereksinimi artıran etkenlerdir. Sağlık hizmetleri teknolojisindeki ilerlemeler, multidisipliner çalışmaların öneminin giderek artması, nitelikli sağlık hizmeti sunumunda artan beklentiler, sosyo-politik-çevresel faktörler, kaliteli ve kanıta dayalı hasta bakımı gereklilikleri, hemşirelikte doktora programlarının önemini artırmaktadır. Derlemede, hemşirelik eğitiminde öncü ülkeler olan Amerika Birleşik Devletleri, Kanada, İngiltere, Avustralya, Uzak Doğu ülkelerini temsilen Japonya ve son yıllarda hemşirelik eğitiminde bilimsel yayın artışlarıyla dikkat çeken İran'daki hemşirelik doktora programları ile ülkemizdeki programlar karşılaştırılmıştır. Doktora programları kabul koşulları, eğitim programı, mezuniyet koşulları, yeterlilik ve istihdam alanları açısından incelenmiş ve ülkemizdeki hemşirelikte doktora programlarının geliştirilmesine yönelik öneriler sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Doktora Eğitimi, Eğitim Programı, Hemşirelik Eğitimi.

Abstract

Comparison of Doctorate Programs in Nursing among Different Countries

Doctoral is universally recognized as the top academic degree. In doctoral education, it is aimed that the individual will examine scientific problems with a deep and comprehensive perspective, gain analysis and synthesis skills, and have the skills to conduct independent research. The increasing need for scientists in the nursing discipline, the reflection of research findings on nursing practices, and the necessity of finding solutions to urgent health problems in society through research are the factors that increase the need for a doctorate program in nursing. Advances in healthcare technology, the increasing importance of multidisciplinary studies, increasing expectations in the provision of quality healthcare services, socio-political-environmental factors, quality and evidence-based patient care requirements increase the importance of doctoral programs in nursing. In this review, the programs in our country are compared with the nursing doctoral programs in the United States of America, Canada, United Kingdom, Australia which are the leading countries in nursing education, Japan which represents the Far Eastern countries, and Iran which have attracted attention with the increase in scientific publications in nursing education in recent years. Doctoral programs were examined in terms of admission conditions, curriculum, graduation conditions, qualifications, employment areas, and recommendations were presented for the development of doctoral programs in nursing in our country.

Keywords: Doctoral Education, Educational Program, Nursing Education

Geliş Tarihi / Received: 15.02.2021 **Kabul Tarihi / Accepted:** 21.11.2021

Correspondence Author: Meryem Dikmen, Doktora Öğrencisi, İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Hemşirelikte Eğitim Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye. E-posta: meryem.dikmen@ogr.iuc.edu.tr

Cite This Article: Dikmen M, Ulupınar S. Farklı Ülkelerdeki Hemşirelikte Doktora Programlarının Karşılaştırılması. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 2022; 15(2): 207-218.



Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi 2022 Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License

Sağlığın sürdürülmesi, bakım sürecinin yönetimi ve yaşam kalitesinin artması için kanıta dayalı araştırma sonuçlarına ihtiyaç vardır. Kronik hastalıkların tedavisinde kaydedilen birçok ilerleme, bireylerin hastalıklarıyla birlikte yaşamalarını kolaylaştıran kanıta dayalı araştırma sonuçlarına temellenir. Bu nedenle doktora düzeyinde nitelikli araştırmacılara ihtiyaç, her geçen gün artmaktadır (1). Hemşirelik disiplininde bilimsel çalışmalar ve bilim insanına duyulan gereksinim, güvenilir araştırma bulgularının hemşirelik uygulamalarına yansıtılmasının gerekliliği, toplumdaki acil sağlık sorunlarına bilimsel çözümler üretme ve gelecekte ihtiyaç duyulan hemşire sayısını ve niteliğini yükseltmek için hemşirelikte doktora programlarına gereksinim vardır (2,3).

Hemşirelikte doktora programlarının sayısı, dünyada giderek artış göstermektedir. Uluslararası Hemşirelikte Doktora Eğitimi Ağı (INDEN-International Network for Doctoral Education in Nursing) doktora programlarına yönelik verilerine göre; 34'ten fazla ülkede 370 hemşirelikte doktora programı vardır (4). Amerika Birleşik Devletleri (ABD), Kanada ve Avustralya'da klinik doktora programı (DNP- Doctorate of Nursing Practice) giderek yaygınlaşmakla birlikte, 49 eyalette 229 DNP programı bulunurken, 100 program da geliştirilme aşamasındadır. Bunun yanında pek çok ülkede DNP yoktur (5,6). Uzak Doğu Asya'daki programlar incelendiğinde; 11 Güney ve Güneydoğu Asya ülkesindeki 196 üniversitede hemşirelikte doktora eğitiminin sürdüğü görülmektedir (7). İngiltere'de 70, Avusturalya'da 34, Japonya'da 65 (8), Türkiye'de 35 hemşirelikte doktora programı vardır (9).

Hemşirelikte doktora programları, hemşireleri karmaşık sağlık hizmeti sorunlarının üstesinden gelmek için araştırmacı ve akademisyen olarak yetiştirmenin yanı sıra, sağlık eğitimi ve politikaları konularında araştırma yapma, sağlık yönetimi, eğitim, klinik araştırma ve ileri klinik uygulama gibi alanlarda kariyer için hazırlamayı amaçlamaktadır. Temel olarak, doktora programları hemşireleri meslekte uzman olmaları, çeşitli akademik ve klinik ortamlarda liderlik rollerini üstlenmeye hazırlamaktadır (1). Küresel düzeyde gerçekleştirilen bir çalışmada, doktora programı mezunlarından beklentiler üç başlık altında toplanmıştır. Bunlar; mezun bireylerin mevcut bilgiye orijinal araştırmalar yoluyla katkıda bulunması, alanlarında oldukça zengin bir bilgi birikimine sahip olması, transfer edilebilir beceri ve yeterliklere sahip olmasıdır (10).

Derlemede, hemşirelik eğitiminde Dünya'da öncü olan ABD, Kanada, İngiltere, Avustralya (11,12), Uzak Doğu ülkelerini temsilen Japonya, son yıllarda hemşirelik eğitimine yönelik yayınlardaki artışıyla dikkat çeken İran (13) ve Türkiye'deki hemşirelikte doktora programlarının karşılaştırılması amaçlanmıştır. Hemşirelikte doktora programları, kabul koşulları, eğitim programı, mezuniyet koşulları, yeterlilik ve istihdam alanları açısından ele alınarak incelenmiştir. Elde edilen sonuçlar doğrultusunda ülkemizdeki doktora programlarının geliştirilmesine yönelik öneriler sunulmuştur.

Gelişme

Uluslararası Düzeyde Hemşirelikte Doktora Programları

Uluslararası düzeyde doktora programlarında genellikle Avrupa ve Kuzey Amerika modelinin benimsendiği görülmektedir. Avrupa modelinde, program araştırma odaklıdır ve öğrenciler araştırmalarını danışmanlarının gözetimi altında bireysel olarak sunmaktadır. Amerikan modelinde ise; öğrenciler eğitim programındaki dersleri tamamladıktan ve kapsamlı final sınavını geçtikten sonra araştırma çalışmalarına başlamaktadır (12). Uluslararası doktora programları incelendiğinde, üç türde program olduğu görülmektedir. En yaygın doktora programı felsefe doktorasıdır (PhD- Doctor of Philosophy), bunu hemşirelikte klinik doktora programı (DNP-Doctorate of Nursing Practice) izlemektedir. Eğitim doktorası (EdD- Professional Doctorate in Education) programları ise daha az sayıdadır. ABD Eğitim Bakanlığı ve Ulusal Bilim Vakfı, bu üç doktora derecesini eşdeğer kabul etmektedir (1,14). Hemşirelikte doktora programları, tam zamanlı veya eş değeri sürede yarı zamanlı olarak yürütülebilmektedir. Özellikle DNP çalışan hemşireler için yarı zamanlı olarak tasarlanmıştır (15,16).

PhD programları, hemşirelikte bilim insanı yetiştirme ve araştırmaya temellenir. PhD programındaki hemşireler; genellikle hemşirelik eğitim programlarında eğitim, öğretim veya araştırma rolleri üstlenmektedir. DNP programları ise; daha çok uygulamada ileri hemşirelik rollerinin geliştirilmesini amaçlar ve klinisyen hemşirelerin ulaşabilecekleri en yüksek derecedir. DNP, güvenilir araştırma sonuçlarının klinik uygulamaya yansıtılmasına, inovatif ve kanıta dayalı uygulamalara, bakım, tedavi ve eğitim dâhil, toplum sağlığını iyileştirmeyi amaçlayan çalışmalara odaklanır. EdD programı ise, hemşireleri okullarda ve sağlık kurumlarında eğitici veya yönetici rollerine hazırlamak amacıyla tasarlanmıştır (1,15,17,18).

Hemşirelikte doktora programlarının tarihsel süreci incelendiğinde, ülkelere özgü bir gelişim seyri izlediği görülmektedir. ABD'de hemşirelikte doktora eğitimi, ilk olarak 1933'te Columbia Üniversitesi'ndeki Teachers College'da PhD ve EdD programları ile başlamıştır (19). İlk DNP programı ise 1979 yılında Case Western Reserve Üniversitesi'nde başlamıştır (20). Kanada'daki ilk doktora programı 1991 yılında Alberta Üniversitesi'nde (12), İngiltere'de ise 1970'li yılların sonunda başlamıştır. İngiltere'de ilk klinik doktora programı ise, 1994'te Ulster Üniversitesi'nde başlamış ve DNSc (Doctor of Nursing Science) derecesi vermiştir. Avustralya'da hemşirelikte ilk PhD programı 1948'de başlamış (6), DNP programları ise 1997 yılında giderek yaygınlaşmıştır (21,22). Japonya'da hemşirelikte doktora eğitimi, Tokyo St. Luke's College of Nursing'de 1988 yılında (23), DNP programı ise aynı üniversitede 2017'de başlamıştır (24). İran'daki ilk hemşirelikte doktora programının temeli 1995 yılında Tebriz Tıp Bilimleri Üniversitesi'nde atılmıştır (13). Türkiye'de hemşirelikte doktora programı 1972 yılında Hacettepe Üniversitesi'nde başlamıştır (25). Türkiye'de hemşirelikte doktora eğitimi veren 35 program vardır, ancak sadece beş program anabilim dallarına (Hemşirelik Esasları, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği, İç Hastalıkları Hemşireliği, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği, Halk Sağlığı Hemşireliği, Hemşirelikte Yönetim ve Hemşirelikte Eğitim/Öğretim) özgüdür; diğerleri hemşirelik bilim dalında doktora eğitimi vermektedir (9,25).

Hemşirelikte Doktora Programı Başvuru Koşulları

Hemşirelikte doktora programı başvuru koşulları ülkeden ülkeye değişmektedir. Bazı ülkelerde ön koşullu dersler ve kredi koşulu varken, bazılarında ders ve araştırma yayınlarından kazanılan kredi puanları ile programa başvurulmaktadır. Yüksek lisans derecesi ile kabul eden programlar yaygın olmakla birlikte, lisans derecesi ile kabul eden üniversiteler de vardır. Ana dili İngilizce olmayan adaylar için uluslararası dil yeterliliği, ortak koşullardan biridir (1,16,26).

Uluslararası doktora programlarına başvuru için gerekli dil yeterlilik koşulları, her ülkeyi temsilen bir üniversite ile Tablo 1’de gösterilmektedir (27-32). Türkiye’de İngilizce Hemşirelikte Doktora Programı henüz olmamakla birlikte, yabancı uyruklu öğrencilerin programa kabulü, ilgili yönetmelik (33) doğrultusunda yükseköğretim kurumları senatoları tarafından belirlenmektedir.

Tablo 1. Hemşirelikte Doktora Programı Dil Yeterlilik Koşulları

Üniversite / Ülke	IELTS	TOEFL IBT	TOEFL PBT
Johns Hopkins Üniversitesi / ABD	7.0	100	600
Ottawa Üniversitesi / Kanada	6.5	96	592
Edinburgh Üniversitesi / İngiltere	7.0	100	-
Sydney Üniversitesi / Avustralya	7.0	96	592
Tsukuba Üniversitesi / Japonya	5.0	61	-
Tahran Üniversitesi / İran	5.5	69	525

IELTS: International English Language Testing System

TOEFL IBT: Test of English as a Foreign Language Internet Based Test

TOEFLT PBT: Test of English as a Foreign Language Paper Based Test

ABD’de başvuru koşulları

Hemşirelikte doktora programlarına başvuru koşullarını her üniversite kendisi belirlemektedir. Genel başvuru koşulları; akredite bir hemşirelikte yüksek lisans programından mezun olmak, lisansüstü sınav puanları, lisans ve yüksek lisans not ortalaması (GRE puanları), akademik ve profesyonel tavsiye mektupları, araştırma ve doktora programına dair hedefleri hakkında makale, akademik ve profesyonel özgeçmiş sunmaktır. Bazı okullar mesleki deneyim koşulu aramaktadır (1).

Kanada’da başvuru koşulları

Hemşirelikte yüksek lisans programını başarı ile bitirmek, araştırma ve istatistikle ilgili üniversitenin belirlediği kursları tamamlamak, mesleki deneyim, tez danışmanını başvuru sürecinde tanımlamak, önerilen araştırma projesini sunmak, ayrıntılı özgeçmiş, tavsiye mektupları gibi koşullar bulunmaktadır (28,34).

İngiltere’de başvuru koşulları

Üniversitelere göre koşullar değişmekle birlikte kabul şartları arasında güçlü bir araştırma önerisi ortaktır. Ayrıca tavsiye mektupları, adayın mesleki ve araştırma deneyiminin olması gerekir. Araştırma deneyimi olmayanlar için felsefe yüksek lisans (MPhil) programını tamamladıktan sonra doktora programına başvurma seçeneği vardır (15,35). DNP programlarına başvurmak için eğitim veya sağlık/sosyal bakım kuruluşunda üst düzey pozisyonda çalışıyor olma ve bir yüksek lisans/eşdeğeri derecesine sahip olma koşulu aranmaktadır (36).

Avustralya’da başvuru koşulları

Lisans derecesi ile başvuran adaylar için en az 4 yıl, yüksek lisans derecesi ile başvuranlar için en az 2 yıl mesleki deneyim, yüksek lisans mezuniyet not ortalamasının en az 65 puan olması, onaylanmış bir uluslararası tescil kurumunda kayıtlı hemşire olmak, araştırma projesini başvurulacak üniversiteye sunmak, ileri araştırma eğitimi almış olmak (en az 12 kredilik araştırma eğitimi), önceki araştırma deneyimlerinin sunulması (araştırma makalesi ve sözel bildirilerin belgelendirilmesi) koşulları aranmaktadır (30,37).

Japonya’da başvuru koşulları

Genel başvuru koşulları arasında yüksek lisans mezunu olma, GRE gibi bir lisansüstü giriş sınav puanının beyan edilmesi, başvuru üniversitedeki olası bir tez danışmanıya önceden iletişime geçilerek araştırma planı, araştırmanın hemşirelik bilimine katkıları ile ilgili beyanda bulunulması, önceki akademik danışman tarafından yazılmış tavsiye mektubu istenmektedir. Tsukuba ve Tokyo Üniversitesi gibi bazı hemşirelik okulları, 24 yaş ve üstü adayların başvurularını kabul ederek, minimum yaş politikası uygulamaktadır (31,38). Japonca dil yeterliliği isteyen üniversiteler olmakla birlikte, çoğunda uluslararası geçerliliği olan İngilizce dil yeterliliği belgesi talep edilmektedir. Bu belgelerin yanı sıra, üniversiteler hemşirelik bilimi üzerine yazılı ve sözlü yeterlik değerlendirmesi de yapmaktadır (23,31,38).

İran'da başvuru koşulları

Doktora programına başvurmak için adayların hemşirelikte yüksek lisans mezunu olması, Sağlık ve Tıp Eğitimi Bakanlığı (MoHME- Ministry of Health and Medical Education) tarafından ülke çapında gerçekleştirilen ulusal giriş sınavına (Konkoor) girmesi gerekmektedir. Ayrıca sınavda başarılı olan adaylar ile hemşire uzmanlardan oluşan bir panelde mülakat yapılmaktadır. İran hemşirelik okulları, yurt dışında yüksek lisansını tamamlamış hemşirelerin başvurularını da kabul etmektedir (13,16,32).

Türkiye'de başvuru koşulları

Türkiye'de hemşirelikte doktora programlarına asgari kabul koşulları, Yüksek Öğretim Kurulu Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliği ile belirlenmektedir. Asgari koşullar arasında tezli yüksek lisans mezunu olma, ALES (Akademik Personel ve Lisansüstü Eğitimi Giriş Sınavı) puanına sahip olma (başvurulan programın puan türü, ilgili üniversite senato kararıyla belirlenmektedir), eşdeğerliği kabul edilen uluslararası yabancı dil sınavlarından en az 55 puan almak gerekmektedir. Bu koşulların yanı sıra üniversite senato kararlarına belirlenen lisans/yüksek lisans not ortalaması (GRE en az 3.00/4.00), bilimsel değerlendirme/mülakat sonucu, klinik/akademik referans mektubu, doktora yapılma amacının açıklandığı kompozisyon talep edilebilmektedir (33).

Uluslararası Düzeyde Hemşirelikte Doktora Eğitim Programları

Uluslararası düzeyde hemşirelikte doktora eğitim programları, felsefe doktorası veya klinik doktora programına göre değişmektedir. Araştırma odaklı PhD eğitim programında hemşirelik felsefesi, hemşirelikte kuram geliştirme, ileri araştırma metodolojisi, istatistik gibi temel dersler ve tez araştırması yer almaktadır. DNP eğitim programları ise uzmanlık alanlarına göre değişmektedir. Hemşirelikte Yönetim, Halk Sağlığı Politikaları, Kadın Hastalıkları ve Anestezi Hemşireliği gibi alana özgü derslerin yanı sıra; kanıta dayalı uygulama ve araştırma, liderlik, sağlık politikaları, teknolojinin uygulamaya geçişi ve eğitim, aileler için sağlığı geliştirme, küresel-çevresel-kültürel sağlık hizmetleri, klinik karar verme, hasta güvenliği ve kalite iyileştirme gibi dersler yer alırken, program yüksek lisans dersleri üzerine temellendirilmektedir (7,39). Uluslararası hemşirelikte doktora programlarının süresi 3-6 yıl arasında değişiklik göstermektedir (16).

ABD'de hemşirelikte doktora eğitim programı

Hemşirelikte doktora programları genellikle 3-5 yıllık tam zamanlı eğitime eşdeğerdir (1). ABD'de 120 okulun hemşirelikte doktora programının incelendiği çalışmada, çoğunda kuramlar, araştırma tasarımı ve istatistik derslerinin yer aldığı belirtilmektedir. Programın ilk yılında, hemşirelik felsefesi, kuram oluşturma, araştırma ve biyoistatistik gibi temel derslere odaklanılmaktadır. İlk yıldan sonra, öğrencinin bireysel çalışma programını içerecek şekilde kurslar ve diğer bilimsel faaliyetler belirlenmektedir (40). Eğitim programında temel derslerin yanı sıra ileri hemşirelik uygulamalarına yönelik teşhis becerileri, klinik karar verme, kanıta dayalı uygulamalara yönelik hemşirelik araştırmaları, sağlık politikası ve tez semineri ve tezle ilgili dersler alınmaktadır (27).

Kanada'da hemşirelikte doktora eğitim programı

Kanada'daki hemşirelikte doktora eğitim programı ABD ile benzerlik göstermektedir, PhD programları araştırma odaklıdır. Öğrenciler; araştırma tasarımı/yöntemleri/analiz kursları, istatistik, bilim felsefesi, hemşirelikte teori geliştirme ve tez önerisiyle ilgili diğer önemli dersleri içeren toplam 7-10 ders almaktadır. Kursların sayısı ve türü öğrencinin akademik geçmişine, deneyimine, kariyer hedeflerine göre değişebilmekte ve yüksek lisans danışmanının görüşlerine başvurulmaktadır. Ülke genelinde zorunlu dersler oldukça benzerdir ve program süresi 4-6 yıldır (12,28,41,42).

İngiltere'de hemşirelikte doktora eğitim programı

Program süresi, tam zamanlı eğitim için üç yıl (araştırma becerisi yeterli olmayan öğrencilere 4 yıl), yarı zamanlı için 6 yıldır, isteğe bağlı olarak 1 yıl ek yazma süresi verilmektedir. Yarı zamanlı programlarda, öğrencinin danışmanı ile araştırma sürecinin takibine yönelik zaman ayırması (yılıda ortalama 10 iş gününden az olmamak üzere, haftada 17.5 saat) beklenmektedir. İngiltere'de PhD programları, tamamen araştırma odaklıdır ve araştırma yöntemleri, hemşireliğin teorik ve bilimsel temelleri, istatistiksel analiz, nitel sağlık araştırması, profesyonel portfolyo hazırlığını içermektedir (15,35,36). Doktora programları araştırma odaklı olduğu için ders kredilendirme sistemi uygulanmamaktadır (29,35,36). DNP programları, araştırma bulgularının doğrudan kanıta dayalı hemşirelik uygulamasına çevrilmesine ve halk sağlığını iyileştirmeye odaklanır. DNP eğitim programı ise; sağlık politikası ve savunuculuk, kanıta dayalı uygulama yöntemleri, hemşirelik ve sağlık hizmetlerini teknolojiyle dönüştürmek, epidemiyoloji ve nüfus sağlığı gibi teorik ve klinik uygulamadan oluşan ders modüllerinden oluşmaktadır (43).

Avustralya'da hemşirelikte doktora eğitim programı

Doktora eğitimi, tez dâhil 4 yıl tam zamanlı veya eşdeğer yarı zamanlı programlar şeklinde yürütülmektedir. İlk yılda zorunlu ve seçmeli dersler yer alırken, diğer dönemlerde araştırma ve tez çalışması esastır (22). PhD programında literatür inceleme teknikleri, araştırma metodolojisi, eleştirel analiz ve yayın yapma, sağlık araştırmalarının sistematik incelemesi gibi araştırma odaklı dersler mevcuttur (37). DNP programında; derin disiplin bilgisi ve entelektüel bakış açısı, yaratıcı ve eleştirel düşünme, problem çözme, kanıta dayalı uygulamalar, profesyonellik ve liderlik dersleri yer almaktadır (44).

Japonya'da hemşirelikte doktora eğitim programı

Doktora programında zorunlu ortak dersler ve alana özgü dersler mevcuttur. Öğrenci, zorunlu derslerden en az 10 kredi, kendi alan derslerinden en az 15 olmak üzere, toplam 25 kredi tamamlamak zorundadır. Zorunlu dersler arasında; uygulamalı hemşirelik bilimi, hemşirelik araştırmalarında istatistik, hemşirelik için araştırma metodolojisi, hemşirelik biliminde ileri seminer I-II, ileri araştırma etiği, hemşirelik biliminde ileri araştırma gibi dersler mevcuttur. Program süresi 3 yıldır (24,31). Güney ve Güneydoğu Asya'daki on bir ülkede, hemşirelikte doktora eğitimi veren 196 üniversitede yapılan araştırmada, programlarda en fazla yer alan ortak dersin araştırma metodolojisi olduğu belirtilmektedir (7). Yaygın olan diğer dersler ise; hemşirelik bilimi felsefesi, hemşirelikte teori geliştirme, sağlık politikaları, araştırma semineri, istatistik, araştırma etiği, İngilizce kursu, akademik sunum ve yazma becerileri gibi derslerdir (7).

İran'da hemşirelikte doktora eğitim programı

Doktora programı 4.5 yıl sürmektedir, bu süreye en fazla 3 yarıyıl eklenebilmektedir. Öğrenci dersler için 32, tez için 20 kredi olmak üzere toplam 52 kredi tamamlamak zorundadır (13). Doktora eğitim programı, ortak zorunlu dersler ve alana özgü derslerden oluşmaktadır. Ortak zorunlu dersler; hemşirelik felsefesi, hemşirelikte teori geliştirme, hemşirelik eğitiminde yönetim ve liderlik, kantitatif araştırma metodolojisi, hemşirelikte kalite, hemşirelikte araştırma metodolojisi ve eleştirisi, ileri istatistik, hemşirelikte yönetim, liderlik ve politika oluşturma, hemşirelikte eğitim programları gibi derslerdir (32,34).

Türkiye'de hemşirelikte doktora eğitim programı

Ülkemizde hemşirelikte doktora programları 4 yıl olup, azami tamamlama süresi 6 yıldır. Gerekli kredili dersleri başarıyla tamamlamanın azami süresi dört yarıyıldır (33). Doktora programı; toplam 21 kredi ve bir eğitim-öğretim dönemi 60 AKTS (Avrupa Kredi Transfer Sistemi)'den az olmamak koşuluyla en az 7 ders, seminer, yeterlik sınavı, tez önerisi ve tez çalışması olmak üzere en az 240 AKTS kredisinden oluşmaktadır (33). Doktora eğitim programları ise, üniversite senatoları tarafından belirlenmekte ve rektörlükçe ilân edilmektedir (45). Hemşirelikte doktora eğitim programı ana bilim dalının ortak zorunlu dersleri ile uzmanlık alanlarına ait zorunlu derslerin yanı sıra seçmeli dersler, seminer dersi, yeterlik sınavı, tez önerisi ve tez çalışmasından oluşmaktadır. Üniversitelerin hemşirelikte doktora eğitim programlarında belirli bir standardizasyon mevcut değildir. Bilimsel araştırma ve yayın etiği tüm programlarda ortak ve zorunlu bir ders iken, hemşirelik kuramları, hemşirelikte teori ve felsefe, sağlık politikaları, hemşirelikte etik dersleri bazı üniversitelerde zorunlu, bazılarında seçmelidir (46,47,48).

Hemşirelikte Doktora Programı Mezuniyet Koşulları

Hemşirelikte doktora programlarından mezuniyet için programa özel belirli ders, kredi ve sınavların, kapsamlı bilim sınavının başarılı ile tamamlanması, hemşirelik bilimine katkı sağlayacak, toplum için önemli bir konuya yönelik tez/araştırma çalışmasının başarı ile savunulması ortak koşullar arasındadır. DNP ve EdD programlarından mezuniyet için farklı olarak araştırma projeleri ve portfolyo hazırlık süreci gerekmektedir. Proje çalışmalarında liderlik, etik, sağlık politikası, klinik araştırma ve kanıta dayalı uygulama sonuçlarının klinik uygulamalara yansması konularına odaklanılmaktadır. DNP programından mezuniyet için fakülte tarafından belirlenen klinik staj/uygulama saatlerinin tamamlanması istenmektedir (1,16,22,34,39,49).

ABD'de mezuniyet koşulları

PhD programından mezuniyet için tez koşulu varken DNP ve EdD programlarında araştırma projelerinin sunulması gerekmektedir. Seçilen tez konuları, doktora eğitim programı ve uzmanlık alanıyla uyumlu olmalı, toplum için önemli olmalı ve hemşirelik bilimine katkı sağlayacak nitelikte olmalıdır (1). DNP programından mezuniyet, bilimsel bir araştırma projesi ve öğrencinin başarılarını yansıtan öğrenci portfolyosunu içermektedir. Bilimsel araştırma projeleri; liderlik, etik, sağlık politikası, klinik bilimsel araştırmalar, kanıta dayalı uygulamanın klinik kararlara entegrasyonu, sistem iyileştirme, sonuçların yayılması gibi süreçleri içermektedir. Ek olarak doktora öğrencilerinin her yılın sonunda sağlık, hastalık ve sağlık hizmetleri hakkında bireysel görüşlerini ve sağlık hizmetlerinde liderlik ve yönetim rolleri için yaptıkları hazırlıkları içeren açıklamaları portfolyosunda sunması gerekmektedir (39). DNP ve PhD'nin bir arada yürütüldüğü programlardan mezuniyet için beş yıllık sürede 127 kredi, 1000 saatlik klinik uygulama ve tez çalışmasının başarıyla tamamlanması gerekmektedir (27).

Kanada'da mezuniyet koşulları

Doktora programındaki her dersten en az B başarı puanı ile geçmek, tez önerisi ve kapsamlı değerlendirme sürecinde başarılı olmak, tez savunmasını tamamlamak mezun olma kriterleri arasındadır (28). Bu kriterler üç sınav sürecini kapsamaktadır. İkinci ders yılı bitiminde yazılı, kapsamlı bilim sınavı gerçekleştirilmektedir. Üçüncü yılın sonuna kadar yazılı ve sözlü doktora tez öneri savunma sınavının tamamlanması gerekmektedir. Doktora programının sonunda da sözlü tez savunma sınavı gerçekleştirilmektedir. Öğrencinin en fazla 6 yıl içinde programı tamamlaması gerekmektedir (34,41).

İngiltere’de mezuniyet koşulları

Hemşirelikte doktora programı 80-100 bin kelimelik araştırma tezi şeklinde, kapsamlı bir yazılı çalışmanın gerçekleştirilmesi ve alan uzmanları karşısında “viva voce” adı verilen sözlü sınavın başarı ile tamamlanmasıyla sonuçlanmaktadır. Bu sınav, akademik kıyafetlerin giyildiği, genellikle büyük bir konferans salonunda, kurum içinden ve dışından öğretim üyelerinin bulunduğu, aynı zamanda doktora öğrencisinin yakınlarının da izleyebildiği tören şeklinde gerçekleşmektedir. Koşullar, üniversiteler arasında farklılık göstermekle birlikte, en az bir öğretim üyesinin kurum dışından olması ve sınavda en az iki öğretim üyesinin görev alması ortak bir gereklilik olarak görülmektedir. DNP programından mezuniyet için birinci ve ikinci yılın sonunda kapsamlı portfolyo sunmak ve uzmanlık alanıyla ilgili 40.000 kelimelik tez hazırlamak gerekmektedir (22,36,49).

Avustralya’da mezuniyet koşulları

Dersleri ve araştırma sürecini tamamlayan öğrencinin en fazla 4 yılın sonunda tez savunma sınavını başarı ile gerçekleştirmesi gerekmektedir. Tez savunma sınavı için Lisansüstü Araştırma Dekanlığı tarafından, o üniversitenin öğretim üyesi olmayan, ilgili alan uzmanı iki öğretim üyesi ve en az bir yedek üye görevlendirilmektedir (50). Doktora tezinin; 80 bin kelimelik, bilimsel yayın için uygun, orijinal ve hemşirelik bilimine katkı sunması gerekmektedir. Danışman öğretim üyesinin, doktora savunma sınavına katılmama koşulu bulunmaktadır (30). DNP programından mezuniyet için üç ayrı araştırma projesinden oluşan programın başarılı ile tamamlanması gerekmektedir. İlk araştırma projesinin, doktora öğrencisinin ilgi alanındaki literatürün sistematik incelemesi, diğer iki araştırmanın ise farklı araştırma metodolojilerinin kullanılarak yürütüldüğü çalışmalar olması gerekmektedir (44).

Japonya’da mezuniyet koşulları

Mezuniyet için öncelikle üç yıl içinde tamamlanması gerekli zorunlu ortak ve alan derslerinden oluşan ders kredilerinin başarılı ile tamamlanması, ardından son değerlendirme sınavı ve doktora tez savunma sınavında başarılı olma koşulu bulunmaktadır (24,31).

İran’da mezuniyet koşulları

Eğitimi tamamlayan hemşirelikte doktora öğrencisi, kapsamlı bilim sınavına girmeye hak kazanmaktadır. Sınavda başarılı olan adayın fakültenin lisansüstü kurulu tarafından gerçekleştirilen tez savunma sınavını başarı ile tamamlaması gerekmektedir (16,34).

Türkiye’de mezuniyet koşulları

Ülkemizde doktora programında yer alan kredili dersleri başarıyla bitirmek, doktora yeterlik sınavında başarılı olmak, doktora tez çalışmasını on iki yarıyıl sonuna kadar tamamlamak mezuniyet koşulları arasındadır (33). Ayrıca üniversitelerin, lisansüstü eğitim ve öğretim yönetmelikleriyle belirlenen ek koşullar, araştırma üniversitesi olma durumu ya da üniversitenin Orpheus etiketine sahip olması da mezuniyet koşullarını etkilemektedir. Araştırma üniversitelerinde doktora öğrencisinin tez savunma sınavına girebilmesi için, alanı veya tezi ile ilgili, ilk yazının kendisi olduğu en az bir makalesini ulusal veya uluslararası hakemli bir dergide yayınlaması, doktora akademik not ortalamasının 4.00 üzerinden en az 3.00 olması gibi koşullar örnek verilebilir (45). Orpheus etiketine sahip üniversitelerde adayın, doktora yeterlilik sınavına girebilmesi için portfolyosunu sunması beklenmektedir. Portfolyo sunumunda en az bir adet tez konusu ile ilişkili, ulusal/uluslararası hakemli bir dergiye göre hazırlanmış ve adayın ilk iki isimden biri olduğu makale/ derleme/ araştırma makalesi/ olgu sunumu, en az bir adet bilimsel toplantıda yapılmış sözlü/ poster sunum özeti ve bilgilerinin bulunması istenmektedir (47). Doktora tez sınavına başvuru yapabilmek için tez ve teze ilişkili konulardan toplam üç adet araştırma makalesi sunulması talep edilmektedir. Bu makalelerden en az birisi, SSCI (Social Sciences Citation Index), AHCI (Arts and Humanities Citation Index), SCI (Science Citation Index), SCIE (Science Citation Index Expanded) dergilerde yayımlanmış ya da yayımlanmak üzere kabul edilmiş, adayın ilk isim olduğu araştırma makalesi olma koşulu bulunmaktadır (47).

Hemşirelikte Doktora Programı Mezun Yeterlilikleri ve İstihdam Alanları

Uluslararası düzeyde hemşirelikte doktora programından mezun hemşirelerin yeterlilik düzeyleri ve istihdam alanları oldukça geniş kapsamlıdır. Kanada, İran ve Türkiye’de hemşirelikte doktora programı mezunlarının çoğunlukla akademisyen olarak istihdam edildiği görülmektedir. Klinik doktora programlarının daha yaygın olduğu ABD, İngiltere ve Avustralya’da hemşirelikte doktora programı mezunlarının ise; aile hekimliği, pediatri, geriatri, psikiyatri/akıl sağlığı, kadın sağlığı gibi çok çeşitli alanlarda bağımsız olarak çalıştıkları ve muayene, reçete yazma, anestezi uygulama gibi ileri hemşirelik rollerini yerine getirdikleri görülmektedir (51).

Amerika’da mezun yeterlilikleri ve istihdam alanları

Amerikan Hemşire Okulları Birliği’nin (AACN) 2015 yılından sonra ileri hemşirelik rollerinin sadece doktora mezunu hemşireler tarafından uygulanması önerisinin ardından DNP programları ve buna bağlı olarak kliniklerde doktoralı hemşire istihdamı artmıştır. ABD’de yetersiz hizmet bölgelerinde kaliteli sağlık hizmetlerine erişim sağlamak için ileri uygulama hemşireleri (NP, CNS, CNM, CRNA) istihdam edilmektedir. DNP mezunu hemşireler; pratisyen/uygulayıcı hemşire (NP- nurse practitioner), uzman klinik hemşire (CNS- clinical nurse specialist), sertifikalı hemşire-ebe (CNM- certified nurse-midwife),
Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi <https://dergipark.org.tr/tr/pub/deuhfed>

sertifikalı anestezi hemşiresi (CRNA- certified registered nurse anesthetist) olarak ileri hemşirelik rollerini gerçekleştirebilmektedir. NP birincil ve akut bakım sağlayıcıları olarak önemli konumundadır. NP; kapsamlı öz geçmiş alma, fiziksel muayene ve diğer sağlık değerlendirmelerini yapma, akut ve kronik rahatsızlıkları olan hastaların teşhis edilmesi, tedavi edilmesi, reçete yazılması, sağlığın korunması, hastalıkları önleme, sağlık eğitimi ve danışmanlığa kadar kapsamlı hizmet sunmaktadır. Yetki ve sorumlulukları çok kapsamlı olan bir diğer ileri uygulama hemşiresi olan CRNA, ameliyathanede anestezi uygulama yetkisine sahiptir. ABD'de yılda 30 milyondan fazla anestezi CRNA'lar tarafından uygulanmakta ve neredeyse tüm kırsal hastanelerde bu hizmet anestezi hemşireleri tarafından sağlanmaktadır (1,51). İleri uygulama hemşirelerinin, otonomisi yüksek olduğu için uzmanlık alanlarında birçok uygulamayı bağımsız olarak gerçekleştirme yetkileri bulunmaktadır. Klinik doktoralı hemşireler; ileri uygulama hemşireliğinin yanında sağlık politika geliştiricisi, akademisyen, hemşire lider-yönetici, klinik araştırmacı olarak kanıta dayalı uygulamanın entegrasyonunda ve sağlık bakım sisteminde çok çeşitli rollerde alan uzmanlıklarına uygun olarak istihdam edilmektedir. PhD mezunu hemşireler ise yoğunlukla akademisyen ve araştırmacı olarak çalışmaktadır (25,51). PhD mezunlarının %80'i akademisyen olarak, % 20'si büyük hastanelerde yönetici hemşire, eğitim ve sağlık kurumlarında danışman, araştırmacı, ulusal ve uluslararası sağlık politikası belirleyicisi vb. pozisyonlarda istihdam edilmektedir (1,3). EdD programı mezunları ise; akademisyen, sağlık kuruluşlarında eğitim hemşiresi, hastane eğitim programları direktörü, hemşirelik direktörü pozisyonlarında çalışabilmektedir (52).

Kanada'da mezuniyet yeterlilikleri ve istihdam alanları

Hemşirelikte doktora programı mezunları akademi içinde ve dışında çok çeşitli sektörlerde kariyer yapmaktadır. Kanada'da 884 doktora mezunu hemşire ile yapılan araştırma sonuçlarına göre; mezunların %47.5'i akademisyen, %13.8'i sağlık hizmetlerinde araştırmacı, %11.1'i kamu sektöründe sağlık politikacısı, %7'si kamu hastanesi veya birinci basamak sağlık kuruluşlarında hemşire, %6.1'i özel sektörde hemşire, %5.5'i kar amacı gütmeyen sağlık/hayır kurumu ve sağlıkla ilgili diğer kuruluşlarında hemşire, %4'ü uluslararası sağlık kuruluşlarında danışman olarak çalışmakta ve %4.3'ü doktora sonrası araştırma sürecine devam etmektedir (53).

İngiltere'de mezuniyet yeterlilikleri ve istihdam alanları

Doktora programı mezunları akademisyen, klinik araştırma kurumları ve hastanelerde klinik araştırma hemşiresi, ilaç endüstrisinde araştırmacı, kamu ve özel sağlık kurumlarında yönetici hemşire, ileri düzey uygulama hemşiresi, kronik hastalıkların yönetiminde uzman hemşire, birinci basamak sağlık uzmanı (DNs-NP) olarak çeşitli sektörlerde istihdam edilmektedir. Ayrıca 2008 yılından beri klinik akademisyenlik rolü de yaygınlaşmaktadır. Klinik akademisyenler, klinik ve akademik faaliyetleri birlikte yürüten, kanıta dayalı sağlık hizmetlerinin gerçekleştirilmesini sağlayan sağlık profesyonelleridir (54,55).

Avustralya'da mezuniyet yeterlilikleri ve istihdam alanları

Doktora programı mezunları hemşire akademisyen, klinik araştırma hemşiresi, eğitim hemşiresi, hemşire araştırmacı, yönetici hemşire ve NP olarak istihdam edilmektedir. NP, Avustralya'da yasal olarak görev alan tek ileri düzey hemşiredir (44,56). Avustralya Hemşirelik ve Ebelik Kurulu (Nursing and Midwifery Board of Australia-NMBA), NP'lerin ileri düzey hemşirelik uygulamaları kapsamını klinik, eğitim, araştırma ve liderlik olarak 4 ana başlık altında açıklamaktadır (57). NP'ler hemşirelik hizmetlerinin sonuçlarını en üst düzeye çıkarmak için çeşitli sağlık sistemlerinde bakımı bağımsız olarak yönetebilmektedir. NMBA (2021) tarafından belirtilen yeterliklere göre; NP'ler eleştirel düşünme becerilerine sahiptir. Klinik araştırmaları kullanarak bilgileri ve/veya kanıtları, bakım alan kişi, ailesi, toplum ve sağlık profesyoneli meslektaşları olmak üzere bakım sürecine dahil olan herkesle empatik bir şekilde iletişim kurarak uygulamaya geçirir. Bakım alan kişinin özelliklerine ve eş zamanlı tedavilerine ilişkin doğru bilgiye dayalı olarak terapötik müdahaleleri güvenli olarak reçete etme yetkisine sahiptir. Bakımın merkezindeki bireylerle profesyonel ilişkiler kurarak ve sürdürerek hasta bakım hizmetleri bölümlerini yönetir (57).

Japonya'da mezuniyet yeterlilikleri ve istihdam alanları

Doktora mezunu hemşireler, çoğunlukla klinikten uzaklaşıp araştırma hemşireliğini ve akademisyenliği tercih etmektedir (58). St. Luke's International Üniversitesi hemşirelikte doktora programı mezunlarının %75'i hemşirelik okullarında akademisyen olarak, %25'i ise hastane ve diğer sağlık kurum kuruluşlarında ileri uygulama hemşiresi, yönetici hemşire, sağlık danışmanı gibi pozisyonlarda istihdam edilmektedir (24).

İran'da mezuniyet yeterlilikleri ve istihdam alanları

İran'da hemşirelik lisansüstü programlarında ve öğrenci alımında son yıllarda yaşanan hızlı artış, hemşire öğretim üyesi ihtiyacını doğurmuştur. Bu nedenle, hemşirelikte doktora programları, hemşire öğretim üyesi yetiştirmeye odaklanmıştır (12,13). Lisansüstü program mezunu hemşireler hastanelerden daha çok okullarda çalışmakla birlikte, eğitim ve araştırma merkezlerinde, çeşitli sağlık bakım merkezlerinde, hemşirelik hizmetleri yönetimi ve klinik hizmetlerinde istihdam edilmektedir (59).

Türkiye'de mezuniyet yeterlilikleri ve istihdam alanları

Türkiye'de hemşire akademisyen sayısı henüz istendik düzeyde değildir. Bu nedenle hemşirelikte doktora programlarının önceliği, mezunlarını akademisyen olarak yetiştirmektir. Ülkemizde son on yılda hemşirelikte doktora mezunlarının sayısının

hızlı artışı ve YÖK'ün öğretim üyesinin danışmanlık yapacağı öğrenci sayısını 12'ye çıkarması ile önümüzdeki on yıl içerisinde hemşirelik okullarındaki eğitimi yetersizliği sorununun çözüleceği ve doktoralı hemşirelerin klinik uygulama alanlarında çalışması beklenmektedir (59). YÖK (2021) verileri hemşirelikte doktora programı mezunlarının sayısındaki hızlı artışı göstermektedir. Mezun sayısı; 1994-2002 yılları arasında 106, 2003-2012 yılları arasında 544, 2013-2020 yılları arasında ise 1078'dir (60, 61). 2021 yılı itibarıyla hemşirelik öğretim üyesi sayısı 1425, öğretim görevlisi sayısı 385, araştırma görevlisi sayısı ise, 832'dir (61). Hemşirelikte doktora programı mezunu hemşireler; eğitimde, kamu ve özel sağlık kurum ve kuruluşlarında, yönetici, uygulayıcı, eğitimi, araştırmacı olarak istihdam edilmektedir. Mezunlar, hastanelerde yönetici hemşire, eğitim hemşiresi, klinik sorumlu hemşire, hemşirelik/bakım hizmetleri müdürü, üniversitelerde öğretim üyesi/görevlisi olarak çalışabilmektedir (62).

Ülkemizdeki Hemşirelikte Doktora Programlarının Ülkelerarası Programlar ile Karşılaştırılması

Uluslararası hemşirelik felsefe doktora (PhD) programlarında, hemşirelik felsefesi, hemşirelikte teori oluşturma, ileri hemşirelik araştırmaları, hemşirelik araştırmalarında etik gibi ortak bazı zorunlu derslerin ardından, programlar tez araştırmasına yoğunlaşmaktadır. Klinik uygulamaya yönelik dersler, yüksek lisans programında tamamlanmaktadır. Uluslararası hemşirelikte doktora programları ağırlıklı olarak PhD odaklı olsa da ABD, İngiltere, Avustralya ve Japonya'da DNP programları, alana özgü ileri hemşirelik uygulamalarında yetkinlik kazandırdığı için teorik ders ve klinik uygulama saatleri açısından yoğun bir eğitim programına sahiptir. Ülkemizdeki hemşirelikte doktora programları PhD derecesi vermektedir, bununla birlikte mesleki derslere yönelik teori ve uygulama içermesi açısından DNP'ye benzer yapıdadır. Uluslararası programlarla karşılaştırıldığında, ülkemizdeki doktora eğitim programlarında ileri hemşirelik rollerine yönelik derslerin, yoğun klinik uygulama stajlarının ve eğitim programında standardizasyonun olmaması öne çıkan farklılıklardır.

Başvuru koşulları karşılaştırıldığında; uluslararası programlardaki akredite olmuş yüksek lisans programından mezun olma, mesleki deneyim şartı, tez danışmanının aday tarafından doktora araştırma konusuna uygun olarak başvuru aşamasında belirlenmesi ve tez ön projesinin başvuru aşamasında sunulması önemli farklılıklar arasında yer almaktadır. Bu bağlamda, ülkemizde hemşirelik lisansüstü programlarına başvuru koşullarına mesleki deneyim şartının standart bir koşul olarak eklenmesi, doktora programlarına kabulde tamamlanmış yüksek lisans programının niteliğinin de değerlendirilmesi gerektiği açıktır. Ülkemizde lisans mezunu hemşirelerin, klinik deneyim sahibi olmadan yüksek lisans programlarını tamamlaması ve devamında akademik kariyer yapması en sık görülen sorunlardan biridir. Ülkemizdeki hemşirelik lisans programları, HEPDAK (Hemşirelik Eğitim Programları Değerlendirme ve Akreditasyon Derneği) tarafından 2016 yılında akredite edilmeye başlanmıştır. Hemşirelik lisans eğitimi veren 143 okuldan sadece 12'sinin akreditasyonu gerçekleşmiştir (63,64). Hemşirelik lisansüstü programlarında da akreditasyon çalışmalarının başlatılması gerekliliği açıktır. Hemşirelik eğitiminde standardizasyonun ancak hemşirelik lisans ve lisansüstü programların akreditasyonu ile sağlanabileceği düşünülmektedir.

Hemşirelikte uluslararası doktora programı mezunlarının yeterlilik düzeylerinin ve çalışma alanlarının çok çeşitli olduğu ve mezunların uzmanlık dallarına uygun alanlarda istihdam edildikleri görülmektedir. Özellikle kırsal ve yetersiz hizmet bölgelerinde kaliteli sağlık hizmetlerine erişim sağlamak için ileri uygulama hemşirelerinden yararlanılmaktadır. Yetki, sorumluluk ve otonomileri en fazla olan ileri hemşirelik uygulayıcıları NP ve CRNA hemşireleri bunlara örnektir. Oysa ülkemizde doktora mezunu hemşirelerin yeterlilik düzeyleri ve istihdam alanları oldukça kısıtlıdır, program ileri hemşirelik rollerine hazırlık açısından yeterli değildir. Yüksek lisans ve doktora mezunu hemşirelerin klinikte uzmanlık alanları dışında çalıştırılması, mezuniyet derecelerinin özlük haklarına yansımaması (örn. uzman hemşire kadrosunun tahsis edilememesi) nedeniyle klinik alanda çalışan doktora mezunu hemşireler, akademik ortamda çalışmayı tercih etmektedir.

Ülkemizdeki Hemşirelikte Doktora Programlarına Yönelik Öneriler

Uluslararası düzeyde hemşirelikte doktora programları ile karşılaştırıldığında, ülkemizdeki hemşirelikte doktora programlarına yönelik öneriler aşağıda sıralanmıştır:

- Hemşirelikte doktora programlarının gelişimi için öncelikte lisans ve yüksek lisans eğitim programlarında standardizasyon sağlanmalıdır. Bu amaçla, HUÇEP (Hemşirelik Ulusal Çekirdek Eğitim Programı) rehber alınarak lisansüstü programlar için de benzer çalışmalar yapılmalı ve sadece standartları karşılayan üniversitelerin hemşirelikte doktora programları açmasına izin verilmelidir.
- Hemşirelik eğitim programlarının akreditasyon çalışmaları hızlandırılmalı, lisansüstü programların akreditasyon çalışmaları da başlatılmalıdır.
- Hemşirelik okullarının yönetim ve öğretim üyesi kadrolarına sadece hemşire öğretim üyeleri atanması, yükseköğretim kurumları arasında öğretim üyesi dengesizliklerini giderecek önlemler alınması, geleceğin hemşire eğitimcilerinin hemşire öğretim üyeleri tarafından yetiştirilmesi, eğitim kalitesinin en önemli güvencelerindedir.
- Lisansüstü programların öğrenci kontenjanları belirlenirken YÖK ve SB (Sağlık Bakanlığı) işbirliği yapılmalıdır. Kontenjan belirlenirken hemşire öğretim üyesi sayısı, kurumun olanakları, öğrenciye sunulan fırsatlar dikkate alınmalıdır, yeterli olmayan programlara öğrenci kabulü sınırlandırılmalı veya alınmamalıdır. Üniversitelerin kadro planlaması yapılırken, sadece lisans programlarına göre değil, lisansüstü eğitim programların varlığı ve etkinliğine göre kadro taleplerine öncelik verilmelidir. Doktora eğitim programlarının geleceğin öğretim üyelerini yetiştirme amacına hizmet ettiği unutulmamalıdır.

- Mesleki deneyim, hemşirelik lisansüstü programları başvuru standart koşulları arasında yer almalıdır.
- Hemşirelikte doktora eğitim programlarının içerikleri güncellenmeli, ihtiyaçları belirlemek amacıyla çalıştaylar düzenlenmelidir.
- Doktora programlarında bilim felsefesi, etik, kuram geliştirme, araştırma metodolojisi ve biyoistatistik vb. derslerin üniversitenin ortak zorunlu ders havuzunda yer alması disiplinler arası işbirliğini de güçlendirecektir.
- Hemşireliğe özgü derinlemesine araştırmalar, seçilen konularda proje ve tez çalışmasıyla sürdürülmelidir.
- Hemşirelikte lisans ve lisansüstü programların standardizasyonu sağlandıktan sonra alt uzmanlık alanlarına odaklı daha özelleşmiş programlar açılmalıdır.
- Klinik uygulama alanlarında çalışan hemşirelikte yüksek lisans ve doktora mezunu hemşirelere kadro sağlanmalı, görev ve sorumlulukları, özlük hakları yasal olarak güvence altına alınmalı, uzmanlaştıkları alanda çalışabilmeleri sağlanmalıdır.

Sonuç

Bu derleme makalesinde, Amerika Birleşik Devletleri, Kanada, İngiltere, Avustralya, Japonya, İran ve Türkiye'deki hemşirelikte doktora programları kapsamlı bir bakışla incelenmiştir. Hemşirelikte doktora programları, başvuru koşulları, eğitim programları, mezuniyet koşulları, mezun yeterlilikleri ve istihdam alanları açısından uluslararası düzeyde karşılaştırılmıştır. Bu doğrultuda ülkemizdeki doktora programları ile ilgili önerilerde bulunulmuştur. Uluslararası düzeyde, doktora derecesine sahip hemşirelerin sağlığın korunmasından, tanı koyma, reçete verme ve anestezi uygulamalarına kadar geniş çerçevede ileri roller üstlendiği ve toplumun sağlık bakım gereksinimlerinin karşılanmasında önemli bir konuma geldiği görülmektedir. Ülkemizde de doktora mezunu hemşirelerin sadece eğitim kurumlarında değil tüm sağlık kurum ve kuruluşlarında da istihdam edilmesi ve daha aktif rol alması çok önemlidir. Bu nedenle, hemşirelik lisans programlarında başlayan akreditasyon çalışmalarının lisansüstü programları için de hızla başlatılması, mezun yeterliklerinin sürekli değerlendirilmesi ve sonuçlara yönelik iyileştirme çalışmalarının yapılması gerekmektedir.

Bilgilendirme

“Bu derleme, araştırma ve yayın etiği ilkelerine uyularak yazılmıştır. Araştırmacılar arasında herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır. Derlemeye yazarların katkı oranı beyanı şu şekildedir: Fikir/kavram SU; literatür tarama MD; makalenin yazımı MD; denetleme/danışmanlık SU; eleştirel inceleme ve düzenleme SU; son kontrollerin yapılması SU, MD. Derleme yazımı ile ilgili herhangi bir kurum ya da kuruluştan destek alınmamıştır”.


Kaynaklar

- 1.AACN (American Association of Colleges of Nursing). PhD education. 2021; <https://www.aacnnursing.org/Nursing-Education-Programs/PhD-Education>. Erişim tarihi: 08 Ocak 2021.
- 2.AACN. DNP essentials: The essentials of doctoral education for advanced nursing practice.2006; <https://www.aacnnursing.org/Portals/42/Publications/DNPEssentials.pdf>. Erişim tarihi: 28 Aralık 2020.
- 3.Ketefian S, Redman SW. A critical examination of developments in nursing doctoral education in the United States. Revista Latino-Americana de Enfermagem 2015; 23(3): 363–371.
- 4.INDEN (İnternational Network for Doctoral Education in Nursing). Advances in nursing doctoral education & research. ANDER Journal [online]. 2017; 6(1).
- 5.INDEN. Advances in nursing doctoral education & research. 2013; <https://nursing.jhu.edu/excellence/inden/documents/newsletters/Oct%20Journal%2010%2013%2013.pdf> . Erişim tarihi: 01 Ocak 2021.
6. Siqueira CL, Dorigan GH, Borges-Saidel MG, Panuta-Dias-Cunha MR, Brito-Rodrigues AP, Uhlmann DB. Doctor of nursing practice: Reflections on doctoral education in nursing. Revista Mineira Enfermagem 2019; 23:e-1200.
7. Molassiotis A, Wang T, Xuan-Hoang HT, Tan JY, Yamamoto-Mitani N, Cheng KF et al. Doctoral nursing education in east and Southeast Asia: characteristics of the programs and students' experiences of and satisfaction with their studies. BMC Med Educ. 2020; 20:143.
- 8.Kim MJ, Park CG, McKenna H, Ketefian S, Park SH, Klopper H et al. Quality of nursing doctoral education in seven countries: survey of faculty and students/graduates. Journal of Advanced Nursing 2015; 71(5):1098-109.
- 9.Özkütük N, Orgun F, Akçakoca B. Türkiye’de hemşirelik eğitimi veren yükseköğretim kurumlarına ilişkin güncel durumun incelenmesi. Yükseköğretim Dergisi 2018; 8(2):150–157.
- 10.Bernstein BL, Evans B, Fyffe J, Halai N, Hall FL. The continuing evolution of the research doctorate. In M. Nerad & B. Evans (Eds.), Globalization and its impacts on the quality of PhD education: Forces and forms in doctoral education worldwide, Rotterdam: Sense Publishers; 2014: 5-30.
- 11.Global QS Rankings. Nursing university rankings. 2020; <https://www.topuniversities.com/university-rankings/university-subject-rankings/2020/nursing>. Erişim tarihi: 24 Ocak 2021.
- 12.Moonaghi HK, Valizadehzare N, Khorashadizadeh F. PhD programs in nursing in Iran and Canada: A qualitative study. Journal of Pakistan Medical Association 2017; 67(6): 863-868.
- 13.Khomeiran RT, Deans C. Nursing education in Iran: Past, present and future. Journal of Hospital & Medical Management 2020; 6(3): 255.
- 14.Nova Southeastern University. Comparison table between DNP, EdD and PhD. 2021; https://nursing.nova.edu/forms/comparison_table.pdf . Erişim tarihi: 12 Ocak 2021.
- 15.Dos Santos LM, Lo HF. The development of doctoral degree curriculum in England: Perspectives from professional doctoral degree graduates. International Journal of Education Policy & Leadership 2018; 13(6):1-19.
- 16.Goliroshan S, Nobahar M, Babamohammadi H. Comparative study of nursing PhD curriculum in Iran and Carolina. Iranian Journal of Nursing Research 2019;14 (5):47-57.
- 17.Kırıkkaleli Z, Şahin N. Geçmişten bugüne yurtdışındaki hemşirelik eğitimi. Journal of Academic Research in Nursing 2019; 5(1):67- 72.
- 18.Koç A, Tayaz E, Ceylan E. İç hastalıkları hemşireliği doktora programının önemi ve Türkiye’deki durum analizi. Yükseköğretim ve Bilim Dergisi 2020; 10 (1): 144-152.
- 19.Carter M. The evolution of doctoral education in nursing, Chapter 3, Johns and Bartlett Publishers; 2016. http://samples.jbpub.com/9781449665067/chapter_3.pdf . Erişim tarihi: 07 Ocak 2020.
- 20.AACN. Position statement on the practice doctorate in nursing. 2004; <https://www.aacnnursing.org/Portals/42/News/Position-Statements/DNP.pdf>. Erişim tarihi: 07 Ocak 2021.
- 21.Kot FC, Hendel DD. Emergence and growth of professional doctorates in the United States, United Kingdom, Canada and Australia: a comparative analysis. Studies in Higher Education 2012; 37(3): 345-364.
- 22.Watson R, Thompson DR, Amella E. Doctorates and nurses. Contemporary Nurse 2011; 38 (1-2):151-159.
- 23.Horiuchi S. Doctoral nursing education in Japan. Journal of Nursing Science 2013; 31(1): 5-8.
- 24.St. Luke's International University. Graduate school of nursing science (Doctorate). 2021; http://university.luke.ac.jp/english/student_life/after_graduation.html. Erişim tarihi: 31 Ocak 2021.
- 25.Kızılkaya-Beji N, Güngör İ. Dünden bugüne hemşirelik eğitimi. Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi 2013; 27:14-17.
- 26.Palese A, Zabalegui A, Sigurdardottir AK, Bergin M, Dobrowolska B, Gasser C et al. Bologna process, more or less: nursing education in the European economic area: a discussion paper. International Journal of Nursing Education Scholarship 2014; 11(1): 63–73.
- 27.The Johns Hopkins University School of Nursing. DNP advanced practice/PhD dual degree program. <https://nursing.jhu.edu/academics/programs/doctoral/dnp-phd.html>. Erişim tarihi: 31 Ocak 2021.
- 28.The University of Ottawa. Doctorate in philosophy nursing. 2021; <https://catalogue.uottawa.ca/en/graduate/doctorate-philosophy-nursing/#text>. Erişim tarihi: 04 Ocak 2021.
- 29.University of Edinburgh. PhD/MPhil nursing studies. 2021; <https://www.phdportal.com/studies/26199/nursing-studies.html#content.requirement>. Erişim tarihi: 19 Ocak 2021.

- 30.The University of Sydney. Doctor of philosophy (nursing). 2021; <https://www.sydney.edu.au/handbooks/archive/2018/nursing/postgraduate/research/phd.shtml.html>. Erişim tarihi: 05 Ocak 2021.
- 31.The University of Tsukuba. Doctoral & master's programs in nursing science. 2021; http://www.md.tsukuba.ac.jp/kango-kagaku/en/about/curriculum.html#late_stage. Erişim tarihi: 17 Ocak 2021.
- 32.Tehran University. Nursing PhD. 2021; <http://fnm.tums.ac.ir/userfiles/pdf/NursingPhD.pdf>. Erişim tarihi: 18 Ocak 2021.
- 33.YÖK Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliği. Resmi gazete. 2016; <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2016/04/20160420-16.htm>. Erişim tarihi: 07 Ocak 2021.
- 34.Hajbaghery MA, Nabizadeh-Gharghozar Z, Bolandianbafghi S. Comparative study of nursing PhD education system and curriculum in Iran and Alberta school of nursing. Military Caring Sciences 2019; 6 (1): 69-78.
- 35.University of Huddersfield. Nursing and midwifery PhD. 2021; <https://courses.hud.ac.uk/full-time/postgraduate/nursing-and-midwifery-phd> . Erişim tarihi: 19 Ocak 2021.
- 36.University of Essex. Professional doctorate nursing. 2021; <https://www.essex.ac.uk/courses/pr00952/1/professional-doctorate-nursing>. Erişim tarihi: 25 Ocak 2021.
- 37.Latrobe University. Doctor of nursing. 2021; <https://www.latrobe.edu.au/courses/doctor-of-nursing-professional-doctorate> . Erişim tarihi: 05 Ocak 2021.
- 38.PhD Study in Japan. A guide for 2021; <https://www.findaphd.com/study-abroad/asia/phd-study-in-japan.aspx> . Erişim tarihi: 07 Ocak 2021.
- 39.Romano CA, Hinshaw AS. Doctor of nursing practice education for uniformed service advanced practice nurses: A model curriculum and clinical partnership. Clinical Scholars Review 2015; 8(1), 29-38.
- 40.Wyman JF, Henly SJ. PhD programs in nursing in the United States: Visibility of American Association of Colleges of Nursing core curricular elements and emerging areas of science. Nursing Outlook 2015; 63(4), 390-397.
- 41.Canada University of Alberta, Faculty of nursing PhD program; 2021. <https://www.ualberta.ca/nursingcanada/programs/graduate-programs-and-admissions/doctoral-program/index.html>. Erişim tarihi: 24 Ocak 2021.
- 42.CASN (Canadian Association of Schools of Nursing), Doctoral education in nursing in Canada. 2014; <https://www.casn.ca/wp-content/uploads/2014/10/DoctoralEducation2011.pdf>. Erişim tarihi: 04 Ocak 2021.
- 43.Walden University. Doctor of nursing practice. 2021; https://catalog.waldenu.edu/preview_program.php?catoid=128&poid=47161. Erişim tarihi: 30 Ocak 2021.
- 44.The University of Adelaide. Doctor of nursing. 2021; https://www.adelaide.edu.au/degree-finder/2021/hdrdoctor_nursing.html#df-acc-further_info_parent . Erişim tarihi: 30 Ocak 2021.
- 45.İstanbul Üniversitesi - Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliği. Resmi gazete. 2018; <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2018/08/20180829-1.htm> . Erişim tarihi: 07 Ocak 2021.
- 46.Ankara Üniversitesi. Hemşirelikte doktora programı ders kataloğu. 2021; <http://sagbilens.ankara.edu.tr/lisansustu-programlar-ders-katalogu/> . Erişim tarihi: 15 Ocak 2021.
- 47.Dokuz Eylül Üniversitesi. Hemşirelik anabilim dalı doktora programları. 2021; https://debis.deu.edu.tr/ders-katalog/2015-2016/tr/bolum_9213_tr.html . Erişim tarihi: 15 Ocak 2021.
- 48.İstanbul Bilim Üniversitesi. Hemşirelik doktora programı. 2021; <https://akts.demiroglu.bilim.edu.tr/akademik-programlar/doktora/saglik-bilimleri-enstitusu/hemşirelik-doktora-programi%3FpId%3D30> . Erişim tarihi:15 Ocak 2021.
- 49.McKenna HP. Current trends of nursing doctoral education in Europe. Rwanda Journal of Medicine and Health Sciences 2018; 1(1):39-42.
- 50.The University of Newcastle. Doctoral degree. 2021; <https://policies.newcastle.edu.au/document/view-current.php?id=171> . Erişim tarihi: 17 Ocak 2021.
- 51.Edwards N, Coddington J, Erler C, Kirkpatrick J. The impact of the role of doctor of nursing practice nurses on healthcare and leadership. Medical Research Archives 2018; 6 (4): 2-11.
- 52.EdD Programs, Ed.D. in nursing education programs. 2021; <https://www.eddprograms.org/schools/nursing-education/>. Erişim tarihi:31 Ocak 2021.
- 53.McMahon M, Habib B, Tamblyn R. The career outcomes of health services and policy research doctoral graduates. Health Policy 2019;15 (Special Issue):16-33.
- 54.NHS (United Kingdom National Health Service). Nursing careers. 2021; <https://www.healthcareers.nhs.uk/we-are-the-nhs/nursing-careers> . Erişim tarihi: 26 Ocak 2021.
- 55.UKRC (UK Clinical Research Collaboration). Developing the best research professionals qualified graduate nurses. 2014; <https://www.ukrc.org/wp-content/uploads/2014/07/Nurses-report-August-07-Web.pdf> . Erişim tarihi: 27 Ocak 2021.
- 56.Schwartz S. Educating the nurse of the future, report of the independent review of nursing education commonwealth of Australia. 2019; <https://www.health.gov.au/sites/default/files/documents/2019/12/educating-the-nurse-of-the-future.docx> . Erişim tarihi: 27 Ocak 2021.
- 57.NMBA (Nursing and Midwifery Board of Australia). Nurse practitioner standards for practice. 2021; <https://www.nursingmidwiferyboard.gov.au/codes-guidelines-statements/professional-standards/nurse-practitioner-standards-of-practice.aspx> . Erişim tarihi:26.09.2021.
- 58.JNA (Japanese Nursing Association). Nursing in Japan. 2016; <https://www.nurse.or.jp/jna/english/pdf/nursing-in-japan2016.pdf> . Erişim tarihi: 03 Ocak 2021.

- 59.Amini K, Ghahremani Z, Moosaeifard M, Taghiloo GA. Comparison of nursing education system in Iran and China. Journal of Medical Education Development 2016; 9(21):109-118.
- 60.Kocaman G, Yürümezoğlu HA. Türkiye’de hemşirelik eğitiminin durum analizi: Sayılarla hemşirelik eğitimi (1996-2015). Yükseköğretim ve Bilim Dergisi 2015; 5(3):255-262.
- 61.Yükseköğretim Bilgi Yönetim Sistemi. Yükseköğretim istatistikleri. 2021; <https://istatistik.yok.gov.tr/> . Erişim tarihi: 27.09.2021.
- 62.Türkiye Yeterlilikler Veri Tabanı. Sağlık Bilimleri Üniversitesi. Hemşirelik bilimleri doktora diploması.2021;<https://tyc.gov.tr/yeterlilik/hemşirelik-bilimleri-doktora-diplomasi-TR00311010.html>. Erişim tarihi: 29 Ocak 2021.
- 63.HEPDAK. Akredite edilen hemşirelik lisans programları. 2020; <https://www.hepdak.org.tr/akredite-edilen-kurumlar>. Erişim tarihi: 29 Ocak 2021.
- 64.YÖK (Yüksek Öğretim Kurulu) Hemşirelik programı bulunan tüm üniversiteler. 2020; <https://yokatlas.yok.gov.tr/lisans-bolum.php?b=10248>. Erişim tarihi: 30 Ocak 2021.

Perinatal Bakım Uygulamalarında Optimalite Yaklaşımı

 Çisem BAŞTARCAN¹,  Nevin HOTUN ŞAHİN²

¹Doktora Öğrencisi, İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği, İstanbul, Türkiye.

²Prof. Dr., İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye.

Öz

Optimalite, olabilecek en iyi sonuçlara odaklanan, en uygun anlamında kullanılan bir kavramdır. Sağlık hizmetlerinde optimalite, sağlık sonuçlarında en iyiye/en uygunu ulaşmayı hedefler. Perinatal optimalite kavramı ise, gebelik, doğum ve doğum sonu dönemde gebe, fetüs/yenidoğan ve kadının ailesi için en az müdahale ile en iyi sonuç elde edilmesidir. Her kadının perinatal süreç boyunca optimal bakım alma hakkı vardır. Perinatoloji hemşirelerinin perinatal süreçte kadına bakım verirken kanıta dayalı uygulamaları kullanmaları, anne, fetüs/yenidoğan ve kadının ailesinin bu süreci sağlıklı ve rahat geçirmesinde, annenin ve bebeğin sağlığının geliştirilmesinde anahtar role sahiptir. Ayrıca hemşireler perinatal bakım uygulamalarında, kadının fizyolojisine ve doğal sürece en az müdahaleyi savunan felsefeyi desteklemektedirler. Optimalite yaklaşımı da, bu felsefeye dayanmaktadır. Kanıta dayalı uygulamaların kullanılması da sağlık bakımında optimalitenin sağlanmasının en temel yoludur. Bu derlemenin amacı, perinatal bakım uygulamalarında optimalite yaklaşımının ve kanıta dayalı bakım uygulamalarının incelenerek hemşirelik mesleğine ve literatüre katkısını ortaya koymaktır.

Anahtar Kelimeler: Perinatal Bakım, Optimalite, Kanıta Dayalı Uygulamalar.

Abstract

Optimality Approach and Evidence-Based Practices in Perinatal Care

The term of optimality is focuses on the best possible results and is used in the sense of the most appropriate. It aims to achieve optimal healthcare services and to reach the best / most appropriate in health outcomes. The term of perinatal optimality is to achieve maximum results with minimum intervention for the pregnant, fetus / newborn and the woman's family during pregnancy, delivery and postpartum period. Every woman has the right to receive optimal care throughout the perinatal period. The use of evidence-based practices by perinatology nurses while providing care to the woman during the perinatal period has a key role in the healthy and comfortable life of the mother, fetus / newborn and woman's family, and the best health of the mother and baby. In addition, nurses support the philosophy that advocates the least intervention to the woman's physiology and natural process in perinatal care practices. The optimality approach is also based on this philosophy. The use of evidence-based practices is also the most basic way to ensure optimal health care. This review aims at examining the optimal approach and evidence-based care practices in perinatal care practices and to reveal its contribution to the nursing profession and literature.

Key words: Perinatal Care, Optimality, Evidence-Based Practices.

Geliş Tarihi / Received: 17.05.2021 **Kabul Tarihi / Accepted:** 14.02.2022

Correspondence Author: Doktora Öğrencisi, İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği, İstanbul, Türkiye. Telefon: +905393994032 E-posta: cisembastarcan@gmail.com

Cite This Article: Bastarcan Ç, Hotun Şahin N. Perinatal Bakım Uygulamalarında Optimalite Yaklaşımı. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 2022; 15(2): 219-226.



Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi 2022 Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License

Optimalite, olabilecek en iyi sonuçlara odaklanan, en uygun anlamında kullanılan bir kavramdır (1). Sağlık hizmetlerinde optimalite, sağlık sonuçlarında en iyiye/en uyguna ulaşmayı hedefler. Perinatal optimalite kavramı ise, gebelik, doğum ve doğum sonu dönemde gebe, fetüs/yenidoğan ve kadının ailesi için en az müdahale ile en iyi sonuç elde edilmesidir (2). Kanıta dayalı uygulamaların kullanılması da sağlık bakımında optimalitenin sağlanmasının en temel yoludur.

Perinatal süreç, gebelik, doğum ve doğum sonu dönemin tamamını kapsamaktadır (3). Perinatal bakım, normal/riskli anne ve fetüs/yenidoğan bakımını, bütüncül olarak ele alarak parçalanmadan sunan bir bakım yaklaşımıdır. Perinatal bakımın amacı, annenin ve yenidoğanın sağlığını koruma ve geliştirme, annede var olan veya bu süreçte görülen sağlık problemlerinin erken dönemde tanı ve tedavisini sağlama, mortalite ve morbidite oranlarını en aza indirebilme (4). Her kadının perinatal süreç boyunca optimal bakım alma hakkı vardır. Perinatal süreç boyunca kanıta dayalı uygulamaların kullanılması, anne, fetüs ve yenidoğana yönelik gereksiz ve zararlı girişimlerin en aza indirilmesini, maternal bakımda kalitenin artmasını ve bakımda standardizasyonu sağlayacaktır (5).

Hemşirelerin perinatal süreçte kadına bakım verirken kanıta dayalı uygulamaları kullanmaları, anne, fetüs/yenidoğan ve kadının ailesinin bu süreci sağlıklı ve rahat geçirmesinde, annenin ve bebeğin sağlığının geliştirilmesinde anahtar role sahiptir (6). Ayrıca hemşireler perinatal bakım uygulamalarında, kadının fizyolojisine ve doğal sürece en az müdahaleyi savunan felsefeyi desteklemektedirler. Optimalite yaklaşımı da, bu felsefeye dayanmaktadır. Kanıta dayalı uygulamaların kullanılması da sağlık bakımında optimalitenin sağlanmasının en temel yoludur. Perinatal süreçte optimal sağlık bakımının verilmesinde de perinatoloji hemşirelerine önemli roller düşmektedir. Bu derlemenin amacı, perinatal bakım uygulamalarında optimalite yaklaşımının ve kanıta dayalı bakım uygulamalarının incelenerek hemşirelik mesleğine ve literatüre katkısını ortaya koymaktır.

Gelişme

Perinatal Süreçte Kanıta Dayalı Uygulamalar

Kanıta dayalı uygulama (KDU) bir klinik problemin çözümüne yaklaşımda en iyi ve güncel kanıtları, klinik uzmanlık, değerlendirme, hastanın değerleri ve tercihi ile birleştirerek karar verme sürecidir (7). KDU, bilimsel literatür ile birlikte en güncel bilgilerin sağlık hizmetlerinde kullanılmasını standartlaştırmayı amaçlar. En iyi kanıtların tanı, bakım ve tedavi süreci boyunca karar verirken özenli ve dikkatli kullanılmasını sağlar. Bireysel deneyim ve geleneksel uygulamalar yerine KDU kullanılması, bakım sürecinde gereksiz uygulama ve hataların oluşmamasını ve hasta memnuniyetinin artmasını sağlayacaktır (8).

Fizyolojik olarak kadın bedeni, müdahale edilmesi gereken bir sorun olmadığı sürece, gebelik ve doğum eylemi ile baş edebilme yeteneğine sahiptir (9). Sağlık çalışanları için perinatal süreçte KDU kullanılmasının standartlaşması gerekliliği 1900'lerden itibaren dile getirilmektedir (10). Sağlık bakım hizmeti alanlarda doğum eylemi sırasında yapılan uygulamaların kanıt temelli olması gerektiği bildirilmektedir ancak perinatal süreç boyunca kanıt temelli olmayan pek çok tıbbi müdahale yapılmaktadır.

Annelik Bakım Derneği (The Maternity Care Association) 2002 yılında yapmış olduğu "Anneleri Dinleme (Listening to Mothers)" adlı araştırmasında, Amerika'da doğum yapmış olan birçok kadının doğumları sırasında teknolojinin yoğun şekilde kullanıldığını belirlemiştir. Doğumları esnasında kadınlar, elektronik fetal monitörizasyon (EFM) (%93), intravenöz (IV) hidrasyon (%86), epidural analjezi (%63), amniyotomi (%55), doğum indüksiyonu (%53), mesane kateterizasyonu (%52), epizyotomi ve laserasyon (%52) uygulamalarının yapıldığını bildirmişlerdir (11). Yapılan çalışmalarda Türkiye'de de kanıta dayalı olmayan uygulamaların (EFM, amniyotomi, doğum indüksiyonu, epizyotomi, mesane kateterizasyonu, litotomi pozisyonu, sık vajinal tuşe, oral sıvı alımının kısıtlanması, mobilizasyonun kısıtlanması, doğum boyunca refakatçi kısıtlanması vb.) yaygın olarak uygulandığı görülmektedir (12-14). Bu uygulamaların, bir endikasyon olmadığı sürece uygulanması perinatal bakımda kanıta dayalı uygulamaların yaygınlaşmasını engellemektedir.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 1998 yılında, optimal perinatal bakımın sağlanmasında gerekli temel ilkeleri bildirmiştir. Bu ilkeler (15);

- Bakımın kanıta dayalı olarak uygulanması
- Perinatal bakım verilirken medikalize olmaması
- Bakımda multidisipliner bir ekip olması
- Bakım sırasında uygun teknolojik girişimlerin kullanılması
- Bakımın bütüncül olarak verilmesi
- Kültürel farklılıkların bakım sırasında dikkate alınması
- Bakımın aile merkezli verilmesi
- Bakım sırasında alınacak kararlara kadının katılımının sağlanması
- Kadının saygınlığına ve mahremiyetine özen gösterilmesi
- Etkin sevk zincirini kapsayan bir sağlık sisteminin olmasıdır.

Perinatal optimal bakımın temel ilkeleri arasında da bakımın kanıta dayalı olarak uygulanması gerekliliği vurgulanmaktadır.

Gebelik Döneminde Kanıta Dayalı Uygulamalar

Gebelik döneminde uygulanan kanıt temelli bakımın amacı kadının sağlıklı bir gebelik süreci geçirmesidir ve gebenin doğum ve doğum sonu dönemini de yakından ilgilendirmektedir.

Gebe izlem sıklığı

DSÖ (2016) gebelerin bakım kalitesini iyileştirmek ve perinatal mortaliteyi azaltmak amacıyla yayınladığı antenatal bakım rehberinde, gebelik boyunca en az sekiz defa izlem önermektedir (16). Sağlık Bakanlığı'nın yayınladığı doğum öncesi bakım rehberinde, kadınların gebelikleri süresince en az dört defa muayene edilmesi gerektiği önerilmektedir. Sağlık Bakanlığı rehberinde ilk izlemin gebeliğin 14 haftası içerisinde olması gerektiği, ikinci izlemin gebeliğin 18-24. haftaları arasında olması gerektiği, üçüncü izlemin gebeliğin 28-32. haftaları arasında olması gerektiği ve son izlemin gebeliğin 36-38. haftaları arasında olması gerektiği vurgulanmaktadır (17).

Gebelik döneminde yapılması gereken izlem sayısı ile ilgili kanıt oluşturmak için yedi çalışmanın (60.000'den fazla kadın) dahil edildiği bir meta-analizde, izlem sayısının dörtten az olduğu ve sadece hedefe yönelik bakıma odaklı ziyaretlerin düşük ve orta gelir düzeyindeki ülkelerde perinatal mortalite artışıyla ilişkili olduğu bildirilmiştir (18). Kadınların gebelik döneminde aldıkları sağlık bakımı hakkında görüşlerini ve deneyimlerini araştıran 85 çalışmanın dahil edildiği bir sistematik incelemede, kadınlar için gebelikte bakım almaya devam etmelerinin, bunun olumlu bir deneyim olacağı algısına bağlı olduğu, kişiselleştirilmiş, nazik, ilgili, destekleyici, kültürel açıdan duyarlı, esnek ve kadınların ihtiyaçlarına saygılı bakımın sürekliliğini içeren kaliteli bakım almak istedikleri bildirilmiştir. Kadınların doğum öncesi bakıma ilişkin algıları, gebeliğin sağlıklı veya riskli bir durum olduğuna ilişkin genel inançlarına ve planlı gebelik olmasına bağlı olduğu ve gebelikte düzenli bakım almaya devam etmelerinin ise, ilk izlemden yapılanlara ve memnuniyetlerine bağlı olduğu bildirilmiştir (19).

Gebelikte rutin ultrason kullanımı

Gebelik döneminde fetal sağlığı değerlendirmede kullanılan ultrason ile konjenital anomali varlığı, fetüs sayısı, fetal büyümenin saptanması, plasental yerleşim, amniyotik sıvının değerlendirilmesi hakkında bilgi edinilmektedir (12,20). DSÖ (2016) gebeliğin 24. haftasından önce ultrason kullanımının bir kez yapılmasını önermektedir (16).

Gebeliğin 24. haftasından önce ultrason kullanımının etkilerini incelemek amacıyla 11 çalışmanın (37.505 kadın) değerlendirildiği bir Cochrane incelemesinde, gebeliğin erken döneminde fetal değerlendirme ve çoğul gebeliklerin tespiti için yararlı olduğu bildirilmiştir (orta kanıt). Erken dönemde ultrason kullanımının ise perinatal ölüm oranlarıyla ilişkili olmadığı bildirilmiştir (20). Gebeliğin 24. haftasından sonra rutin ultrason kullanımının gebelere etkisini incelemek amacıyla 13 çalışmanın (34.980 kadın) dahil edildiği bir sistematik derlemede, rutin ultrason kullanımının perinatal mortalitede iyileşme ile ilişkisi olmadığı ve annenin psikolojisi üzerinde de etkisi olmadığı bulunmuştur. Rutin ultrason uygulamasının gebelere herhangi bir yararı olmadığı bildirilmiştir (21).

Demir ve folik asit kullanımı

DSÖ (2016) doğum sonrası görülebilecek sepsis, anemi, preterm doğum ve düşük doğum ağırlığı gibi durumların önlenmesi için kadının gebelik döneminde 60 mg demir + 0.4 mg folik asit desteğini önermektedir (16). Sağlık Bakanlığı "Gebelere Demir Destek Programı (GDDP)" kapsamında gebelikte 4. aydan itibaren başlayarak doğum sonrası üç aya kadar demir kullanımını önermiştir ve kadınlara ücretsiz sağlanması için düzenlemeler yapmıştır. Folik asit kullanımının da gebelikte 0.4 mg/gün olarak kullanılması gerektiği tavsiye edilmektedir (17). William ve ark. (2015) yaptıkları bir çalışmada, Amerika'da kadınların nöral tüp defekti oranlarını rutin olarak folik asit kullanmaya başlamadan önce ve sonra olarak karşılaştırmışlardır. Çalışmanın sonucunda rutin folik asit kullanımı sonrası yenidoğanda görülen nöral tüp defekti sayısının yıllar içinde azaldığı bulunmuştur (22).

Çoğul gebeliklerde yatak istirahati

İkiz gebeliklerde herhangi bir komplikasyon yoksa yatak istirahati uygulanmasının bir yararı gösterilmemiştir. Yine çoğul gebelikte preterm riskini azaltmak amacıyla uygulanan yatak istirahatinin bir yararı olduğu ile ilgili kanıt yoktur (8). Amerikan Obstetri ve Jinekoloji Derneği [The American College of Obstetricians and Gynecologists] (ACOG), çoğul gebelere uygulanan yatak istirahatinin hem tromboz riski olması hem de kanıtlanmış bir yararının olmamasından dolayı önerilmemesi gerektiğini bildirmektedir (23).

Silva Lopes ve ark. (2017) beş çalışmayı (495 kadın ve 1016 bebek) değerlendirdikleri bir sistematik incelemede, çoğul gebelere uygulanan yatak istirahatinin, erken doğum, perinatal ölüm riski, düşük doğum ağırlıklı bebek, sezaryenle doğum ile ilişkili olmadığı bildirilmiştir. Çoğul gebelere yatak istirahati önermeyi destekleyen bir kanıt olmadığı ve yüksek riskli olmayan gebelere önerilmemesi gerektiği belirtilmiştir (24).

Doğum Eyleminde Kanıta Dayalı Uygulamalar

Doğum eylemi sırasında yapılan gereksiz veya yanlış uygulamalar ve bunlar sonrasında görülen komplikasyonlar, kadınların sakatlık ve ölüm nedenleri arasındadır. Bu nedenle doğum eylemi sürecinde bireysel deneyimler ve geleneksel uygulamalar yerine kanıta dayalı yapılacak uygulamalar gereksiz müdahaleleri azaltacak, bakımda standardizasyonu sağlayacak ve hasta memnuniyetini arttıracaktır (13).

Elektronik fetal monitörizasyon (EFM)

ACOG, düşük riskli gebelerin doğumun birinci evresinde EFM değerlendirmesinin her 30 dakikada bir olmasını, ikinci evresinde değerlendirmenin her 15 dakikada bir olmasını önermektedir. Yüksek riskli gebelerin EFM değerlendirmesinin ise doğumun birinci evresinde her 15 dakikada bir ve ikinci evresinde her 5 dakikada bir olmasını önermektedir (25).

Aralıklı oskültasyon ve sürekli EFM kullanımının karşılaştırdığı 13 çalışmanın (37.000'den fazla kadın) dahil edildiği bir Cochrane sistematik derlemede, iki uygulama arasında perinatal ölüm oranları arasında bir fark görülmezken, sürekli EFM uygulamasının neonatal konvülsiyonlarda azalma ile ilişkili olduğu bildirilmiştir. Yine sürekli EFM kullanımının müdahaleli doğum riski ve sezaryen oranlarında artış ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (26).

Sürekli vajinal tuşe uygulaması

Doğum eylemi sırasında sık uygulanan vajinal tuşenin fayda/zararları hakkında yeterli kanıt bulunmamaktadır. Vajinal tuşe uygulamasının dört saatte bir ve iki saatte bir yapılmasının karşılaştırıldığı bir Cochrane sistematik derlemede, doğum süresi, spontan ya da cerrahi vajinal doğum, sezaryen doğum ve epidural analjezi kullanımı arasında bir fark görülmemiştir (27). Uzel

ve Yanikkerem (2018) 325 kadın ile yaptıkları çalışmada, kadınlara doğumhanede ne kadar sıklıkta vajinal tuşe yapıldı diye sorulduğunda, %49.5'i 30 dakikada bir ve %43.7'si 1 saat ara ile yapıldığını bildirmiştir. Kadınlara hangi sıklıkla vajinal tuşe yapılsın isterdiniz diye sorulduğunda ise %36.6'sı 1 saat ara ile, %44.6'sı 2 saat ara ile ve %16'sı 3 saat ara ile yapılmasını istediklerini belirtmişlerdir (28).

Doğum indüksiyonu

Doğumun başlamasında kullanılan indüksiyonun endikasyon ve kontrendikasyonları çok iyi bilinmelidir. Komplikasyon oranı düşük ve en az travma ile doğumun gerçekleşmesinde gebeler dikkatli değerlendirilmelidir (13). Bugg ve ark. (2013) sekiz çalışmayı (1138 düşük riskli gebe) değerlendirdikleri bir Cochrane sistematik incelemesinde, doğumun birinci evresinin yavaş ilerlemesi sonucunda erken uygulanan oksitosin indüksiyonunun doğum süresini iki saat kadar kısalttığı bildirilmektedir. Fakat doğum indüksiyonu uygulanması sonrasında müdahaleli vajinal doğum ve sezaryen oranlarında belirgin bir fark belirtilmemiştir (29).

Amniyotomi

Amniyotik membranların bir müdahale ile açılması işlemine amniyotomi denmektedir. Amniyotominin doğum eyleminde rutin olarak uygulanması önerilmemektedir. Karakoç ve ark. (2020) yaptıkları bir çalışmada, vajinal doğum sırasında amniyotomi uygulanan kadınların amniyotomi uygulanmayan kadınlara göre hastanede kalış süresi ve analjezik kullanımını arttırdığını bildirmiştir (30). Smyth ve ark. (2013) 15 çalışmayı (5583 kadın) dahil ettikleri bir Cochrane sistematik incelemesinde, amniyotomi uygulamasının sezaryen riski, doğum süresi, maternal memnuniyet ve yenidoğan apgar skoru arasında bir fark olmadığını bildirmiştir (31).

Lavman ve perine tıraşı uygulaması

Doğum eylemi sırasında kadına lavman uygulamasının hoş olmayan bir durum olduğu ve ağrıya neden olabileceği için rutin yapılması önerilmemektedir. Lavman uygulamasının neonatal ve maternal sonuçlarını değerlendirmek amacıyla dört çalışmanın (1917 kadın) dahil edildiği bir Cochrane sistematik incelemesinde, rutin uygulanan lavmanın doğum süresi, perine yara enfeksiyonu, neonatal enfeksiyon ve kadının doğum memnuniyeti açısından bir farkı bulunmamıştır (32). Karaçam ve ark. (2020) yaptıkları randomize kontrollü deneysel çalışmada, doğumun ikinci evresinde lavman uygulanmayan kadınların daha fazla dışkı kaçırdığı, fakat lavman uygulamasının anne ve bebek sağlığına bir etkisi olmadığı bildirilmiştir (33).

Doğum eyleminde uygulanan perine tıraşı sonrası vulvada iritasyon, yanma, kızarıklık, kaşıntı gibi yan etkiler görüldüğü ve kadında rahatsızlık, utanma ve ağrıya neden olduğu bildirilmektedir. Perine tıraşının rutin olarak yapılması riskleri olan ve gereksiz bir uygulama olduğundan dolayı önerilmemektedir (13).

Mobilizasyonun kısıtlanması

Doğum süresi boyunca kadınların hareket etmeleri, kendilerini rahat hissettikleri pozisyonu almaları ve dik pozisyonların desteklenmesi gerektiği önerilmektedir. Kadınlar doğumları sırasında çoğunlukla yarı yatar pozisyon ya da sırt üstü pozisyonda kalmakta ve bu durum kadını doğum sırasında pasif duruma getirmektedir. Lawrence ve ark. (2013) yaptıkları 25 çalışmanın (52108 kadın) dahil edildiği bir Cochrane sistematik incelemesinde, doğumun ilk evresinde kadının ayakta durma, yürüyüş ve dik pozisyonlarda desteklenmesinin doğum süresini kısalttığı, epidural analjezi ihtiyacını ve sezaryen riskini azalttığı belirtilmektedir (34). Uzel ve Yanikkerem (2018) 325 kadın ile yaptıkları çalışmada kadınların %77.8'i doğum sırasında hareket etmediklerini ve %93.5'i de doğum sırasında hareket etmek istediklerini bildirmişlerdir (28).

Oral sıvı ve gıda alımının kısıtlanması

Doğum eylemi esnasında oral sıvı ve gıda alımının kısıtlanmasının yararını ya da zararını gösteren herhangi bir kanıt yoktur. Bu nedenle düşük riskli gebelerde doğum eyleminde kısıtlama yapmanın gerekli olmadığını bildirilmektedir (12). Singata ve ark. (2013) beş çalışmayı (3110 kadın) inceledikleri bir Cochrane sistematik incelemesinde, doğum eylemi sırasında oral alımı kısıtlanan gebeler ve kısıtlanmayan gebeler arasında sezaryen oranları ve doğum sonu yenidoğan apgar skorları arasında bir fark görülmemiştir (35). Türkiye'de 325 kadın ile yapılan bir çalışmada, kadınların %99.4'ünün doğum sırasında bir şeyler yemesine izin verilmediği ve %84'ünün doğum sırasında bir şeyler yemek istediklerini belirttikleri bildirilmiştir (28).

Epizyotomi

Epizyotomi, doğum eyleminde sıklıkla kullanılan bir uygulama iken son dönemlerde kullanılmasının gerekli olup olmadığı tartışılmaktadır ve gerçekten uygulanması gerekli ise yapılması önerilmektedir (36). Jiang ve ark. (2017) 12 çalışmayı (6177 kadın) dahil ettikleri bir Cochrane sistematik incelemesinde, rutin epizyotomi uygulaması yerine gerekli olduğunda yapılan sınırlı epizyotominin daha faydalı olduğu görülmüştür. Bununla birlikte şiddetli perineal travma, üriner inkontinans, organ prolapsusu ve ağırlı cinsel ilişki yönünden bir fark bildirilmemiştir (37).

Doğum eyleminde destekleyici bakım

Doğum eylemi esnasında düşük riskli gebelere, sürekli destekleyici bakımın verilmesi gerektiği önerilmektedir. Kadın Sağlığı, Doğum ve Yenidoğan Hemşireleri Derneği [Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses] (AWHONN), her gebe için doğum eylemi boyunca bireyselleştirilmiş, klinik uzmanlık ve bilginin bir arada olduğu, gebenin odak merkezinde olduğu destekleyici bir ekibin oluşturulmasını önermektedir (38). Bohren ve ark. (2017) 26 çalışmayı (15858 kadın) inceledikleri bir Cochrane sistematik derlemesinde, doğum eylemi sırasında verilen sürekli desteğin, vajinal doğum sayısında artış, sezaryen doğum sayısında azalma, daha kısa doğum süresi, daha az analjezi kullanımı oranları ile ilişkili olduğu bulunmuştur (39). Uludağ ve Mete'nin (2014) yaptıkları çalışmada da, doğum eylemi boyunca kadına verilen sürekli desteğin anestezi ve analjezi kullanımını, oksitosin ihtiyacı, sezaryen doğum ve müdahaleli vajinal doğum oranlarının azaldığı bildirilmiştir (40).

Doğum Sonu Dönemde Kanıta Dayalı Uygulamalar

Doğum sonu dönemde uygulanan kanıta dayalı girişimler, riskli durumları önlemede, annenin ve yenidoğanın fiziksel bakımını sağlamada ve ailenin bu yeni durumuna uyumunu kolaylaştırmaya yardımcı olmaktadır (41).

Uterus masajı

Uluslararası Ebeler Konfederasyonu [The International Confederation of Midwives] (ICM) ve Jinekolog ve Doğum Uzmanları Federasyonu [International Federation of Gynecology and Obstetrics] (FIGO) plasentanın doğumu ile birlikte iki saat içerisinde

postpartum hemorajinin önlenmesi amacıyla uterus masajına başlanmasını ve 15 dakikada bir uterusun kontrol edilerek kontrakte olduğundan emin olunması gerektiğini bildirmektedir (42). Hofmeyr ve ark. (2013) uterus masajının postpartum kanamada etkinliğini değerlendirmek amacıyla yaptıkları bir Cochrane sistematik incelemesinde, doğum sonu ilk bir saat içerisinde 10 dakikada bir yapılan uterus masajının ek uterotonik kullanma ihtiyacını ve kan kaybını azalttığı bildirilmiştir (43).

Erken dönemde ten-tene temas

Ten-tene temas, doğum sonu erken dönemde yenidoğanın annenin çıplak göğsüne yatırılması ve üzerine sıcak bir battaniye sarılan bir uygulamadır (12). Anne ve yenidoğan erken dönem ten-tene temasının yararını incelemek amacıyla değerlendirilen 38 çalışmanın (3850 kadın) Cochrane sistematik incelemesinde, ten-tene temasın emzirmeyi olumlu etkilediği, emzirme süresini artırdığı, fizyolojik adaptasyona olumlu etkisi olduğu belirlenmiştir ve herhangi bir olumsuz etkisinin olduğu görülmemiştir (44). Çetinkaya ve Ertem'in (2017) yaptıkları bir sistematik incelemede, ten-tene temasın anne ve yenidoğan etkileşimini pozitif etkilediği ve invaziv işlemler esnasında da ağrıyı azalttığı görülmüştür (45).

Perine bakımı

Her kadının doğum sonu dönemde perine bakımına dikkat etmesi ve perine bölgesini temiz ve kuru tutması, postpartum enfeksiyon gelişme riskini azaltma ve yara iyileşmesini hızlandırma açısından önemlidir. Doğum sonu perine bölgesinde oluşabilecek ağrı için jel pedler veya ezilmiş buz ile bölgesel soğuk uygulama önerilebilir. Doğum sonu perine bölgesi enfeksiyon ve yara açılması veya iyileşmesi yönünden değerlendirilmelidir (41). Perine bölgesinde oluşan ağrının azaltılmasında kullanılan yöntemleri incelemek amacıyla 10 çalışmanın (1233 kadın) değerlendirildiği bir Cochrane sistematik incelemesinde, buz paketi kullanan kadınlarda 24-72 saatte ağrıda azalma görülmüştür. Kadınların doğum sonu perine bölgesinde oluşan ağrılar için ise çoğunlukla jel pedleri tercih etikleri bildirilmiştir (46).

Perinatal Bakım Sürecinin Değerlendirilmesinde Optimalite Yaklaşımı

Optimalite yaklaşımı, perinatal süreçte verilen bakımın değerlendirilmesinde farklı bir seçenektir. Optimalite yaklaşımı ile bu süreçte görülebilen istenmeyen olayların yerine, iyi/istenilen sonuçların değerlendirilmesi üzerine odaklanılmaktadır (1). Perinatal dönemde verilen bakımın değerlendirilmesinde kullanılan diğer ölçüm araçları, çoğunlukla maternal ve neonatal/fetal sonuçlar üzerine odaklanmaktadır. Bu nedenle annenin ve yenidoğanın optimal iyilik hali gözardı edilmektedir ve verilen bakımın değerlendirilmesi güçleşmektedir (5).

Wieggers ve ark. (1996) yaptıkları çalışmada, ebellek bakımının süreçlerini değerlendirmişler ve doğum sırasında kadınlara uygulanan girişimleri ile sağlık çıktılarının ilişkisini değerlendirmek üzere bir ölçme aracı geliştirmişlerdir. Aynı zamanda doğumda optimalite yaklaşımını "obstetrik, tıbbi ya da sosyal bir problemi olmayan sağlıklı kadının, doğum sırasında bir komplikasyon veya müdahale olmadan uygun zamanda sağlıklı bir çocuk dünyaya getirmesi" olarak tanımlamışlardır (47). Geliştirdikleri bu ölçüm aracının, Birleşik Krallık, Amerika Birleşik Devletleri, Hollanda, Finlandiya ve Türkiye'de geçerlik ve güvenilirliği yapılmıştır. Yücel ve ark. (2015) tarafından Türkçe'ye uyarlanıp geçerlik ve güvenilirliği yapılan "Optimalite İndeksi-Türkiye (Oİ-TR)", optimalite yaklaşımı doğrultusunda perinatal süreçte verilen maternal bakımın klinik sonuçlarını değerlendirmeyi amaçlamaktadır (5). Oİ-TR, 60 maddeden oluşmaktadır ve tüm maddeleri optimal olma haline göre optimal ya da optimal olmayan şeklinde belirtilen bir ölçme aracıdır. Oİ-TR iki kısımdan oluşmaktadır. İlk bölümde, kadının mevcut perinatal risk faktörlerini belirlemek amaçlanmaktadır. İkinci bölüm ise, doğumdan önce, doğum, doğum sonrası ve yenidoğan ile ilgili dört perinatal alana yönelik maddeleri içermektedir. İndeksteki maddelerin optimalite kriterleri, güncel literatür doğrultusunda kanıta dayalı olarak hazırlanmıştır. Burada perinatal süreçte yapılan müdahalelerin zorunlu ya da gerekli olup olmadığına bakılmamaktadır. Kadına ve fetus/yenidoğana yapılan tüm müdahalelerin optimal yaklaşım olmadığı düşünülmektedir. Oİ-TR ölçme aracından alınan yüksek skorların, doğum süreci sırasında destekleyici uygulamaların (beslenme, emzirme, mobilizasyon vb.) kullanıldığı ve zarar verici müdahalelerden (cerrahi müdahale, ilaç kullanımı, müdahaleli doğum vb.) kaçınıldığını göstermektedir (5).

Kanıta dayalı bakım uygulamalarının belirlenmesi ve değerlendirilmesi, verilen bakımın hem sürecine hem de sonuçların ölçümüne dikkat etmeyi gerektirmektedir. Çünkü bu uygulamalar, obstetrik müdahaleler ve maternal bakımın, sağlıklı perinatal sonuçlar ve en iyi uygulamaların birleşimini yansıtmaktadır. Optimal yaklaşımı değerlendiren ölçüm araçları, anne ve yenidoğan için en iyi koşulları belirten perinatal optimalite yaklaşımına dayanmaktadır (9). Verilen perinatal bakımın sonuçları kabul edilebilir veya normal şeklinde değerlendirilirken, optimal yaklaşımda ise bu sonuç ideal olarak belirtilmektedir. Perinatal bakım hizmeti veren perinatoloji hemşirelerinin temel rolü, kadına ve yenidoğana verdikleri bakımda, gebeliğe, doğuma ve doğum sonu dönemdeki tüm süreçlerin desteklenmesine odaklanmak olmalıdır (48).

Optimal Perinatal Bakımda Hemşirelik Uygulamaları

Perinatoloji hemşiresi, kadının üreme çağı boyunca sağlık ihtiyaçlarını karşılamak, sağlığını korumak ve yükseltmek amacıyla kadına, eşine ve ailesine perinatal bakım hizmeti vermektedir. Bununla birlikte perinatoloji hemşiresi, gebelik dönemi ve doğum süreci boyunca prekonsepsiyonel bakımdan başlayıp, doğum sonu taburculuğa hazırlık ve ailenin evde ilk ziyaretine kadar kadının optimal bakım almasında önemli rol oynarlar. Perinatoloji uygulamalarının sürekli değişen yapısı da, bu alanda çalışan hemşirelerin yeni teknoloji ve bilgileri takip etmesi gerekliliğini göstermektedir. Bu nedenle, perinatal süreçte hemşirelik bakımın kanıta dayalı olması, bu dönemin kadın, yenidoğan ve ailesi için daha sağlıklı geçmesini ve bakımın kalitesinin artmasını sağlamaktadır (12). Perinatoloji hemşirelerinin bakımda KDU kullanmaları aynı zamanda, bakım uygulamalarında ve sonuçlarında fark yaratmak, sağlık hizmetlerinin kalitesini arttırmak ve bakımın standart olmasını sağlamak için oldukça önemlidir.

Yılmaz ve Başer (2017) yaptıkları çalışmada, doğum ve doğum sonu dönemde annelere hemşireler tarafından verilen birey merkezli bakımın doğum deneyiminin olumlu algılanmasını sağladığı anne memnuniyetini artırdığı bildirilmiştir (6). Başka bir çalışmada da, hemşirelerin kadınlara verdikleri sürekli perinatal bakımın, invaziv girişimleri (doğumda analjezi ihtiyacı, doğumun süresi, doğumda vakum, forseps kullanımı ve sezaryen ile doğum vb.) azalttığı ve anne memnuniyetini artırdığı belirlenmiştir (49). Perinatal süreçte hemşireler tarafından optimal bakımının sağlanması, kadınların ağrı ile baş

etmelerini, memnuniyetlerinin artmasını, kontrol duygusunu sağlamalarını geliştirerek doğum deneyimini olumlu hale getirebilmektedir (50).

Perinatoloji hemşirelerinin verdikleri perinatal bakım uygulamaları, gebelik döneminde annenin ve fetüsün sağlık durumuna, bakım ihtiyaçlarının giderilmesine, riskli durumların önlenmesine, doğum süresince annenin bakımına, yenidoğanın sağlık durumuna ve doğum sonu annenin ihtiyaçlarına odaklanmaktadır. Gebelik, doğum ve doğum sonu dönemde verilen bakımın çeşitliliği, perinatal sonuçlarda farklılıklar oluşmasına sebep olabilmektedir (10). Perinatal dönemde verilen bakımın optimal hale getirilmesinde hemşireler için belli bir standart bulunmamaktadır. Bu sebeple geliştirilen optimalite indeksinin hemşirelik bakım hizmetlerinde kullanılmasının yararlı olabileceği, aynı zamanda perinatoloji hemşiresinin uygulayıcı, araştırmacı, eğitici, savunucu ve yönetici rollerini de etkin kullanması ile optimal perinatal bakımın sağlanabileceği düşünülmektedir.

Sonuç

Perinatal sağlıkta optimalite yaklaşımı, kadının obstetrik, tıbbi ve sosyal tüm özelliklerini içeren, en az sayıda müdahale ile en iyi sonuca ulaşmayı planlayan bakım uygulamalarını tanımlamaktadır. Optimalite odaklı yaklaşım, bakım sürecinde karşılaşılan bir durumun nasıl olumsuz ilerleyeceğinden ziyade bu durum karşısında pozitif olana odaklanarak onu ele almaktadır (9). Perinatoloji hemşiresi perinatal bakım uygulamalarında, kadının fizyolojisine ve doğal sürece en az müdahaleyi savunan felsefeyi desteklemektedirler (1). Optimalite yaklaşımı da, bu felsefeye dayanmaktadır. Bu bağlamda perinatal bakım sürecinde hemşirelerin optimalite kavramını bilmeleri, optimal yaklaşımı bakım uygulamalarına yansıtmaları önemlidir.

Bilgilendirme

Yazarların Katkı Beyanı: fikir ve kavram Ç.B., N.Ş.; tasarım Ç.B.; denetleme ve danışmanlık N.Ş.; literatür tarama Ç.B.; literatür verilerinin analizi ve yorumlaması Ç.B., N.Ş.; makalenin yazımı Ç.B., N.Ş.; eleştirel düşünme Ç.B., N.Ş. şeklindedir. Yazarlar arasında herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır. Derleme yazımı ile ilgili herhangi bir kurum ya da kuruluştan destek alınmamıştır.




Kaynaklar

1. Murphy PA, Fullerton JT. Measuring outcomes of midwifery care: development of an instrument to assess optimality. *Journal of Midwifery and Women's Health* 2001;46(5):274–284.
2. Thompson SM, Nieuwenhuijze MJ, Budé L, de Vries R, Low LK. (2018). Creating an Optimality Index – Netherlands: a validation study. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2018;18:100.
3. Yıldırım AD, Oskay Ü. Dünyada ve Türkiye’de optimal perinatal bakıma yönelik programlar. *EGE HFD* 2020;36(1):45-52.
4. Merih YD, Potur DC. Perinatolojide hemşirenin gelişen ve değişen rolleri. *Türkiye Klinikleri J Obstet Womens Health Dis Nurs-Special Topics* 2018;4(2):61-9.
5. Yücel Ç, Taşkın L, Low LK. Validity and reliability of the Turkish version of the Optimality Index-US (OI-US) to assess maternity care outcomes. *Midwifery* 2015;31(12):1135-1142.
6. Yılmaz FA, Başer M. Normal doğumda öğrenci hemşireler ve klinik hemşireler tarafından verilen bakımın anne memnuniyetine etkisi, *ACU Sağlık Bil Derg* 2017;8(1):24-28.
7. International Council of Nursing, Closing the gap: from evidence to action, 2012. URL: <http://www.icn.ch/publications/2012-closing-the-gap-from-evidence-to-action/>. 30 Mart 2021
8. Başgöl Ş, Oskay Ü. Prekonsepsiyonel dönemde ve gebelikte kanıt temelli yaklaşımlar. *International Journal of Human Sciences [online]* 2012;9(2):1524-1534.
9. Kennedy HP. A concept analysis of optimality in perinatal health. *JOGNN* 2006;35:763-769.
10. Low LK, Miller J. A clinical evaluation of evidence-based maternity care using the optimality index. *JOGNN* 2006;35:786-793.
11. Declercq ER, Sakala C, Corry MP, Applebaum S, Risher P. Listening to mothers: Report of the first national U.S. survey of women’s childbearing experiences, 2002. URL: <http://www.childbirthconnection.org/pdfs/LtMreport.pdf> 30 Mart 2021
12. Öztürk D, Yılmaz-Sezer N, Eroğlu K. Perinatolojide kanıta dayalı uygulamalar. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi* 2014;3(1):13-28.
13. Başgöl Ş, Beji NK. Doğum eyleminin birinci evresinde sık yapılan uygulamalar ve kanıta dayalı yaklaşım. *DÜ Sağlık Bil Enst Derg* 2015;5(2):32-39.
14. Yeşilçiçek KÇ, Karabulutlu Ö, Yavuz C. First do no harm - interventions during labor and maternal satisfaction: a descriptive cross-sectional study, *BMC Pregnancy Childbirth*, 2018;18(1):415.
15. Chalmers B, Mangiaterra V, Porter R. WHO principles of perinatal care: the essential antenatal, perinatal, and postpartum care course. *Birth* 2001;28(3):202-207.
16. World Health Organization, World Health Organization recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. 2016. URL: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/anc-positive-pregnancyexperience/en/ 30 Mart 2021
17. T.C. Sağlık Bakanlığı. Doğum öncesi bakım yönetim rehberi. Ankara, 2014. URL: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/Kadin_ve_Ureme_Sagligi_Db/dokumanlar/rehberler/dogum_onesi_bakim_08-01-2019_1.pdf 30 Mart 2021
18. Dowswell T, Carroli G, Duley L, Gates S, Gülmezoglu AM, Khan-Neelofur D et al. Alternative versus standard packages of antenatal care for low-risk pregnancy. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015; Issue (7): Art. No: CD000934.
19. Downe S, Finlayson K, Tunçalp Ö, Gülmezoglu AM. Provision and uptake of routine antenatal services: a qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2019; Issue (6): Art. No: CD01239.
20. Whitworth M, Bricker L, Mullan C. Ultrasound for fetal assessment in early pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015; Issue (7): Art. No: CD0070.
21. Bricker L, Medley N, Pratt JJ. Routine ultrasound in late pregnancy (after 24 weeks' gestation). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015; Issue (6): Art. No: CD00145.
22. Williams J, Mai CT, Mulinare J, Isenburg J, Flood TJ, Ethen M et al. Updated estimates of neural tube defects prevented by mandatory folic acid fortification – United States, 1995–2011. *Morb. Mortal. Wkly Rep* 2015;64(1):1–5.
23. ACOG. Multifetal gestations: twin, triplet, and high-order multifetal pregnancies. *ACOG Practice Bulletin No 144. Obstet Gynecol* 2014;123:1118-28.
24. Silva Lopes K, Takemoto Y, Ota E, Tanigaki S, Mori R. Bed rest with and without hospitalisation in multiple pregnancy for improving perinatal outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017; Issue (3): Art. No: CD012031.
25. Miller D, Miller LA. Electronic fetal heart rate monitoring: applying principles of patient safety. *ACOG* 2012;206(4):278-83.
26. Alfirevic Z, Gyte GML, Cuthbert A, Devane D. Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017; Issue (2): Art. No: CD006066.
27. Downe S, Gyte GML, Dahlen HG, Singata M. Routine vaginal examinations for assessing progress of labour to improve outcomes for women and babies at term. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013; Issue (7): Art. No: CD010088.
28. Uzel HG, Yanikkerem E. İntrapartum dönemde kanıta dayalı uygulamalar: doğum yapan kadınların tercihleri. *DEUHFED [online]* 2018;11(1):26-34.
29. Bugg GJ, Siddiqui F, Thornton JG. Oxytocin versus no treatment or delayed treatment for slow progress in the first stage of spontaneous labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013; Issue (6): Art. No: CD007123.

30. Karakoç H, Horasanlı JE, Uçu AK. Amniyotominin eylem süresi ve maternal-fetal sonuçlar üzerine etkisi: retrospektif analiz. *Acta Medica Nicomedia* 2020;3(1):10-14.
31. Smyth RMD, Markham C, Dowswell T. Amniotomy for shortening spontaneous labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013; Issue (6): Art. No: CD006167.
32. Reveiz L, Gaitán HG, Cuervo LG. Enemas during labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013; Issue (7): Art. No: CD000330.
33. Karaçam Z, Kurnaz DA, Öztürk GG. Doğum Eyleminde Lavman Uygulamasının Anne-Bebek Sağlığına Etkisi: Randomize Kontrollü Bir Çalışma. *EGE HFD* 2020;36(1):23-33.
34. Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013; Issue (10): Art. No: CD003934.
35. Singata M, Tranmer J, Gyte GM. Restricting oral fluid and food intake during labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013; Issue (8): Art. No: CD003930.
36. Çobanoğlu A, Şendir M. Epizyotomi Bakımında Kanıta Dayalı Uygulamalar. *FNJN Florence Nightingale Journal of Nursing* 2019;27(1):48-62.
37. Jiang H, Qian X, Carroli G, Garner P. Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017; Issue (2): Art. No: CD00008.
38. The Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses (AWHONN). Continuous labor support for every woman. *JOGNN* 2018;47(1):73-4. URL: [https://nwhjournal.org/article/S1751-4851\(18\)30035-7/pdf](https://nwhjournal.org/article/S1751-4851(18)30035-7/pdf) 30 Mart 2021.
39. Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017; Issue (7): Art. No: CD003766.
40. Uludağ E, Mete S. Doğum eyleminde destekleyici bakım. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi* 2014;3(2):22-9.
41. Güneri SE. Postpartum erken dönem kanıta dayalı uygulamalar. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2015;4(3):482-496.
42. International Confederation of Midwives, International Federation of Gynaecologists and Obstetricians. Joint statement: management of the third stage of labour to prevent post-partum haemorrhage. *J Midwifery Womens Health* 2004;49(1):76-7.
43. Hofmeyr GJ, Abdel-Aleem H, Abdel-Aleem MA. Uterine massage for preventing postpartum haemorrhage. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013; Issue (7): Art. No: CD006431.
44. Moore ER, Bergman N, Anderson GC, Medley N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016; Issue (11): Art. No: CD00351.
45. Çetinkaya E, Ertem G. Ten tene temasın anne-preterm bebek üzerine etkileri: sistematik inceleme. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 2017;14(2):167-175.
46. East CE, Dorward EDF, Whale RE, Liu J. Local cooling for relieving pain from perineal trauma sustained during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2020; Issue (10): Art. No: CD0063.
47. Wieggers TA, Keirse MJ, Berghs GA, Van Der Zee J. An approach to measuring quality of midwifery care. *Journal Of Clinical Epidemiology* 1996;49(3):319-325.
48. Fullerton JT, Low LK, Shaw-Battista J, Murphy PA. Measurement of perinatal outcomes: a decade of experience and a future vision for the Optimality Index-US. *International Journal of Childbirth* 2011;1(3):171-178.
49. Macpherson I, Roqué-Sánchez MV, Legget Bn FO, Fuertes F, Segarra I. A systematic review of the relationship factor between women and health professionals within the multivariant analysis of maternal satisfaction. *Midwifery* 2016;41:68-78.
50. Yılmaz E, Nazik F. Annelerin doğumu algılayışı ile hemşirelik bakımını algılayışı arasındaki ilişki. *Jinekoloji - Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi* 2018;15(2):52-56.

DERLEME MAKALESİ

Yoğun Bakım Ünitelerinde Deliryumun Kanıta Dayalı Olarak Değerlendirilmesi

 Gülşen KILIÇ¹,  Sultan KAV²,  Banu ÇEVİK³

¹Dr., Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi, Ankara, Türkiye.

²Prof. Dr., Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Ankara, Türkiye

³Dr. Öğr. Üyesi, Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Ankara, Türkiye

Öz

Yoğun bakım ünitelerinde sıklıkla karşılaşılan bir durum olan deliryum; rutin sistematik bir taramasının yapılmaması, hemşireler tarafından iyi tanılanamaması nedenleriyle ele alınması gereken önemli sorunların başında gelmektedir. Bu derleme deliryum konusunda araştırma-uygulama iş birliğini sağlayarak hemşireler tarafından kullanılabilir kanıta dayalı bir tarama aracının olup olmadığını araştırmak amacıyla hazırlanmıştır. Bir vakıf üniversitesinin erişkin yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşireler ile iletişime geçilerek, Deliryum değerlendirme durumlarına yönelik sorun belirlenmiş ve John Hopkins Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulama Modeli doğrultusunda soruna cevap aranmıştır. Klinik bir sorunun araştırılabilir, cevap bulunabilir bir soruya dönüştürülmesini kolaylaştırmak amacıyla, PICOT formatında soru oluşturulmuş ve en iyi kanıta ulaşmak için, anahtar kelimeler kullanılarak; Pubmed, Cochrane veri tabanlarında arama yapılmış ve konsensüs raporları incelenmiştir. SurveyMonkey sistemi kullanarak ise hemşirelerin görüşleri alınmıştır. Deliryum taraması ve değerlendirmesi için hemşireler tarafından sık kullanılan beş tarama aracı olduğu saptanmış ve bu ölçme araçları incelendiğinde, Hemşirelik Deliryum Tarama Skalası'nın yoğun bakım ünitelerinde yatan her hasta için kullanımının kolay ve hızlı uygulanabilen bir araç olduğu saptanmıştır. Bu ölçeğin kurumun Hemşirelik Hizmetleri ile iş birliği yapılarak formlara eklenmesi ve uygulamaya aktarılması planlanmıştır.

Anahtar Sözcükler: Deliryum, Yoğun Bakım Ünitesi, Kanıta Dayalı Uygulama, Ölçek, Hemşirelik.

Abstract

Evidence-Based Evaluation of Delirium in Intensive Care Units

Delirium, which is one of the most important problems encountered in intensive care, is the lack of routine systematic screening and not being well-diagnosed by nurses. This review was prepared to investigate whether there is an evidence-based assessment scale that can be used by nurses by providing research-practice cooperation on delirium. The problem was determined by contacting and observing nurses in a foundation university hospital, and the Johns Hopkins Evidence-Based Nursing Application Model was used in conduct of research process. In order to facilitate transformation of clinical question into searchable, answerable question, using keywords to reach the best evidence to answer question created in the PICO format; a search was made in Pubmed, Cochrane and consensus reports were examined. In addition, using the SurveyMonkey system, feedback was obtained from nurses. It has been determined that there are five screening tools that are frequently used by nurses for delirium screening and evaluation, and when these measurement tools are examined, it has been determined that the Nursing Delirium Screening Scale is an easy and fast tool to use for every patient hospitalized in intensive care units. It is planned to be added to the forms and put into practice in cooperation with Nursing Services Management.

Key Words: Delirium, Evidence-Based Practice, Intensive Care Unit, Scale, Nursing.

Geliş Tarihi / Received: 16.06.2021 **Kabul Tarihi / Accepted:** 14.02.2022

Correspondence Author: Uzm. Hem., Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi, Ankara, Türkiye. Telefon: 0507 305 67 12 E-posta: klcgulsen@gmail.com

Cite This Article: Kılıç G, Kav S, Çevik B. Yoğun Bakım Ünitelerinde Deliryumun Kanıta Dayalı Olarak Değerlendirilmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 2022; 15(2): 227-232.



Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi 2021 Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License

Deliryum oryantasyon bozukluğu, dikkatsizlik, düşünce ve/veya davranış değişiklikleri ile karakterize yaygın ve ciddi bir nöropsikiyatrik durumdur (1). Deliryum gelişimi açısından yoğun bakım ünitesinde (YBÜ) yatan hastalar daha fazla risk altında olup, kritik hastaların %80'inde görüldüğü belirtilmektedir (2). Deliryumun etiyojisinde etkisi olduğu düşünülen 100 farklı risk faktörü olmakla birlikte, özellikle YBÜ'de hastaların maruz kaldığı fiziksel uygulamalar ve kullanılan ilaçların neden olduğu bilinmektedir (3). Deliryum YBÜ'de yatan hastalarda üç tip olarak görülmektedir. Hiperaktif (ajite, hiperalert) tipte; halüsinasyon, ajitasyon, oryantasyon bozukluğu vardır. Hipoaktif (laterjik, hipoalert) tipte; depresif, letarji, uykuya meyil mevcuttur. Hipoaktif deliryum, hiperaktif deliryumdan daha yaygın görülmesine rağmen, halüsinasyonları gözlemlenebilir olmadığı için çoğunlukla fark edilmesi zordur ve depresyonla karıştırıldığı için genelde gözden kaçırılır (2, 4). Karışık tipte; genellikle hastalar gece hiperaktif, gündüz ise hipoaktif tiptedir (4,5).

Deliryum, müdahale edildiğinde geri döndürülebilen ve önlenilebilen bir durum olmasına rağmen, çoğu zaman gözden kaçmaktadır (6). Deliryumun erken tanılanamaması, geliştiğinde de ciddi komplikasyonlara yol açması klinik olarak önemini

arttırmaktadır (3). Deliryumu tanıyamama nedenleri arasında hastaya sedasyon uygulanması, hastanın invaziv mekanik ventilatöre bağlı olması, tanılamının fazla zaman alması, deliryumun karmaşık bir durum olması, deliryum için rutin sistematik bir tarama yapılmaması ve deliryumun iyi bilinmemesi gibi nedenler yer almaktadır (1,3,6-8). Bu çalışmanın amacı deliryum konusunda araştırma-uygulama iş birliğini sağlayarak deliryumun tanılanmasında kullanılabilir kanıt düzeyi yüksek, pratik ve hızlı bir ölçeğin olup olmadığını araştırmaktır.

Gelişme

Klinikte Gözlem Yolu ile Sorunun Saptanması ve PICO Formatına Aktarılma Süreci

Ankara'da bir Vakıf Üniversitesinin Doktora Ders Programında yer alan Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulamaları Dersi kapsamında yapılan klinik uygulamada, ders müfredatı doğrultusunda uygulamaya çıkmış ve bu uygulama sırasındaki gözlemlerden yola çıkılarak çalışma planlanmıştır. Hemşirelerin deliryumun belirlenmesinde erken bir tanılama yapmadıkları ve deliryum gelişen hastaların bakımında sorun yaşadıkları gözlemlenmiştir. Doktorların ise deliryumun tanılanmasında DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) tanı kriterlerini kullandıkları belirlenmiştir.

Hemşirelerle bir toplantı daha yapılarak, deliryum değerlendirmesi yaparken ne gibi zorluklar yaşadıklarını ve beklentileri tartışılmıştır. Ayrıca SurveyMonkey sistemi kullanılarak deliryum ve kanıta dayalı uygulama hakkında 19 hemşireden geri bildirim alınmıştır. Hemşireler çoğunlukla hastaların üzerinde bulunan tıbbi ekipmanları çekmeye başladıklarında ya da oryantasyon bozukluğu yaşadıklarında deliryum geliştiğini anladıklarını ifade etmişlerdir. Deliryum gelişen hastada farmakolojik olmayan müdahale olarak fiziksel kısıtlama yaptıkları ve genellikle farmakolojik yöntemlerin tercih edildiğini belirtmişlerdir. Hipoaktif tipteki hastayı depresyonda olarak yorumladıklarını ve deliryumla ilgili bir girişimde bulunmadıklarını ifade etmişlerdir. Hemşirelerin geri bildirimlerine göre, 17 hemşire kanıta dayalı uygulama ve deliryum hakkında yeterli bilgilendirildiklerini ve klinikte deliryumu tanılamaya yönelik değerlendirme aracı kullanmak istediklerini belirtmişlerdir.

Saptanan soruna yönelik bulunan çözümün kanıt temelli olması, bakım kalitesini artırması, hemşirelere kullanım kolaylığı sağlaması, hasta yararına olabilecek en uygun çözümü bulması ve uygulamaya geçirilebilir olması planlanmıştır. Bu doğrultuda en iyi uygulamanın saptanabilmesi için kanıta dayalı uygulama modelleri yol gösterici olmaktadır (9). Çalışmada da araştırma sürecinin yürütülmesinde John Hopkins Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulama Modeli kullanılmıştır.

Johns Hopkins Hemşirelik Kanıta Dayalı Uygulama modeli, klinik karar vermede güçlü bir problem çözme yaklaşımı olarak belirtilmektedir. Uygulama yapan hemşirenin ihtiyaçlarını karşılamak için özel olarak tasarlanmıştır. Bu modelin amacı, en son araştırma bulgularının ve en iyi uygulamaların hasta bakımına hızlı ve uygun bir şekilde dâhil edilmesini sağlamaktır (10). Model ardışık on sekiz adımı içermektedir. Modelin ilk beş adımı uygulama sorusuna yönelik olup ekip iş birliğini ve örgütlenmeyi kapsamaktadır. Sonraki beş adım en iyi kanıta ulaşmaya yönelik kanıtları değerlendirme ve sınıflamayı, sonraki sekiz adım ise uygulamaya aktarma süreçlerini kapsamaktadır (9). İlk beş adım içerisinde yer alan soru saptanması ve tanılanmasında soruna yönelik en iyi uygulamanın ne olduğunu belirlemek için sorunun spesifik olarak tanımlanması gerekmektedir. Klinik bir sorunun araştırılabilir ve cevap bulunabilir bir soruya dönüştürülmesini kolaylaştırmak amacıyla PICO kısaltması kullanılmaktadır. Bu kısaltmaya göre; P: hasta/popülasyon, I: girişim/müdahale, C; karşılaştırma, O: sonuç olarak tanımlanmaktadır (10). Buradan yola çıkarak bu araştırmadaki klinik soru: 'Yoğun bakım hastalarında (P), deliryumun erken tanılanmasında (O) kullanılabilir (I), geçerlilik ve güvenilirlik değerleri yüksek (C) en etkin ölçek-tarama aracı hangisidir?' olmuştur. Soru belirlendikten sonra en iyi sonuca ulaşmak için; 'delirium', 'systematic review', 'meta-analysis', 'intensive care', 'nursing', 'assessment', 'scales', 'measurement', 'instruments' anahtar kelimeleri ile Pubmed ve Cochrane veri tabanlarından literatür taraması yapılmıştır. Ayrıca yayınlanan konsensüs rehberlerinden yararlanılmıştır.

Kanıta dayalı aşamasında yapılan değerlendirmeler sonucunda deliryum değerlendirilmesinde çeşitli gözlem ölçekleri ve değerlendirme araçları kullanıldığı saptanmıştır (1,2,5,6,8). Deliryum tanılamasında DSM V tanı kriterlerinin temel alındığı belirlenmiştir. DSM-V tanı kriterlerine göre deliryum değerlendirmesinde; dikkatte ve farkındalıkta bozulma olması, rahatsızlıkların genellikle saatler ile birkaç gün gibi kısa bir sürede gelişmesi, bilişsel durumun bozulması (hafıza kaybı, yönelim bozukluğu, dil, görsel ve mekânsal algılarda bozulma) ve görülen değişikliklerin önceden var olan ya da bulunmuş hastalıklarla çok iyi açıklanamaması, başka bir tıbbi durumun fizyolojik sonucu madde intoksikasyonu ya da yoksunluğu gibi durumlardan kaynaklı gelişen rahatsızlıklarla laboratuvar bulguları ve fizik muayene sonuçlarının değerlendirilmesi gibi kriterler dikkate alınmaktadır (11).

YBÜ'de Yoğun Bakımlarda Sık Kullanılan Deliryum Tarama Araçları

YBÜ'de deliryumun değerlendirilmesinde sıklıkla kullanılan beş temel ölçek/skalaya rastlanmıştır. Bunlar;

- Konfüzyon Değerlendirme Ölçeği (Confusion Assessment Method, CAM)
- Yoğun Bakımda Konfüzyon Değerlendirme Ölçeği (The Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit, CAM-ICU)
- Yoğun Bakım Deliryum Tarama Kontrol Listesi (Intensive Care Delirium Screening Checklist-ICDSC),
- NEECHAM Konfüzyon Skalası (The NEECHAM Confusion Scale),
- Hemşirelik Deliryum Tarama Skalası (The Nursing Delirium Screening Scale- Nu-DESC).

Bunlardan Nu-DESC kolay, uygulanabilirliği ve yüksek güvenilirlik özelliği ile hemşireler için en uygun ölçek olarak bulunmuştur.

Deliryum Tarama Araçlarının Karşılaştırılması

Deliryumu değerlendirmede hastaya uygun geçerli ve güvenilir bir aracın seçilmesi, deliryum gelişme riski olan ya da deliryumda olan hastayı en uygun şekilde yönetebilmede önem arz etmektedir. Shi ve arkadaşlarının (2013) yaptığı en sık kullanılan iki

aracın (CAM ve CAM-ICU) doğruluğunu inceleyen meta-analizde 2.449 hastayı içeren 22 makale incelenmiştir. CAM ve CAM-ICU sözel ve sözel olmayan hastalara uygulanan deliryum tanısı için altın bir standart olan DSM IV ile karşılaştırılmıştır. CAM çalışmalarında %86 ile %94 arasında değişen iyi bir güvenilirlik göstermiş, CAM-ICU %20 ile %96 arasında değişen güvenilirlik göstermiştir. Çalışma sonucuna göre her iki ölçekten güvenilir sonuçlar elde etmek için uygun eğitim almış sağlık uzmanları tarafından uygulanabileceği belirtilmiştir (8). Bununla birlikte literatürde CAM-ICU ölçeği ile deliryum tanılması yapılırken hastanın yaşı, bilinç düzeyi ve hastalığın prognozu gibi faktörlerin ölçek uygulamasını etkileyeceği düşünüldüğünde dezavantaj olarak görülmektedir (4).

Deliryum tanısında CAM-ICU ve ICDSC 'nin değerlendirildiği, Flores ve arkadaşlarının (2012) yaptığı meta-analiz incelemesinde CAM-ICU'nun genel doğruluğunun mükemmel olduğu duyarlılık ve özgüllük değerleri için sırasıyla %80 ve %95,9 olduğu bulunmuştur. ICDSC'nin duyarlılığı ve özgüllüğü için toplanan değerler sırasıyla %74 ve %81,9 olarak bulunmuştur. ICDSC, CAM-ICU ile karşılaştırıldığında daha düşük duyarlılığa ve özgüllüğe sahip olduğu bulunmuştur. Mevcut veriler hem CAM-ICU hem de ICDSC'nin kritik hastalarda deliryum tanısı için bir tarama aracı olarak kullanılabilirliğini göstermektedir (12). Buna ek olarak ICDSC'nin uygulanması CAM-ICU'ya göre daha kolay olsa da sedatize ve mekanik ventilatöre bağlı hastalarda değerlendirme yapmanın zor olacağı için klinik tecrübenin önemli olduğu vurgulanmaktadır (4).

Farklı dillere çevrilerek yapılan Nu-DESC'in geçerlik güvenilirlik çalışmalarına bakıldığında, Poikajärvi ve arkadaşlarının (2017) yaptığı çalışmada Nu-DESC'in kullanılabilirliği açısından deliryum tanısında en iyisi olduğu ancak güvenilirliğinin daha fazla test edilmesi gerektiği belirtilmiştir (13). Nu-DESC'in Portekizce versiyonunu kullanmak için Abelha ve arkadaşlarının (2013) yaptığı geçerlilik çalışmasında, Nu-DESC deliryum için doğru ve güvenilir bir değerlendirme ve izleme aracı olarak görülmüştür (14). Türkiye'de bir YBÜ'de yapılan çalışmada; üç ölçüm aracı içerisinde Nu-DESC'in en özgül ölçek olduğu sonucuna varılmış ve YBÜ'de kullanılabilirliği belirtilmiştir (15).

Jeong ve arkadaşlarının (2020) NU-DESC'in tanısal test doğruluğunu değerlendirmek amacıyla yaptığı meta analiz çalışmasında 2.245 hastayı içeren 11 çalışma incelenmiş ve çalışma sonucuna göre Nu-DESC'in deliryumun erken dönemde saptanmasına katkıda bulunacağı ve herhangi bir hastane ortamında günlük taramada kullanılacak kolay ve doğrulanmış bir deliryum tarama aracı olduğu belirtilmiştir (16). Velthuisen ve arkadaşlarının (2016) hastanede yatan yaşlı hastalarda deliryum tanılmasında kullanılan ölçeklerin psikometrik özellikleri ve uygulanabilirliğini inceledikleri sistematik derlemede, 37 çalışma incelenmiş ve 23 tarama aracı bulunmuştur. Çalışma sonucuna göre aralarında Nu-DESC'in de bulunduğu beş tanılama aracı; Deliryum Gözlem Ölçeği (DOS), Hemşirelik Deliryum Tarama Ölçeği (Nu-DESC), Konfüzyon Değerlendirme Yöntemi (CAM), CAM-Yoğun Bakım Ünitesi (CAM-YBÜ) ve Deliryum Derecelendirme Ölçeği- Revize-98) metodolojik olarak kanıt düzeyleri yüksek bulunmuştur. CAM en iyi psikometrik özelliklere sahip araç olsa da Nu-DESC kısa sürede uygulanabilen ve daha fazla dilde doğrulanmış olup deliryumu saptamada en uygun araç olarak belirtilmiştir (17). De ve arkadaşlarının (2015) deliryum tarama aracı seçiminde rehberlik sağlaması için yaptığı sistematik derlemede 31 çalışmadan 21 deliryum tarama aracı tanımlanmış ve kullanılacak en uygun 3 deliryum aracından birinin Nu-DESC olduğu belirtilmiştir. Çalışma sonucuna göre Nu-DESC kolay uygulanabilen ve belirli bir eğitim olmaksızın sağlık çalışanları tarafından kullanılacak bir araç olduğu vurgulanmıştır (18). Yirmi bir palyatif hemşiresi ile 2015 yılında yapılan kalitatif bir çalışmada Nu-DESC ve deliryum uygulamasına ilişkin hemşire görüşleri alınmıştır. Çıkan temalar doğrultusunda hemşirelerin çoğunluğu Nu-DESC'in kolay ve uygulanabilir olduğunu ve deliryum konusunda farkındalıklarını arttırmada etkili bir araç olduğunu düşünürken, ölçeğin uygulamada benimsenmesinin önünde birçok engel olduğu belirtilmiştir. Çalışmada hemşirelik becerisinin ve deneyiminin deliryumu tanımak için yeterli olduğu inancı, kişinin kendi uygulamasına bir tarama aracı benimsemeye hazır olma durumunu da olumsuz etkilediği vurgulanmıştır. Buna karşın çoğu hemşire Nu-DESC'in kendi birimlerinde uygulanabilir olduğunu ve bu konuda istekli olduklarını belirtmişlerdir (19).

Hemşirelik Deliryum Tarama Skalası (Nursing Delirium Screening Scale- Nu-DESC)

Hemşirelik Deliryum Tarama Ölçeği (Nu-DESC) özellikle hemşireler için tasarlanmış bir gözlem aracıdır (17). Gaudreau ve arkadaşları tarafından 2005 yılında geliştirilmiştir (20). Nu-DESC psikometrik olarak doğrulanmış, %85,7 duyarlılığa ve %86,8 özgüllüğe sahip olduğu bulunmuştur. Ölçek beş maddeden oluşmaktadır. Bunlar; oryantasyon bozukluğu, uygunsuz davranış, uygunsuz iletişim, illüzyon-halüsinasyon ve psikomotor davranışlarda yavaşlamadır. Etkin bir deliryum tanılmasında tüm alt tiplerin tespit edilebiliyor olması kritik önem taşımaktadır. Nu-DESC'te yer alan maddeler içerisinde psikomotor yavaşlamanın değerlendirildiği madde ile hipoaktif deliryumun daha başarılı bir şekilde saptandığı düşünülmektedir (21). Ölçekte her bir madde 0 ile 2 puan arasında bir değer almakta ve toplam puan 0 ile 10 arasında değişmektedir. İki puan ve üzeri deliryumu göstermektedir (20). Değerlendirme süresi tahmini bir dakika sürmektedir. Nu-DESC Almanca, Çince, Korece, İtalyanca, İsveççe, Portekizce, Fince, Danca ve Türkçeye çevrilmiş ve geçerlikleri incelenmiştir (15-23). Nu-DESC Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Çınar ve Eti Aslan tarafından 2019 yılında yapılmış olup %92,3 duyarlılığa ve %92,7 özgüllüğe sahip olduğu belirlenmiştir. NU-DESC Türkiye'de hemşirelerin uygulayabileceği, deliryumun şiddetini ölçmek ve deliryum tanılmasında yüksek derecede geçerlilik ve güvenilirlik değerlerine sahip bir ölçek olarak gösterilmiştir (22) (Tablo 1). Uygulanması kolay, hızlı ve anlaşılabilir bir ölçektir. Orijinal ölçekte puanlama şu şekilde olmaktadır:

0 = vardiya sırasında bu davranış mevcut değil / yok

1 = vardiya sırasında belirli bir zamanda bu davranış mevcut / hafif derecede mevcut

2 = vardiya sırasında belirli bir zamanda bu davranış mevcut ve belirgin / şiddetli olmak üzere mevcut

Buna göre 2 puan ve üzeri deliryum lehine değerlendirilir.

Tablo 1. Hemşirelik-Deliryum Tarama Ölçeği (Nu-DESC)

Semptomlar	Semptom puanı (0-2)		
	0	1	2
I. Oryantasyon Bozukluğu Zaman ve mekân oryantasyonu yokluğuna ait sözel ve davranışsal bulgular veya ortamdaki kişileri yanlış algılamak			
II. Uygunsuz Davranış Kişiye ve/veya mekâna uygun olmayan davranış; ör: tüpleri veya pansumanları çekme, yapılmaması gerektiği halde yataktan kalkmaya çalışma			
III. Uygunsuz İletişim Mekâna veya kişiye uygun olmayan iletişim; ör: tutarsızlık, iletişim kuramama, mantıksız veya anlaşılmaz konuşma			
IV. İllüzyon/Halüsinasyon Olmayan şeyleri görme veya duyma, görsel objelerin çarpıtılması			
V. Psikomotor Yavaşlama Yanıt vermede gecikme, spontan hareket veya konuşma az ya da yok; ör: hasta dürtüldüğünde geç yanıt verir veya uyandırılmaz			
Toplam Skor	≥ 2 = Deliryum		

Deliryum Yönetimi ve Hemşirelik Girişimleri

YBÜ'de deliryumun tanınması sonrasında yapılması gereken en önemli uygulama etkileyen faktörlerin kontrol altına alınmasıdır. Fakat hemşireler deliryumu yoğun bakım hastası için normal bir durum olarak değerlendirerek bu durumu göz ardı edebilmektedir. Society of Critical Care Medicine (SCCM)'nin 2018'de güncellenen kılavuzlarından ve Yoğun Bakım'da Analjezi, Sedasyon ve Deliryum Yönetimi için Kanıt ve Görüş Temelli Rehber (2015)'den yararlanılarak kanıt düzeyi yüksek uygun girişimlerle (Kanıt Düzeyi B), deliryumu ele alırken kullanabilecekleri algoritma geliştirilerek uygulama basamakları belirlenmiştir (4, 23-26).

İlk basamakta; bireyin zaman, yer ve kişiye oryantasyonunu sağlama yer almaktadır;

- Her shift/vardiya kendinizi tanıtmalı,
- Hasta ile iletişimde kısa kolay cümleler kurulmalı,
- Hastaya çevre tanıtılmalı ve çevredeki araçlar (monitörler, intravenöz yollar, oksijen tüpleri, hastaya bağlı olan kataterler), hastaya planlanan hemşirelik girişimleri ve güvenlik kuralları hakkında bilgi verilmeli,
- Günü ve saat sık sık hatırlatılmalı,
- Hastalara günlük gelişmeler hakkında bilgi verilmeli,
- Evden tanıdık hastanın sevdiği herhangi bir eşya, fotoğraf vb. getirilmesi sağlanmalı,
- Hastaya ismiyle hitap etmeli; hangi ismi kullandığı öğrenilmeli,
- Aynı hemşirelerin bakım vermesi sağlanmalı,
- Hastanın hareketleri ve duyu durum değişiklikleri izlenmeli ve sözcüklerin ötesinde anlamaya çalışılmalıdır.

İkinci basamakta bilişsel stimülasyon, işitme ve görmeyi optimize etmek yer almaktadır;

- Hastanın bulunduğu ortamda takvim, saat, gözlük ve işitme cihazı sağlanmalı,
- Varsa mutlaka gözlüklerini veya işitme cihazını takmasını sağlanmalı,
- Ajite davranışların azaltılmasında kişiselleştirilmiş müzik dinletilmesi, televizyon, radyo dinlemesini sağlanmalıdır.

Üçüncü basamakta gürültü ve ışığın azaltılması yer almaktadır;

- Monitörlerin ve sıvı infüzyon pompa alarmlarının 23:00-07:00 arasında en düşük konuma getirilmesi sağlanmalı,
- Dış çevredeki sesleri azaltılmalı; gürültüye neden olan aşırı personel sirkülasyonunu önlenmeli,
- Gece ünite ortamında loş ışıklandırma sağlanmalı,
- Sirkadiyen ritm düzeni için gündüz parlak ışık/yeterli ışık sağlanmalıdır.

Dördüncü basamakta, uykuyu iyileştirmek yer almaktadır;

- Gece 23:00-07:00 arasında sadece hemşire deskinin üzerindeki ışıklar ile aydınlatılmalı ve hasta yatağı bölümünde loş aydınlatma kullanılmalı,
- Odanın sıcaklığı ve nemi yoğun bakım standartlarına uygun olduğundan emin olunmalı,
- Sirkadiyen ritm sağlanması için hastanın gündüz uyanık kalmasını sağlanmalı,
- Eğer mümkünse göz maskesi, kulak tıkacı kullanılmalı,
- Hastaya rahat bir pozisyon verilmelidir.

Beşinci basamakta erken mobilizasyon yer almaktadır;

- Hastayı yürümeye teşvik etmeli,
- Günlük olarak en az her şifte bir kez olmak üzere günde üç kez ROM egzersizi yaptırılmalı,
- Postoperatif erken ayağa kaldırılmasını sağlanmalı,
- Gerekiyorsa yürüme için baston, koltuk değneği, yürüteç gibi cihazların sağlanmalıdır.

Altıncı basamakta aile katılımı yer almaktadır;

- Hasta merkezli bakım sunarken, aile üyelerini ortak karar alma, güvenlik ve gelecekteki bakım beklentileriyle güçlendirmek için hastanın bakımına katılımı desteklenmeli,
- Birlikte vakit geçirmeleri için zaman tanınmalı, gerekirse aile üyelerinden hastanın yanında kalmaları talep edilmelidir.

Yedinci basamakta; hastanın gereksinimlerinin karşılanması yer almaktadır,

- En kısa sürede beslenme sağlanmalı,
- Kişisel hijyen, boşaltım gibi gereksinimleri karşılanmalı,
- Ağrı yönetimi sağlanmalı,
- Kan şekeri, elektrolit dengesizliğini takip edilmeli,
- Hastanın kendi bakımında yer alması desteklenmeli,
- Doktorla iş birliği içinde, önerilen farmakolojik yöntemi uygulanmalıdır.

Sonuç

Bu araştırma sonucunda Nu-DESC tarama aracının hemşireler için en uygun araç olabileceği literatürle desteklenmiştir. Deliryumun erken tanınmasının sağlanması, hemşirelerin farkındalıklarının artırılması ve önlenmesine yönelik planlanan girişimlerle, hastalarda gelişebilecek deliryumun azalacağına buna bağlı ortaya çıkabilecek olumsuz sonuçların önlenilebileceğine inanılmaktadır. Bunun kanıt temelli hemşirelik çalışmalarına yön verici olması açısından önemli olduğu düşünülmektedir. Sürecin devamında Nu-DESC'in etkinliğinin kurumda bulunan YBÜ'de değerlendirilmesi ve Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi ile iş birliği yapılarak formlara eklenmesi ve uygulamaya aktarılması planlanmıştır.

Bilgilendirme




Bu çalışmada yazarların katkı beyanı şöyledir; fikir/kavram GK; tasarım GK, SK; denetleme/danışmanlık SK, BÇ; analiz / yorum GK, SK, BÇ; kaynak taraması: GK, SK, BÇ; makalenin yazımı GK, SK, BÇ; eleştirel düşünme SK, BÇ. Araştırma ile ilgili herhangi bir firmadan destek alınmamıştır. Derlemenin tüm aşamalarında yayın etiğine uyulmuştur. Yazarlar arasında herhangi bir çıkar çatışması olmayıp, ayrıca sorumlu olduğumuz derlemede herhangi bir firma ya da kurum ile çıkar ilişkisi bulunmamaktadır.

Kaynaklar

1. Green C, Bonavia W, Toh C, Tiruvoipati R. Prediction of ICU delirium: validation of current delirium predictive models in routine clinical practice. *Neurologic Critical Care*. 2019;47(3):428-435.
2. Leonard A, Rahaman Z. Evaluating the confusion assessment method for intensive care unit (CAM- ICU) tool: a comprehensive literature review. *J Nurs Health Stud*. 2017;2(2):14.
3. Doğu Ö, Kaya H. Yoğun bakımda deliryum ve hemşirelik bakımı. *J Hum Rhythm*. 2017;3(2):81-84.
4. Bölükbaş PR. Yoğun bakım ünitelerindeki yaşlı hastalarda deliryumun değerlendirilmesi, önlenmesi ve yönetimine ilişkin stratejiler. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*. 2015;19(2):68-79.
5. Fan Y, Guo Y, Li Q, Zhu X. A review: Nursing of intensive care unit delirium. *J Neurosci Nurs*. 2012;44(6):307-316.
6. Can G. Kanser Hastasında Kanıta Dayalı Palyatif Bakım- Konsensus. 1. Basım. İstanbul Nobel Tıp Kitabevleri; 2017:141-154.
7. Pipanmekaporn T, Wongpakaran N, Mueankwan S, Dendumrongkul P, Chittawatanara K, Khongpheng N. et al. Validity and reliability of the THAI version of the confusion assessment method for the intensive care unit (CAM-ICU). *Clinical Interventions in Aging*. 2014;9:879-885.
8. Shi Q, Warren L, Saposnik G, MacDermid JC. Confusion assessment method: a systematic review and meta-analysis of diagnostic accuracy. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 2013;9:1359-1370.
9. Erdoğan S, Nahcivan N, Esin N. Hemşirelikte Araştırma Süreç, Uygulama ve Kritik. 4. Basım. İstanbul Nobel Tıp Kitabevleri; 2015:348.
10. Dearholt S, Dang D. John Hopkins Medicine. Johns Hopkins Nursing Evidence-Based Practice Model and Guidelines. 2012 [online] URL:https://iauneyshabur.ac.ir/Dorsapax/userfiles/file/Amozesh/EDO/Amozesh/977_Johns_Hopkins_Nursing_Evidence.pdf 02.06.2020.
11. European Delirium Association; American Delirium Society. The DSM-5 criteria, level of arousal and delirium diagnosis: inclusiveness is safer. *BMC Med*. 2014;12:141.
12. Gusmao-Flores D, Salluh JIF, Chalhoub RA, Quarantini RC. The confusion assessment method for the intensive care unit (CAM-ICU) and intensive care delirium screening checklist (ICDSC) for the diagnosis of delirium: A systematic review and meta-analysis of clinical studies. *Critical Care* 2012;16(4):115.
13. Poikajarvi S, Salanterä S, Katajisto J, Junttila K. Validation of Finnish neecham confusion scale and nursing delirium screening scale using confusion assessment method algorithm as a comparison scale. *BMC Nurs* 2017;16(1):7.
14. Abelha F, Veigab D, Norton M, Santosc C, Gaudreaud J. Delirium assessment in postoperative patients: validation of the Portuguese version of the nursing delirium screening scale in critical care. *Braz J Anesthesiol* 2013;63(6):450-5.
15. Kavlak E, Dilek A, Ulger F, Arik, AC, Karakaya D, Azar H. Comparison of three different tests for screening delirium in critically ill patients: BAPCAP1-6. *European Journal of Anaesthesiology* 2011;28:4.
16. Leong E, Park J, Lee J. Diagnostic test accuracy of the nursing delirium screening scale: a systematic review and meta-analysis. *J Adv Nurs*. 2020;76(10):2510-2521.

17. Velthuisen EL, Zwakhalen SM, Warnier RM, Mulder WJ, Verhey FR, Kempen GI. Psychometric properties and feasibility of instruments for the detection of delirium in older hospitalized patients: a systematic review. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2016;31(9):974-989.
18. De J, Wand AP. Delirium screening: a systematic review of delirium screening tools in hospitalized patients. *Gerontologist*. 2015;55(6):1079-1099.
19. Hosie A, Lobb E, Agar M, Davidson PM, Chye R, Phillips J. Nurse perceptions of the nursing delirium screening scale in two palliative care inpatient units: A focus group study. *J Clin Nurs*. 2015;24(21-22):3276-3285.
20. Gaudreau JD, Gagnon P, Harel F, Tremblay A, Roy MA. Fast, systematic, and continuous delirium assessment in hospitalized patients: the nursing delirium screening scale. *J Pain Symptom Manage*. 2005;29(4):368-375.
21. Marchington KL, Carrier L, Lawlor PG. Delirium masquerading as depression. *Palliat Support Care*. 2012;10(1):59-62.
22. Çınar F, Eti Aslan F. Evaluation of postoperative delirium: validity and reliability of the nursing delirium screening scale in the Turkish language. *Dement Geriatr Cogn Disord Extra*. 2019;9:362-373.
23. Society of Critical Care Medicine (SCCM). ABCDEF Bundles. 2018 [online]. URL: <https://www.sccm.org/ICULiberation/ABCDEF-Bundles>. 02.06.2020.
24. Baron R, Binder A, Biniek R, Braune S, Buerkle H, Dall P et al. Evidence and consensus based guideline for the management of delirium, analgesia, and sedation in intensive care medicine. Revision 2015 (DAS-Guideline 2015)- short version. *Ger Med Sci*. 2015;13:19.
25. Martinez F, Tobar C, Hill N. Preventing delirium: should nonpharmacological, multicomponent interventions be used? A systematic review and meta-analysis of the literature. *Age Ageing*. 2015;44(2):196-204.
26. Hshieh TT, Yue J, Oh E, Puelle M, Dowal S, Travison T, Inouye SK. Effectiveness of multi-component non-pharmacologic delirium interventions: a meta-analysis. *JAMA Intern Med*. 2015;175(4):512-520.

Prostat Kanseri Hastaların Yaşadığı Psikososyal Sorunlar ve Hemşirelik Yaklaşımları

 Sevgi ÇOLAK¹,  Fatma VURAL²,  Özlem BİLİK²

¹Uzman Hemşire, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Doktora Programı, İzmir, Türkiye.

²Doç. Dr., Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye.

Öz

Prostat kanseri, dünyada erkeklerde akciğer kanserinden sonra yeni tanı konan en yaygın ikinci kanser türüdür. Dünya’da erkeklerde görülen tüm kanserlerin %29.3’ünü prostat kanseri oluşturmaktadır. Ülkemizde ise 2018 yılında 3568 kişi prostat kanseri nedeniyle hayatını kaybetmiştir. Prostat kanserinin görülme sıklığı yaşla doğru orantılı olarak artmaktadır. 50 yaş altındaki erkeklerde nadir görülen prostat kanserinin ortalama tanı koyma yaşı 68’dir. Prostat kanseri erken yaşta tanındığında, uygulanan tedavi yöntemlerinin etkisiyle birlikte sağ kalım oranı yüksektir. Sağkalım süresinin uzaması sonucunda hastalar kanser tedavisi sürecine bağlı olarak stres, anksiyete, depresyon, sosyal izolasyon gibi birçok psikososyal sorun yaşamaktadır. Hastaların yaşadığı tüm bu psikososyal sorunlar yaşam kalitesini de olumsuz yönde etkilemektedir. Bu derleme, prostat kanserli hastaların yaşadıkları psikososyal sorunların tanımlanması ve bu sorunlara yönelik hemşirelik girişimlerinin açıklanması amacıyla yazılmıştır.

Anahtar Sözcükler: Prostat kanseri, Hemşirelik Yaklaşımları, Psikososyal Sorunlar.

Abstract

Psychosocial Problems Experienced of Patients with Prostate Cancer and Nursing Approaches

Prostate cancer is the second most common type of cancer newly diagnosed in men after lung cancer in the world. Prostate cancer constitutes 29.3% of all cancers seen in men in the world. In our country, 3568 people died in 2018 due to prostate cancer. The incidence of prostate cancer increases with age. The average age of diagnosis of prostate cancer, which is rare in men under 50 years of age, is 68. When prostate cancer is diagnosed at an early age, the survival rate is high with the effect of the treatment methods applied. Patients as a result of prolonged survival, he experiences many psychosocial problems such as stress, anxiety, depression and social isolation due to the cancer treatment process. All these psychosocial problems experienced by patients negatively affect their quality of life. This review was written to describe the psychosocial problems experienced by patients with prostate cancer and to explain nursing interventions for these problems.

Key Words: Prostate Cancer, Nursing Approaches, Psychosocial Problems.

Geliş Tarihi / Received: 02.12.2020 **Kabul Tarihi / Accepted:** 14.02.2022

Correspondence Author: Uzman Hemşire, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Doktora Programı, İzmir, Türkiye. Telefon: 0507 063 28 09 E-posta: sevgidurmazz@gmail.com

Cite This Article: Çolak S, Vural F, Bilik Ö. Prostat Kanseri Hastaların Yaşadığı Psikososyal Sorunlar ve Hemşirelik Yaklaşımları. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 2022; 15(2): 233-239.



Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi 2021 Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License

Prostat kanseri, dünyada erkeklerde akciğer kanserinden sonra yeni tanı konan en yaygın ikinci kanser türüdür. Dünya’da erkeklerde görülen tüm kanserlerin %29.3’ünü prostat kanseri oluşturmaktadır ve 2018 yılında 1.276.106 kişiye prostat kanseri teşhisi konulmuştur. Dünya çapında her 100.000 kişide 7.6 mortalite oranıyla erkeklerde ölüme neden olan beşinci kanser türüdür (1). Türkiye’de de prostat kanseri %13 görülme sıklığı ile erkekler arasında görülen en sık ikinci kanser türüdür (2). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2018 verilerine göre 2018 yılında 3568 kişi prostat kanseri nedeniyle hayatını kaybetmiştir (3).

Prostat kanserinin görülme sıklığı yaşla doğru orantılı olarak artmaktadır. 50 yaş altındaki erkeklerde nadir görülen prostat kanserinin ortalama tanı koyma yaşı 68’dir (4). Prostat kanseri erken yaşta tanındığında, uygulanan tedavi yöntemlerinin etkisiyle birlikte sağ kalım oranı yüksektir. Ancak sağkalım süresinin uzaması sonucunda hastalar, kanser tedavisi sürecine bağlı olarak stres, anksiyete, depresyon, sosyal izolasyon gibi birçok psikososyal sorunlar yaşayabilmektedir (5-7). Hastaların %30-50’sinde, kanserin evresi, ilerlemesi veya aldıkları tedavi türü ne olursa olsun bu psikososyal sorunların yaşandığı bildirilmektedir (7,8). Prostat kanserinde yaygın olarak görülen psikososyal sorunlar; kanser ve tedavisi, depresyon ve depresif belirtiler, tanıdan sonra suçluluk ve pişmanlık, PSA değerlendirmesinden korkma, kanserin nüksünden korkma, cinsel problemler, yorgunluk, ağrı çekme ve ölüm korkusu vb. nedenlerle gelişebilmektedir. Bunun yanı sıra; kilo kaybı, yorgunluk, iştahsızlık, uyku problemleri gibi fizyolojik sorunlar da psikososyal sorunlara eşlik edebilmektedir (8,9).

Kanserli kişilerde hastalığa karşı farklı tepkiler ortaya çıkmaktadır. Bu tepkiler genellikle ailenin ve çevrenin kansere ilişkin düşünceleri, önyargıları ve tutumları ile ilişkilidir. Hastanın çevresi hastaya karşı acıma, yadsıma, üzüme gibi tepkiler verebilmektedir. Bu durum hastanın çevresiyle olan iletişimini bozabildiği gibi, kendini yalnız hissetmesine, bunun sonucunda da yaşadığı psikososyal sorunlarla baş edememesine neden olabilmektedir (9,10).

Yaşanan tüm sorunlar hastaların yaşam kalitesini de olumsuz yönde etkilemektedir. Bu nedenle tedavi ve bakım sürecinde hastalarla en uzun süre birlikte olan hemşireler, sürecin en başından itibaren, tedavinin bütün aşamalarında hastanın içinde bulunduğu durumu ve gereksinimlerini bütüncül bir yaklaşımla belirlemeli, kişiye uygun hemşirelik girişimlerini planlayıp uygulayarak sonuçlarını değerlendirmelidir (6,7). Etkili değerlendirme ve girişimler ile hemşireler rahatsız edici sorunların farkına varılmasına, olumsuz etkilerinin azaltılmasına ve hastalar ve aileleri için yaşam kalitesinin iyileştirilmesine yardımcı olacaktırlar (8,9). Bu doğrultuda prostat kanserli hastaların yaşadıkları psikososyal sorunların tanımlanması ve bu sorunlara yönelik hemşirelik girişimlerinin açıklanması amacıyla bu derleme yazılmıştır.

Gelişme

Stres ve Prostat Kanseri

Stres kavramıyla ilgilenen ve öncü bilim adamlarından olan Selye stresi, “vücudun değişim karşısında verdiği özgül olmayan cevap” olarak tanımlamıştır (11). Kanser, hastayı etkileyen, strese yol açan, fiziksel ve duygusal olarak yıpratıcı bir hastalıktır. Günümüzde gelişen tedavi seçeneklerine rağmen çoğu kişide kanser denince ilk akla gelen “ölüm, ağrı çekme, ızdırıp” gibi kavramlardır. Bireylerde prostat kanseri tanısı aldığı ilk andan itibaren yoğun stres yaşamakta ve yaşadığı bu olumsuz durumlara uyum göstermesini zorunlu kılan bir kriz ortamıyla baş etmektedir (12,13). Avcı ve Doğan'ın (14) yaptığı çalışmada kanser hastalarında travma sonrası stres bozukluğunun %56 oranında görüldüğü, özellikle stresle baş etme ve sosyal destek düzeyleri düşük olan hastalarda travma sonrası stres bozukluğunun daha fazla geliştiği belirlenmiştir.

Prostat kanseri hastaları; tedavi sürecinde yan etkilere ve radikal prostatektomi sonrası komplikasyonlara bağlı olarak yoğun stres yaşamaktadırlar. Prostat kanseri tanısı konan birçok erkek hastalarda korkulan bir komplikasyon olan erektil disfonksiyon; yaşlanma, kanserin kendisi, cerrahi, radyasyon ve hormonal tedaviden kaynaklanabilir. Tedaviden sonra, erkekler erektil disfonksiyonun uzun süreli olup olmadığı ve eski hallerine ne zaman dönecekleri konusunda stres yaşamaktadır (8,9).

Erektil disfonksiyon sorunu yaşayan hastalar, genellikle cinsel temastan kaçınılmaktadırlar. Bu durum, eşler üzerinde artan stres nedeniyle ilişki sorunlarına yol açabilmektedir. Chambers ve arkadaşlarının (15) yaptıkları çalışmada erektil disfonksiyon sorunu yaşayan prostat kanserli hastaların sosyal desteğe daha az başvurduğu belirlenmiştir. Çalışmaya katılan bazı prostat kanserli hastalar ise eşlerini cinsel olarak tatmin edemedikleri veya “aktif bir eş” olmadıkları için eşleri tarafından terk edilme korkusu yaşadıklarını ve eşleri ile iletişimlerini azalttıklarını belirtmişlerdir.

Prostat kanseri tanısı konan ve iyileşen hastalarda kanserin nüksüne bağlı da stres görülmektedir. Bu yoğun stres nedeniyle bireyler hayattan zevk almazlar ve gelecek planları yapmaktan kaçınırlar. Yeniden kanser tanısı konan hastalar; daha öncesinde ilk tanı konduğu anda yaşadıkları şok, inançsızlık, kaygı, korku, keder, kontrol kaybı ve stres duygularını tekrar yaşayabilmektedir. Bu duyguları yeniden yaşayan hastalar tedavi sürecini yeniden yaşayacak gücü bulamadıklarını ifade etmişlerdir (9,16). Prostat kanseri nüksü yaşayan hastalarda tedaviye karşı önyargı, hekime veya tedaviye karşı da inançsızlık görülebilmektedir (16).

Kanser tanısı konmuş kişilerin, hastalığın yarattığı stresle etkili baş etmesinde önemli faktörlerden biri sosyal destektir. Sosyal destek; kişiyi bilgilendirme, duygusal olarak destekleme, yanında olma veya maddi destek şeklinde olabilmektedir (14,16). Kirkman ve arkadaşlarının (17) yaptığı nitel bir çalışmada prostat kanserli erkeklerin tanıdan sonra deneyimledikleri en değerli sosyal desteğin akrabalarından ve eşlerinden geldiğini belirtmişlerdir. Yoğun stres yaşayan kişiye, aile, arkadaş veya akrabaların sağladığı sosyal desteğin kişinin fiziksel ve ruhsal sağlığını olumlu yönde etkilediği, stres oluşumunu azalttığı, strese verilen anlamın değiştiği ve kişinin yönetmekte zorlandığı durumlarda kendisine yardımcı olduğu belirtilmektedir (18).

Prostat kanserinin tanı ve tedavi sürecinde stres yaşayan hastalara verilecek hemşirelik bakımında, hastanın duygularının ve stres belirtilerinin başlangıcı, bunun olaylarla ve yaşam değişimleri ile ilişkisi değerlendirilmelidir. Hasta konuştuğunda dikkatlice dinlenmeli, duygularını açıklamasına destek olunmalıdır. Hasta karamsar bir bakış açısına sahip olduğunda, daha ümitli fakat gerçekçi bir bakış açısı sağlanmaya çalışılmalıdır. Hasta yoğun stres yaşadığında öfkelenebilir. Bu durumda uyarılar azaltılmalı, öfkeye sebep olan durumlar değerlendirilmeli, birey yalnız bırakılmamalıdır. Hastaların stresle baş etmesini destekleyecek yöntemler uygulanabilir (Gevşeme egzersizleri, dua etme, müzik dinleme, yürüyüş, meditasyon vb.) (19,20). Yapılan nitel bir çalışmada prostat kanserli erkeklerin stres yaşadığında duygularını gizleyerek sessiz kaldığı ve aile, arkadaş, sağlık çalışanlarından destek istemedikleri belirlenmiştir (17). Bu nedenle hemşirelerin hastaların kendilerini ifade etmeye teşvik etmesi ve onlarla destekleyici ilişkiler geliştirmesi önemlidir. Hemşireler prostat kanserli hastalara hastalığı geçirmiş veya halen hasta olan kişilerle birlikte destek grup terapisi düzenleyebilmektedir. Bu grup terapisinde hastalar benzer durumları yaşamış kişilerle düzenli olarak bir araya gelmekte ve üzüntü, sıkıntı, stres vb. duyguları daha rahat paylaşabilmektedir (19). Oliffe ve arkadaşlarının (21) çalışmalarında destek grup terapisinin özellikle bilgi paylaşımı, eğitim ve psikososyal destek için hastaları olumlu yönde etkilediğini belirlenmiştir. Hemşireler hastaların tanı ve tedavi sürecinde yaşadığı bu stresin onların uyku ve yemek düzeni gibi aktivitelerini nasıl etkilediğini gözlemlemeli ve uygun hemşirelik yaklaşımlarını planlamalıdır. Aksi takdirde uzun süren aşırı stres, hastalığın prognozunu bozmakta ve metastaz gelişimini arttırabilmektedir (19,20).

Anksiyete ve Prostat Kanseri

Anksiyete genellikle tanımlanabilir bir tetikleyici uyaran olmadan ortaya çıkabilen bir duygusal durumdur. Bu nedenle, algılanan bir tehdide duygusal bir yanıt olan korkudan ayırt edilmelidir. Buna ek olarak, korku aynı zamanda kaçış ve kaçınma gibi belirli davranışlarla, anksiyete ise kontrol edilemez veya kaçınılmaz olarak algılanan durumlarla ilişkilidir. Genel olarak, bu alanda yapılan çalışmalar prostat kanserli hastaların anksiyete düzeylerinin hastalığın evresi ile orantılı olduğunu göstermiştir (9,22,23). Yüksek anksiyete düzeyi, tercih edilen tedavinin belirlenmesinde hastanın karar vermesini etkileyebilmektedir (24).

Anksiyete, prostat kanseri olan hastalarda çeşitli şekillerde görülmektedir. Örneğin, PSA testi yapılırken, ilk tanı konulduğunda ve tedavinin bütün aşamalarında anksiyete duygusu yaşayabilmektedirler. Prostat kanseri olan bir akrabaya sahip olan kişilerde de anksiyete düzeyi daha da artmaktadır (22).

Serum PSA düzeyi prostat kanserinin tespiti veya klinik evrelendirmesi için en etkili ve kolay yöntemdir. Yapılan bir çalışmada metastatik prostat kanserli hastaların hem serum PSA düzeyi testinden önce hem de testin sonucunu beklerken anksiyete düzeylerinin anlamlı olarak yükseldiği ve genç hastaların daha fazla anksiyete yaşadığı belirlenmiştir (25). Ayrıca prostat kanseri tanısı konan hastaların %30-40'ı, yaşadıkları bu anksiyetenin günlük yaşam aktivitelerini olumsuz yönde etkilediğini belirtmiştir (22). Balderson ve Towell'in (26) yaptığı bir çalışmada anksiyete düzeylerinin biyopsi sonuçlarını bekleyen hasta grubunda en yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bill-Axelsson ve arkadaşlarının (27) prostat kanseri tanısı konan hastaların psikiyatrik semptomlarla (anksiyete gibi) ilgili olarak hastanede yatış oranının artacağını öne sürmüştür.

Prostat kanserinin en yaygın metastatik bölgesi kemiktir. Prostat kanserinde kemik metastazı sonucu hastalarda ağrı görülmektedir (28). Johannes ve arkadaşlarının (28) çalışmasında ileri evre prostat kanseri olan hastalarda ağrı skorunun, erken evre prostat kanseri olanlara göre anlamlı derecede yüksek olduğu ve prostat kanseri hastalarında kanser ağrısının anksiyete düzeyi üzerinde önemli bir etkisi olduğu görülmüştür. Bu nedenle, prostat kanserli hastalarda ağrı yönetimi önemlidir.

Yüksek anksiyete düzeyi prostat kanseri olan hastaların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Bu nedenle hastaların erken dönemde anksiyete düzeylerinin belirlenmesi önemlidir. Hemşirelerin; özellikle genç, biyopsi uygulanan veya PSA testi yaptıran, ailesinde prostat kanserli birey olan hastaların yüksek anksiyete düzeyine sahip olabileceğini göz önüne alarak tüm hastaların anksiyete düzeyini belirlemesi önemlidir. Prostat kanseri olan hastaların bilgi düzeyleri arttıkça anksiyete düzeyleri azalmaktadır (7,9,29,30). Albaugh ve arkadaşlarının (29) yaptığı çalışma sonucunda prostat kanserli hastaların tedaviye uyumlarını arttırmaya ve anksiyete düzeylerini azaltmaya yönelik grup temelli bilişsel davranış girişimleri, hemşireler tarafından verilen eğitim, akran desteği ve grup tartışması vb. psikososyal girişimlerin uygulanması önerilmektedir (29).

Depresyon ve Prostat Kanseri

Depresyon; mutsuzluk, çaresizlik, umutsuzluk ve karamsarlığın hissedildiği bir duygu durumu olarak tanımlanmaktadır (31). Prostat kanserli erkekler arasında depresyon yaygın bir durumdur. Yaklaşık altı hastadan birinde klinik olarak anlamlı düzeyde depresyon görülmektedir (32). İntihar düşüncesi de bu hasta grubunda görülebilir. Kanser tanısı, tedavi süreçleri (ameliyat, kemoterapi, radyoterapi, hormon tedavisi), ortaya çıkan komplikasyonlar, inkontinans, erektil disfonksiyon, ölüm korkusu ve maddi problemler gibi birçok faktör depresyonu tetiklemektedir (26,32). Kevin ve arkadaşlarının (33) yaptığı bir çalışmada androjen yoksunluğu tedavisinin prostat kanserli hastaların duygu durumlarını etkileyerek depresyon düzeylerini %41 oranında arttırdığını belirlemişlerdir. Lin ve arkadaşlarının (34) yaptığı bir başka çalışmada ise depresyonu olan metastatik prostat kanserli hastaların prognozunun kötüleştiği ve mortalite oranlarının arttığı saptanmıştır.

Prostat kanseri sürecinde erektil disfonksiyon sorunu yaşayan hastalarda depresyon sık olarak görülmektedir. Hastalar, cinsel deneyime girmenin onlara "kendilerini eksik hissettirdiğini, ereksiyon kaybı yaşadıkları zaman üzüntü ve depresyonlarının arttığını" belirtmişlerdir. Bu durumlarda erektil disfonksiyon sorununun yönetimi ve dolayısıyla depresyon düzeyinin düşürülebilmesi için ürolojik ve psikolojik yaklaşımlar belirlenirken dikkatli bir gözlem ve iyi bir öykü alınması gerekmektedir (9).

Depresyon, hastanın yaşam kalitesini ve hastalığın prognozunu olumsuz yönde etkilediği için rutin olarak izlenmesi önerilmektedir. Bu yüzden hemşirelerin depresyonu olan prostat kanserli hastaları uygun şekilde ve düzenli aralıklarla değerlendirmesi önemlidir. Ayrıca depresyonu olan hastaların intihar düşüncesi olup olmadığı tespit edilerek gerekli önlemler alınmalıdır. Gerekirse hasta bir psikiyatriste yönlendirilmelidir. Hemşireler depresyonun tıbbi tedavisinde üstlendikleri rollerin yanı sıra hasta ve ailesi ile işbirliği yaparak hastanın tedavisine göstereceği uyumda önemli bir etkiye sahiptir. Depresyonda tıbbi tedavi alan hastalara ve ailelerine tedaviden beklenen sonuçlar ve ilaç tedavisine uyumlarının tedavideki önemi konusunda eğitimler yapılmalıdır (8,26,18). Hemşireler, yalnızca hastalarında depresif semptomları değerlendirmek için değil, aynı zamanda depresyon ve etkileri hakkında eğitim vermek, destek sağlamak ve gerektiğinde hastaları psikiyatriste yönlendirmek için ideal bir konuma sahiptirler (18).

Sosyal İzolasyon ve Prostat Kanseri

Sosyal izolasyon, kişilerin sosyal ilişkilerinin nitelik ve niceliğinin sosyalleşme ihtiyaçlarını karşılamada yetersiz olma durumudur. Sosyal izolasyon yaşayan kişiler genellikle çevresiyle iletişim kurmaktan kaçınmakta ve kendilerini yalnız hissetmektedirler. Prostat kanseri tanısı konan bir kişi, kanser süreci boyunca birçok faktör nedeniyle sosyal izolasyon yaşayabilmektedir (35). Ettridge ve arkadaşlarının (36) nitel bir çalışmasında prostat kanserli hastalarının özellikle radikal prostatektomi sonrası gelişen inkontinans sebebiyle sosyal izolasyon yaşadıkları belirlenmiştir.

Radikal prostatektomi ameliyatı sonrası görülen üriner inkontinans bir yılın sonuna doğru %90 oranında düzelmektedir (6). Üriner inkontinans sorunu yaşayan hastalar, idrar sızıntısı, idrar kokusu ve bez kullanma durumuyla karşı karşıya kalmaktadır. Bu durumda bazı hastalar sosyalleşmekten kaçınmaktadır. Bu durum göz ardı edilirse anksiyete ve depresyona yol açabilmektedir (8,9).

Sosyal izolasyon yaşayan hastalarda, sosyal destek önemli bir yer tutmaktadır. Bu sosyal destek, aynı hastalığa sahip kişilerden veya hastanın eşi, ailesi, arkadaşları ya da akrabalarından sağlanabilir. Yapılan çalışmalarda prostat kanserli hastalara verilen sosyal desteğin ruh sağlığını iyileştirdiği ve daha uzun süre hayatta kalmayla ilişkili olduğu belirlenmiştir (9). King ve arkadaşlarının (37) yaptığı çalışmada ise prostat kanserli hastaların tanıyı takiben aldığı en değerli desteğin akran grubu ve eş desteği olduğu saptanmıştır.

Prostat kanserli hastalara bakım veren hemşirelerin de hastaların yaşadığı sosyal izolasyon durumunu değerlendirmesi önemlidir. Sosyal izolasyon yaşayan kişilerde bu durumun yaşanmasına neden olan durumlar belirlenmeli ve bu durumlara yönelik hemşirelik girişimleri planlanmalıdır. Örneğin hasta üriner inkontinans sebebiyle sosyal izolasyon yaşıyorsa bu duruma yönelik hemşirelik girişimleri uygulanmalıdır (Kegel egzersizleri, kafein alımı kısıtlaması, uyku öncesi sıvı kısıtlaması vb.) (6,9,37).

Prostat kanserli hastaların psikososyal alanlarında yaşadıkları bu sorunların belirlenmesi önemlidir. Amerikan Onkoloji Birliği'nin 2015 yılında yayınladığı rehberde tüm bu psikososyal sorunların belirlenmesine ve değerlendirilmesine yönelik öneriler sunulmuştur. Rehberde;

- Distress/anksiyete durumunun belirlenmesi,
- Uygun aralıklarla hastanın sıkıntı/depresyon/PSA ile ilgili kaygılarının değerlendirilmesi,
- Danışma kaynaklarını veya farmakoterapiyi uygun bir şekilde kullanarak stres/depresyonun yönetilmesi,
- Cinsel işlev bozukluğunun/beden imajının değerlendirilmesi,
- Hastalarla cinsel işlevleri hakkında konuşulması,
- Erektile fonksiyonu zaman içinde değerlendirmek için geçerliliği yapılmış ölçeklerin kullanılması,
- Tedavi ve danışma seçeneklerini gözden geçirmek için kalıcı cinsel işlev bozukluğu olan erkeklerin üroloji uzmanı, cinsel sağlık uzmanı veya psikoterapistle görüşmesinin sağlanması,
- Cinsellik durumunun değerlendirilmesi,
- Eşlerin cinsellikle ilgili konuşmaya özendirilmesi, danışmanlık yapılması,
- Erkek için erektil disfonksiyonun yanı sıra kadınlar için postmenopozal semptomları iyileştirmek için çiftlere cinsel danışmanlık verilmesi,
- Üriner işlev bozukluklarının değerlendirilmesi,
- Hastanın idrar kaçırma ve üriner işlev bozuklukları ile ilgili duygularını dile getirmesinin sağlanması önerilmektedir (37,38).

Psikososyal Sorunlar ve Hemşirelik Bakımı

Prostat kanserli hastalarda psikososyal bakım multidisipliner bir yaklaşım gerektirmektedir. Bu yaklaşımda hemşirelere önemli görevler düşmektedir. Hemşire, hastanın varolan psikososyal sorununun saptanmasında ve yönetiminde, hastanın ve ailesinin sorunlarla baş etmesini sağlamada ve sorunların giderilmesinde önemli bir pozisyona sahiptir (39,40). Psikososyal sorunlar yaşayan prostat kanserli hasta ve ailesine uygulanacak hemşirelik girişimleri şu şekilde sıralanabilir;

- Psikososyal sorunların saptanmasında ve çözümünde kilit nokta etkili iletişimidir. Bu nedenle hemşirelerin hastalarla etkili iletişim kurması önemlidir.
- Hemşire hasta ile güven ilişkisi kurmalı, hastanın kendisini rahatça ifade etmesini sağlamalıdır.
- Aktif dinleme hemşire-hasta arasındaki ilişkide önemli bir yere sahiptir. Hemşire hastayı dinlerken sözel olarak söylediklerinin yanında hastanın beden dili, jest ve mimikler, el kol hareketleri gibi sözsüz iletişimini de değerlendirmelidir. Hasta ile konuşurken göz iletişimi kurmak önemlidir.
- Açık, dürüst, önyargısız, anlayışlı ve gerçekçi bir yaklaşımda bulunarak hastaların duygularını ifade etmesi sağlanmalı ve hasta bu konuda cesaretlendirilmelidir.
- Umut etme, kanser hastalarının psikososyal sorunlarla baş etmesini kolaylaştırmaktadır. Hemşire gerçekçi bir bakış açısıyla hastanın umudunu güçlendirmesine destek vermelidir.
- Aynı hastalığı geçirmiş, deneyim sahibi kişilerle bir araya gelerek hastaların endişe ve korkularını paylaşabileceği bir ortam sağlanması hastaların stresle baş etmesini güçlendirmekte ve umut algısını olumlu yönde etkileyebilmektedir.
- Yine hemşireler tanı ve tedavi sürecinin her aşamasında hasta ve ailesinin bilgilendirerek hastaların anksiyete düzeylerini düşürmelidir.
- Prostat kanserli hastalar üriner inkontinans ve erektil disfonksiyon sorunu yaşamakta ve bunları ifade etmekten kaçınmaktadırlar. Hemşireler hastanın mahremiyetine önem vererek uygun konuşma ortamı sağladığında hastaları bu konuda konuşmaya cesaretlendirmelidir. Hemşire hastaya hassasiyetle yaklaşarak, yargılayıcı olmayan ve kabullenici bir tavır sergilemelidir.

- Kanser tedavi yöntemlerinin vücutta meydana getirdiği değişiklikler sonucu beden imajı olumsuz yönde etkilenebilir. Hastalar kendisini eksik hissedebilir, kendisini bütün olarak algılayamayabilir ve çekiciliğini kaybettiğini düşünebilir. Hastanın kendine ilişkin duygularını, düşüncelerini ve kendini algılayışını ifade etmesi için olanak tanınmalıdır.
- Olumlu beden imajı geliştirebilmek için hasta ile olası baş etme yöntemleri (hoş kokular vb.) tartışılmalıdır.
- Hemşire hastaları oluşabilecek depresyon, anksiyete, deliryum gibi psikiyatrik bozukluklar açısından gözlemlenmeli ve hastaların intihar düşüncelerini araştırmalıdır.
- Kanser, hastaların ölüm gerçeğiyle yüzleşmesine ve ölüm korkusu yaşamalarına neden olmaktadır. Ancak ölüm korkusu hastada öfke, çaresizlik ve suçluluk gibi duygular oluşturabilir ve depresyon görülebilir. Bu nedenle hemşireler; hastalarla hastalığa yüklediği anlamı, tedaviden beklentileri ve ölüme ilişkin duyguları hakkında konuşmaktan çekinmemelidir.

Sonuç

Prostat kanseri, dünya çapında erkekler arasında görülen en yaygın ikinci kanser türüdür. Prostat kanseri tanısı alan hasta ve ailesi; kanser tedavisi sürecine bağlı olarak stres, anksiyete, depresyon, sosyal izolasyon gibi birçok psikososyal sorun yaşamaktadır. Hastaların yaşadığı bu psikososyal sorunların çözümünde hemşireler önemli bir yer tutmaktadır. Profesyonel bir meslek üyesi olan hemşireler, multidisipliner bir anlayışla psikososyal problemlerin belirlenmesi ve kişiye özel, bütüncül hemşirelik bakımıyla hastaların yaşam kalitesinin artırılmasında önemli bir role sahiptir.

Bilgilendirme

Yazarların katkı oranı beyanı şöyledir: Fikir/kavram: SÇ, FV, ÖB; Tasarım: SÇ, FV, ÖB; Denetleme/danışmanlık: FV, ÖB; Kaynak taraması: SÇ; Derlemenin yazımı: SÇ. Derlemenin tüm aşamalarında yayın etiğine uyulmuştur. Araştırmacılar arasında herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır. Bu derleme, tez ya da bir projenin parçası olarak yayınlanmamıştır, bir kongrede veya diğer bilimsel ortamlarda sunulmamıştır. Bu derleme yazımında hiçbir kurum ve kuruluştan destek (proje-fon vb.) almamıştır.

Kaynaklar

1. Ferlay J, Colombet M, Soerjomataram I, Mathers C, Parkin DM, Piñeros M, et al. Estimating the global cancer incidence and mortality in 2018: GLOBOCAN sources and methods. *Int J Cancer*. 2019;15(8):1941-1953.
2. T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlık istatistikleri yıllığı (2018) [online]. URL: https://ohsad.org/wp-content/uploads/2020/01/SB_istatistik-y%C4%B1ll%C4%B1-%C4%9F%C4%B1-2018.pdf 26 Şubat 2022
3. Türkiye İstatistik Kurumu. Ölüm nedeni istatistikleri (2018) [online]. URL: http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1083 26 Şubat 2022
4. Ürolojik Cerrahi Derneği. Üroloji masaüstü başvuru kitabı. *ÜCD* 2016;2(1):668-677.
5. European Association of Urology (EAU). Prostate cancer guideline (2019) [online]. URL: <https://uroweb.org/wp-content/uploads/EAU-EANM-ESUR-ESTRO-SIOG-Guidelines-on-Prostate-Cancer-2019.pdf> 30.11.2020 26 Şubat 2022
6. Bayraktar N, Aydın N. Prostat tümörlerinde cerrahi ve bakım. *Türkiye Klinikleri J Surg Nurs-Special Topics* 2018;4(2):123-128.
7. Öner H. Prostat kanserli hastaların yaşadığı psikososyal sorunlar ve bakım. *Türkiye Klinikleri J Surg Nurs-Special Topics* 2015;1(1):41-48.
8. Lehto US, Helander S, Taari K, Aromaa A. Patient experiences at diagnosis and psychological well-being in prostate cancer: A Finnish national survey. *Eur J Oncol Nurs*. 2015;19(3):220-229.
9. De Sousa A, Sonavane S, Mehta J. Psychological aspects of prostate cancer: a clinical review. *Prostate Cancer Prostatic Dis*. 2012;15(2):120-127.
10. Yılmaz M, Yazgı ZG. Onkoloji hastalarının yaşadığı psikososyal sorunlarla baş etmesinde hemşirenin rolü. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* 2019;4(1):60-70.
11. Özel Y, Bay Karabulut A. Günlük yaşam ve stres yönetimi. *Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırma Dergisi* 2018;1(1):48-56.
12. Romanzini AE, Pereira MDG, Guilherme C, Cologna AJ, Carvalho EC. Predictors of well-being and quality of life in men who underwent radical prostatectomy: longitudinal study. *Rev Lat Am Enfermagem* 2018;26(1):1-14.
13. Ertekin PŞ, Tel H. Depresyonda hemşirelik yaklaşımı. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2012;3(2):86-91.
14. Avcı D, Doğan S. Kansere hastalarında travma sonrası stres bozukluğu, sosyal destek ve stresle başa çıkma arasındaki ilişki. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi* 2014;3(1):16-21.
15. Chambers SK, Chung E, Wittert G, Hyde MK. Erectile dysfunction, masculinity, and psychosocial outcomes: a review of the experiences of men after prostate cancer treatment. *Transl Androl Urol*. 2017;6(1):60-68.
16. Couper JW, Love AW, Dunai JV, Duchesne GM, Bloch S, Costello AJ, et al. The psychological aftermath of prostate cancer treatment choices: a comparison of depression, anxiety and quality of life outcomes over the 12 months following diagnosis. *Med J Aust*. 2009;190(7): 86-89.
17. Kirkman M, Young K, Evans S, Millar J, Fisher J, Mazza D, et al. Men's perceptions of prostate cancer diagnosis and care: insights from qualitative interviews in Victoria, Australia. *BMC Cancer* 2017;17(1):704-716.
18. Sürme Y. Stres, stresle ilişkili hastalıklar ve stres yönetimi. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi* 2019;12(64):525-529.
19. Wall DP, Kristjanson LJ, Fisher C, Boldy D, Kendall GE. Responding to a diagnosis of localized prostate cancer: men's experiences of normal distress during the first 3 postdiagnostic months. *Cancer Nurs*. 2013;36(6):44-50.
20. Erdemir F. Hemşirelik Tanıları El Kitabı. 13. Basım. Kaya Ö. Nobel Tıp Kitapevi;2012:67-92.
21. Oliffe JL, Rossnagel E, Seidler ZE, Kealy D, Ogrodniczuk JS, Rice SM. Men's depression and suicide. *Curr Psychiatry Rep*. 2019;21(10):103-109.
22. Dale W, Bilir P, Han M, Meltzer D. The role of anxiety in prostate carcinoma: a structured review of the literature. *Cancer* 2005;104(3):467-478.

23. Kaya MC, Bez Y, Demir A, Bulut M, Topçuoğlu V, Kuşçu MK, et al. Prostat kanseri hastalarında hastalık evrelerine göre anksiyete, depresyon, cinsel işlev bozukluğu ve yaşam kalitesi. *Journal of Mood Disorders* 2013;3(1):23-27.
24. Dale W, Hemmerich J, Bylow K, Mohile S, Mullaney M, Stadler WM. Patient anxiety about prostate cancer independently predicts early initiation of androgen deprivation therapy for biochemical cancer recurrence in older men: a prospective cohort study. *J Clin Oncol.* 2009;27(10):1557-1563.
25. Lofters A, Juffs HG, Pond GR, Tannock IF. "PSA-itis": knowledge of serum prostate specific antigen and other causes of anxiety in men with metastatic prostate cancer. *J Urol.* 2002;168(6):2516-2520.
26. Balderson N, Towell T. The prevalence and predictors of psychological distress in men with prostate cancer who are seeking support. *Br J Health Psychol.* 2003;8(2):125-134.
27. Bill-Axelson A, Garmo H, Nyberg U, Lambe M, Bratt O, Stattin P, et al. Psychiatric treatment in men with prostate cancer—results from a nation-wide, population-based cohort study from Sweden. *Eur J Cancer* 2011;47(14):2195-2201.
28. Johanes C, Monoarfa RA, Ismail RI, Umbas R. Anxiety level of early- and late-stage prostate cancer patients. *Prostate Int.* 2013;1(4):177-182.
29. Albaugh JA, Sufrin N, Lapin BR, Petkewicz J, Tenfelde S. Life after prostate cancer treatment: a mixed methods study of the experiences of men with sexual dysfunction and their partners. *BMC Urol.* 2017;17(1):45-54.
30. Seyhan Ak E, Özbaş A. Prostat kanserinin ameliyat sonrası bakımında güncel yaklaşımlar. *JAREN* 2019;5(1):81-89.
31. Akın Aslan A, Akın Sarı B, Kuruoğlu A. Depresif duygudurumdan major depresyona klinik spektrum. *Klinik Psikiyatri* 2012;15(1):56-64.
32. Fervaha G, Izard JP, Tripp DA, Rajan S, Leong DP, Siemens DR. Depression and prostate cancer: A focused review for the clinician. *Urol Oncol.* 2019;37(4):282-288.
33. Nead KT, Sinha S, Yang DD, Nguyen PL. Association of androgen deprivation therapy and depression in the treatment of prostate cancer: A systematic review and meta-analysis. *Urol Oncol.* 2017;35(11):664-673.
34. Lin PH, Liu JM, Hsu RJ, Chuang HC, Chang SW, Pang ST, et al. Depression negatively impacts survival of patients with metastatic prostate cancer. *Int J Environ Res Public Health* 2018;15(10):2148-2158.
35. Hawkey LC, Cacioppo JT. Loneliness matters: a theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Ann Behav Med.* 2010;40(2):218-227.
36. Ettridge KA, Bowden JA, Chambers SK, Smith DP, Murphy M, Evans SM, et al. "Prostate cancer is far more hidden...": Perceptions of stigma, social isolation and help-seeking among men with prostate cancer. *Eur J Cancer Care* 2018;27(2):1-12.
37. King AJ, Evans M, Moore TH, Paterson C, Sharp D, Persad R, et al. Prostate cancer and supportive care: a systematic review and qualitative synthesis of men's experiences and unmet needs. *Eur J Cancer Care* 2015;24(5):618-634.
38. Resnick MJ, Lacchetti C, Bergman J, Hauke RJ, Hoffman KE, Kungel TM, et al. Prostate cancer survivors—hip care guideline: American Society of Clinical Oncology clinical practice guideline endorsement. *Journal of Clinical Oncology* 2015;33(9):1078-1085.
39. Özdemir Ü, Taşcı S. Kronik hastalıklarda psikososyal sorunlar ve bakım. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* 2013;1(1): 57-72.
40. Ülger E, Alacacıoğlu A, Gülseren A, Zencir G, Demir L, Tarhan M. Kanserde psikososyal sorunlar ve psikososyal onkolojinin önemi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2014;28(2):85-92.

Tatlı Kemikler: Diabetes Mellitus'un Kemik Sağlığına Etkisi

İD Buket DAŞTAN¹, İD Sevilay HİNTİSTAN²

¹Öğr. Gör, Bayburt Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Yaşlı Bakımı Programı, Bayburt, Türkiye.

²Prof. Dr. Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Trabzon, Türkiye.

Öz

Diabetes mellitus, dünya çapında milyonlarca nüfusu etkileyen, önemli mortalite ve morbiditeye sahip, kronik hiperglisemik, yaygın bir hastalıktır. Diyabetin kardiyovasküler sistem, göz, böbrek ve sinir sistemi üzerinde iyi bilinen komplikasyonlarının yanı sıra iskelet sisteminde diyabetten etkilenir. Son zamanlarda diyabetin iskelet sistemini olumsuz etkilediği, kemik kalitesinde ve kemik gücünde bozulma, artan kırık riski ve bozulmuş kemik iyileşmesi gibi kemik üzerine zararlı etkilerinin olduğunu gösteren kanıtlar artmaktadır. Diyabetin kemik sağlığı üzerinde güçlü bir etkisi vardır ve iskelet kırılabilirliği artık hem Tip 1 hem de Tip 2 diyabetin önemli bir komplikasyonu olarak kabul edilmektedir. Tip 1 diyabette kemik mineral yoğunluğunun azalması, Tip 2 diyabette ise kemik yoğunluğunun normal hatta daha yüksek olmasına rağmen, kemik kalitesinin ve gücünün bozulması kırık riskini artırır. Tip 1 ve Tip 2 diyabetin geç aşamalarında, insülin eksikliği, insülin benzeri büyüme faktörü 1'in yetersiz salınımı kemik homeostazını bozarak kırılabilirliğe yol açabilir. Kemik kırılabilirliğe yol açan patofizyolojik mekanizmalar çok faktörlüdür ve potansiyel olarak kemik oluşumunun bozulmasına, kemik yapısının değişmesine ve kemik gücünün azalmasına yol açar. İlginç bir şekilde farklı antidiyabetik tedaviler, glisemik kontrol, hipoglisemik olayların tetiklenmesi, kemik oluşumu üzerindeki etkileri nedeniyle kırık riskini etkileyebilir. Bu derlemede, diyabetin kemik homeostazına etkisi, kırık riski, antidiyabetik tedavinin kemik üzerine etkisi ve sağlık personeline öneriler tartışılmaktadır.

Anahtar Sözcükler: Diyabet, Diyabetik Komplikasyonlar, Kemik Kırıkları.

Abstract

Sweet Bones: The Effect of Diabetes Mellitus on Bone Health

Diabetes mellitus is a chronic hyperglycemic, common disease with significant mortality and morbidity affecting millions of people worldwide. Besides the well-known complications of diabetes on the cardiovascular system, eyes, kidneys and nervous system, bone is also affected by diabetes. Recently, there is increasing evidence that diabetes affects the skeletal system negatively and has harmful effects on bone, such as impaired bone quality and bone strength, increased risk of fractures and impaired bone healing. Diabetes has a strong impact on bone health, and skeletal fragility is now recognized as a major complication of both Type 1 and Type 2 diabetes. Decrease in bone mineral density in Type 1 diabetes, and deterioration in bone quality and strength, although bone density is normal or higher in Type 2 diabetes, increases the risk of fracture. In the late stages of Type 1 and Type 2 diabetes, insulin deficiency, insufficient release of insulin-like growth factor 1 can disrupt bone homeostasis and lead to fragility. Pathophysiological mechanisms that lead to bone fragility are multifactorial and potentially lead to impaired bone formation, altered bone structure, and reduced bone strength. Interestingly, different antidiabetic treatments can affect fracture risk due to glycemic control, triggering of hypoglycemic events, and effects on bone formation. In this review, the effect of diabetes on bone homeostasis, fracture risk, and the effect of antidiabetic therapy on bone recommendations to healthcare professionals are discussed.

Key Words: Bone Fractures, Diabetes, Diabetic Complications.

Geliş Tarihi / Received: 01.05.2021 **Kabul Tarihi / Accepted:** 17.02.2022

Correspondence Author: Öğr. Gör, Bayburt Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Yaşlı Bakımı Programı, Bayburt, Türkiye. Telefon: +90(458)2111171 E-posta: bdaştan@bayburt.edu.tr

Cite This Article: Dastan B, Hintistan S. Tatlı Kemikler: Diabetes Mellitus'un Kemik Sağlığına Etkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 2022; 15(2): 240-245.



Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi 2021 Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License

Giriş

Karbonhidrat, yağ ve protein metabolizmasını etkileyen karmaşık, çok faktörlü bir hastalık olan diabetes mellitus (DM), morbidite ve mortaliteye neden olan küresel bir sağlık sorunudur. Diyabette yüksek seviyelerde seyreden kan glikoz düzeyi; retinopati, nefropati, nöropati, inme ve miyokardiyal enfarktüs gibi mikrovasküler ve makrovasküler komplikasyonların gelişimine yol açar (1). Diyabetin iyi bilinen bu komplikasyonlarının yanı sıra son zamanlarda hem Tip 1 diabetes mellitus (Tip 1 DM) hem de Tip 2 diabetes mellitusta (Tip 2 DM) kemik kırılabilirliği riskinin artması önemli bir komplikasyon olarak kabul edilmiştir (2,3).

Diyabet, kemik iliğinde vaskülarizasyonun bozulması ve yağlanmanın artması gibi çeşitli komplikasyonlara neden olmaktadır. Bu durum esas olarak hem osteoblast hem de osteoklast fonksiyonlarını etkileyerek diyabet hastalarında artan yağlanma nedeniyle hatalı mineralizasyondan kaynaklanan kırılabilir kemikleri oluşturmaktadır (4). Ayrıca, diyabet süresinin uzun olması, kemik metabolizmasında değişikliklere, moleküler ve yapısal seviyelerde çeşitli mekanizmalar yoluyla kemik mikro yapısının bozulmasına neden olur. Bu değişiklikler kemiklerde kırık riskinde artış ve iyileşme sürecinde bozulmayı beraberinde getirir (5). Tip 1 DM'si olan hastalar düşük kemik mineral yoğunluğuna ve altı-yedi kat daha yüksek kırık riskine sahipken, Tip 2 DM'si olan hastalar normal ya da yüksek kemik mineral yoğunluğuna ve üç kata kadar daha yüksek kırık riskine sahiptir (2,3).

Uzun süredir diyabet olan hastalarda artan kırık riski, bozulmuş iyileşme süreciyle birleşir. Kemik metabolizmasındaki değişiklikler ve mikrovasküler hastalık gelişimi, iyileşme süresini %87 oranında uzatabilir (6). Ek olarak diyabet hastaları, gecikmiş yara iyileşmesi (7), enfeksiyöz ve perioperatif kardiyovasküler (8) komplikasyonlar gibi artmış komplikasyon gelişme riskine daha yatkındır.

Diyabette öz bakım yönetimi hastalar için altın standart haline gelmiştir. Hastalar, günlük öz bakım hedeflerine ulaşmak için beslenme, egzersiz, izleme ve ilaç bilgisine ihtiyaç duyarlar. Öz bakım bilgisi iyi düzeyde olan hastalar durumlarını kontrol etme konusunda daha özgüvenlidir. Hemşirenin diyabetin birçok komplikasyonunda iyi bir hasta bakımı sağlama ve öz bakım yönetimini teşvik etmede çok önemli rolleri vardır. Özellikle diyabetin önemli bir komplikasyonu olarak diyabetin kemik üzerine etkisinin, yeterince ele alınmadığı, hastaları bilgilendirilmede gözden kaçırıldığı fark edilmektedir. Bu derleme, hemşirelere diyabet hastalarında kemiğin yeniden şekillenmesi, tip 1 ve tip 2 diyabetin kemik homeostazı üzerine etkileri, diyabetin neden olduğu kırık riski, diyabet tedavisinin kemik üzerine etkisine farkındalık sağlama nedeniyle önem arz etmektedir. Ayrıca, diyabet hastalarının kemik sağlığı açısından değerlendirilmesi ve olası risklerin azaltılmasında rehberlik sağlayarak hemşirelere yol gösterici olacaktır.

Gelişme

Diyabet ve Kemiğin Yeniden Şekillenmesi

Kemik, sürekli değişen ve yenilenen dinamik bir organdır. Kemiğin yeniden şekillenmesi osteoklastların aktivasyonu ile başlar. Kemikte yıkım meydana gelir ve osteoblastlar aktive edilerek yıkım bölgesine göç etmeleri sağlanır ve tekrar kemik yapımı gerçekleşir. Yetişkin bir bireyde, iskelet yapısını ve bütünlüğünü korumak için hasara uğrayan kemik dokusunda onarım, strese maruz kalan kısımlarda güçlenme ve gereksiz kemik dokusu kısımlarının uzaklaştırılması ile kemikte yeniden modelleme gerçekleşir (9).

Diyabeti olan hastalarda glikoz ve insülin metabolizmasındaki bozuklukların kemik kalitesi üzerinde dolaylı ve doğrudan etkileri vardır. Bozulmuş glukoz / insülin metabolizması, iskelet kası sinyalini değiştirerek dolaylı olarak kemiği etkiler. Diyabette hücre içi hipergliseminin uyardığı ileri gliko-oksidasyon son ürünlerinin (AGE) birikmesi; kemik biyomekaniğini değiştiren kollajen çapraz bağlanmaya, oksidatif stres ve enflamasyona, osteoblast ve osteosit disfonksiyonuna neden olur ve kemiğin yeniden şekillenmesini olumsuz etkileyen yolları tetikler. Ayrıca, kemik vaskülarizasyonu, glikoz ve insülin metabolizmasındaki düzensizlik nedeni ile bozulur, böylece kemiğe besinlerin ve sinyal faktörlerinin (örneğin, vazodilasyonu düzenleyen) iletimi bozulur. Diyabette kemik damar yapısındaki değişiklikler, kemikte azalmış yeniden şekillenme aktivitesi ile sonuçlanır. Glikoz ve insülin metabolizmasındaki bozulmalar da osteoblast ve osteoklast aktivitesini doğrudan etkiler ve bu da kemik oluşumunda azalma ve kemik erimesinde artma ile sonuçlanır. Son çalışmalar, kemik hücrelerinin %90-95'ini oluşturan osteositlerin, hem osteoblast hem de osteoklast fonksiyonlarını düzenleyerek kemiğin yeniden şekillenmesinde çok işlevli roller oynadığını ve hiperglisemiden etkilendiğini göstermiştir (10-12). Sonuçta, bozulmuş glikoz/insülin metabolizmasının kemik üzerindeki dolaylı ve doğrudan etkileri, kemiğin yeniden şekillenmesi ve kemik kalitesinin azalmasına ve kırık riskinin artmasına neden olur (13).

Diyabetin Kemik Homeostazı Üzerine Etkileri

Kronik hipergliseminin benzerliğine rağmen, Tip 1 DM ve Tip 2 DM kemik metabolizmasını farklı şekilde etkileyebilen farklı patofizyolojik mekanizmalara sahiptir. Her iki durumda da zayıf kemik gücünün altında yatan mekanizmalar tam olarak anlaşılmamıştır (2).

Tip 2 DM'nin Kemik Homeostazı Üzerine Etkileri

Tip 2 DM, diyabet insidansının %90-95'ini oluşturur ve prevalansı dünya çapında artmaktadır (14). Osteoporoz, özellikle menopoz sonrası kadınlarda yaygın olan Tip 2 DM'nin uzun vadeli bir komplikasyonudur. Önceki çalışmalar, Tip 2 diyabeti olan hastaların, diyabeti olmayanlara kıyasla artmış kemik kırılabilirliğine sahip olduğunu göstermiştir (15,16). Bu artmış kırık riski, normal hatta artmış kemik mineral yoğunluğu değerlerine rağmen ortaya çıkabilmektedir. Yine düşük kemik kalitesinin bu popülasyonda iskelet kırılabilirliğine katkıda bulunduğu ileri sürülmektedir. Bu nedenle araştırmacılar, diyabetin kemik mineral yoğunluğu üzerindeki etkisine odaklanmıştır (10,11,15). Tip 2 DM'de artmış kırılabilirlik riskinin altında yatan patofizyolojik mekanizmalar karmaşıktır ve tam olarak anlaşılammıştır. Tip 2 DM'de, kortikal kemik kütlesi artarken trabeküler kemik kütlesi olumsuz etkilenir. Kemiği oluşturan osteoblastların sayısı ve işlevi azalır. Ek olarak, kalsiyum ve fosfat homeostazını değiştiren D vitamini serum seviyeleri azalır (2). Azalan D vitamini seviyeleri, renal kalsiyumun yeniden emilimini azaltır ve osteoblastlar tarafından osteokalsin üretimini azaltır (17), bu da kemik oluşumunun azalmasına neden olur. Ayrıca hipergliseminin neden olduğu glikozüri ile orantılı olarak idrarla kalsiyum atılımının artması ve hipergliseminin paratiroid hormonu ve D vitamini ile etkileşimi kemik döngüsünü etkilemektedir (5).

Osteoblastlar, Tip 2 DM'de yağ depolayan adipositlere farklılaşan mezenkimal kök hücreden üretilerek kemik iliği yağlanmasına ve sitokinlerin ve kemokinlerin ekspresyonunun artmasına ve ayrıca yüksek miktarda serbest doymamış yağ asitlerinin oluşmasına neden olur (2). Gerçekten de son çalışmalar, Tip 2 DM'de kemik iliği yağ dokusu ile glisemik kontrol arasında ters bir ilişki olduğunu ve glisemik kontrolü zayıf olan Tip 2 DM'si olan kadınların yeterli glisemik kontrole sahip olanlara göre anlamlı derecede daha yüksek kemik iliği yağ dokusu seviyelerine sahip olduğunu göstermektedir (18,19).

Tip 1 DM'nin Kemik Homeostazı Üzerine Etkileri

Tip 1 DM daha az yaygındır, ancak insidansı özellikle gençlerde çok artmaktadır, ayrıca artmış kırık riski söz konusudur. Tip 1 DM'de kırık riskinin yaşamın erken dönemlerinde arttığı, bu riskin tüm süreç boyunca devam ettiği ve alt ekstremitelerdeki kırık riskinin diğer bölgelere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (14). Yapılan bir çalışmada, Tip 1 DM'si olan hastalarda kalça kırığı insidansının, normal popülasyona göre altı kat ve Tip 2 DM'si olan popülasyondan da 2,5 kat daha yüksek olduğu bildirilmiştir (20). Tip 1 DM hastalarında düşük kemik oluşumu ile belirgin ölçüde daha düşük kemik mineral yoğunluğu ve artan kırılabilirlik riski vardır. Bu klinik özellikler, kemik oluşumu ve kemik gelişimi için insülin sinyalinin gerekli olduğunu düşündürmektedir. Literatürde, osteoblastların fonksiyonel bir insülin reseptörüne sahip olduğu ve insülin tedavisinin osteoblastların proliferasyonunu ve farklılaşmasını uyardığı gösterilmiştir (10). Tip 1 DM ile yaşayan hastalar, düşük seviyelerde insülin benzeri büyüme faktörü 1 (IGF-1) ile birlikte pankreas hücrelerinin tamamen çalışmamasından etkilenir. Diğer pankreatik anabolik hormonların yanı sıra hem insülin eksikliği hem de IGF-1 seviyeleri, mezenkimal kök hücrelerin osteoblastik aktivitesi ile osteoblastların terminal farklılaşmasını baskılar. Bu nedenle, genç yaşta iskelet büyümesi engellenir ve bu da tepe kemik kütlelerinin yetersiz birikmesine yol açar (5).

Osteoblastlar tarafından üretilen ve kemik oluşumunun bir göstergesi olan osteokalsinin, Tip 1 DM'si olan çocuklarda, HbA1c seviyeleri ile negatif korelasyon gösterdiği ve düşük seviyelerde olduğu saptanmıştır (5,21). Tip 1 DM ve Tip 2 DM karşılaştırıldığında, serum osteokalsin seviyeleri Tip 1 DM'de azalmış ve Tip 2 DM'de ise sağlıklı bireylere göre anlamlı derecede azalmıştır (5,22). Alternatif olarak sklerostin, kemik erimesi için kullanılan bir belirteçtir ve Tip 2 DM'si olan hastalarda kemik oluşumu için kullanılan kemik döngüsü belirteçleri ile ters orantılıdır. Bununla birlikte, sklerostin seviyelerindeki değişiklikler Tip 1 DM'si olan hastalar için doğrulanmamıştır. Sonuç olarak, kemik döngüsü belirteçleri, gelecekte diyabet ile yaşayan hastalarda potansiyel olarak kırık riskini tahmin etmenin bir yolu olabilir (5,23,24).

Diyabet ve Kırık Riski

Kemik mikro yapısındaki bozulmalara bağlı olarak kemiğin biyomekanik özelliklerinin değişmesi ve artmış kırık riski, diyabetin bilinen komplikasyonları haline gelmiştir (5). Büyük ölçekli çalışmalar, uzun süreli hiperglisemiye maruz kalmanın diyabet hastalarında kırık riskini artırdığını göstermektedir. Yoğun glisemik kontrolün, kemik döngüsü belirteçlerini önemli ölçüde etkilemesi nedeni ile diyabet tedavisinin kırık riskini azalttığı öne sürülmüştür (25,26). Tersine, hipoglisemik ataklara neden olabilecek tedavi, düşme ve travma riskini dolayısıyla kırık insidansını artırabilir (10,27).

Yapılan osteoporotik kırıklar çalışmasında, 65 yaş ve üstü 9654 kadın ortalama 9.4 yıl izlenmiş ve 40 yaşından sonra diyabet teşhisi konan kadınların, diyabeti olmayanlara kıyasla %30 artmış vertebra dışı kırık riskine ve %82 artmış kalça kırığı riskine sahip olduğu saptanmıştır (28). Yine Japonya'da yapılan kesitsel bir çalışmada, 50 yaşın üzerindeki katılımcılarda spinal ve torasik radyografilerde kırıklar tespit edilmiş ve Tip 2 DM'si olan erkek ve kadınların, lomber omurga kemik yoğunluğu ayarlamasından sonra sırasıyla %373 ve %82 oranında daha yüksek vertebra kırığı riski taşıdıkları bulunmuştur (29). Toplam 7.832.213 katılımcıyı içeren iki meta-analiz çalışmasında da, genel popülasyona kıyasla diyabeti olan bireylerde kalça kırığı insidansının arttığı; Tip 1 DM'de kırık riskinin, Tip 2 DM'den daha yüksek bir insidans gösterdiği belirlenmiştir (30, 31).

Tip 1 DM ve Tip 2 DM'de artan kırılma riski için mekanizma, hücre içi hipergliseminin neden olduğu düşünülen kalıcı olarak birikmiş AGE ürünlerinin birikmesiyle oluşur. Hiperglisemi, oksidatif stres, AGE, azalmış insülin ve IGF-1 aktiviteleri gibi birçok faktör, diyabete bağlı kemik kalitesini bozarak, kırılabilirliğinde rol oynar. Bu faktörler, kemik oluşturan hücreleri, özellikle osteoblastları ve osteositleri etkiler, bu da kemik oluşumunun azalmasına ve kemiğin yeniden şekillenmesinin bozulmasına neden olur (10,14).

Literatürde diyabetin artmış düşme riski ile ilişkili olduğu gösterilmiştir; bu nedenle kemik kırılabilirliğine ek olarak düşme riski de artmış bir kırık riskine neden olur (32). Yaşlı yetişkinlerden oluşan bir kohort çalışmasında, diyabetle ilişkili azalmış periferik sinir fonksiyonu, zayıf görme ve azalmış böbrek fonksiyonu komplikasyonlarının tümünün, artmış düşme riski ile ilişkili olduğu saptanmıştır (33). Osteoporotik kırıklar çalışması, diyabeti olan kadınlarda, özellikle insülin ile tedavi edilenlerde, birden fazla düşme riskinin diyabeti olmayan kadınlara göre iki kattan fazla olduğunu ortaya koymuştur. Aynı çalışmada zayıf denge ve periferik nöropatinin düşme ile ilişkili önemli risk faktörleri olduğu bulunmuştur (32).

Diyabette Kemik Vaskülarizasyonu

Tüm vücut hücrelerine besin ve oksijen sağlamak için sağlıklı bir vaskülarizasyonun olması zorunludur. Ayrıca kemik mikro ortamı içinde anjiyogenez önemlidir ve aslında osteogenez ile bağlantılıdır (2). Kemik vaskülarizasyonu, kemik büyümesi, yeniden şekillenmesi ve yaralanmanın iyileşmesi için kritiktir. Ayrıca vaskülarizasyon sürekli bir oksijen, besin ve gerekli maddelerin tedarikini ve metabolik atıkların uzaklaştırılmasını sağlar. Kardiyak çıktının %10 kadarı karmaşık bir sinüzoid ve klasik kılcak damar sistemi tarafından kemik mineral bölmesine ve kemik iliğine dağıtılır (34). Diyabetik mikroanjyopati, kemik dahil tüm organları etkileyebilir ve muhtemelen kemik kırılabilirliğine katkıda bulunur (35). Kan akışındaki azalma ve yeni damar oluşumundaki bozulma, osteoblast oluşumu ve kemiğin yeniden şekillenmesindeki azalmalara bu da kemik kalitesinde azalmaya ve kırık iyileşmesinde gecikmeye neden olabilir (13).

Diyabet Tedavisinin Kemik Üzerine Etkisi

Diyabetin kemik üzerine etkisini kontrol etmek için iki strateji düşünülebilir. Birincisi, kan glukoz seviyelerini kontrol altına almak ve Tip 2 DM komplikasyonlarını önlemek; ikincisi, doğrudan kemik rezorpsiyonunu bloke etmek ve osteoblast fonksiyonunu eski haline getirmektir (2).

İnsülin ve IGF-1

İskeletin boyutu ve kemiğin yeniden şekillenmesi sürecinde tüketilen enerji miktarı nedeniyle iskelet, glikoz metabolizmasına büyük ölçüde bağlı olan bir vücut organıdır. Bu nedenle, insülin sinyalinin kemiğin yeniden şekillenmesinin düzenlenmesinde önemli bir rol oynaması şartıcı değildir (13). Klinik öncesi çalışmalar insülinin, hem osteoklastların hem de osteoblastların fonksiyonel bir insülin reseptörüne sahip olduğunu ve insülin tedavisinin osteoblastların proliferasyonunu ve farklılaşmasını uyardığını göstermiştir. *Yine in vivo* ve *in vitro* çalışmalarda, insülinin kemik üzerinde anabolik bir etki yarattığı ortaya konmuştur (11,36). Bununla birlikte son veriler, hipoglisemi riski daha az olan uzun etkili insülin kullanımında, hipoglisemiye bağlı düşme riskinin, diğer insülinlere kıyasla daha az olduğu bildirilmiştir (11).

IGF-1, osteoblastlarda eksprese edilir ve otokrin ve parakrin yollarla osteoblastik farklılaşmayı ve kemiğin yeniden şekillenmesini destekler. IGF-1, diyabette kemik kırılabilirliğinde rol oynayabilir çünkü zayıf kontrollü diyabet hastalarında serum IGF-1 seviyesinin azaldığı bildirilmektedir (10).

Metformin

Metformin, Tip 2 DM'nin yönetimi için yaygın olarak reçete edilmekte ve uluslararası kılavuzlar tarafından birinci basamak tedavi olarak önerilmektedir (37). Etkisini karaciğer glukoz üretimini azaltarak, insülin duyarlılığını artırarak, yağ asidi sentezini inhibe ederek ve oksidasyonu artırarak gösterir. Hayvan çalışmalarının çoğunda, metforminin osteoblastik hücrelerde değişiklikleri indüklediği bilinen AGE ürünlerinin birikimini önleyerek kemik kütlelerini ve gücünü iyileştirdiği üzerinde durulmaktadır (3,38). Klinik gözlemler ise metforminin nötr (39) veya kırık riski üzerinde olumlu (35,40) bir etkiye sahip olduğunu göstermektedir.

Tiazolidindionlar

Tiazolidindionlar (TZD), Tip 2 DM'de glisemik kontrolü ve insülin duyarlılığını iyileştirir. *In vivo*, TZD uygulaması kemik iliği yağlanmasına yol açar ve osteoblastogenez azaltarak kemik kaybına neden olur. Aynı doğrultuda, TZD tedavisi alan Tip 2 DM hastalarında dördüncü lomber vertebra gövdesinde kemik iliği yağında artış, osteoblastogenezde azalma ve kalça ve el bileğinde genellikle kadınlarda daha belirgin kırık riski artışı saptanmıştır (2,4).

Sonuç

Uzun hastalık süresi (10 yıl), zayıf glikometabolik kontrol ve diyabet komplikasyonlarının varlığı kırık riskini artırmakta ve diyabeti olan bireylerin değerlendirilmesini daha önemli kılmaktadır. Klinik uygulamada, sağlık profesyonelleri, yüksek kırık riski altındaki hastaları hedef alan kemik koruma müdahalelerine ve düşmeyi önleme stratejilerine odaklanmalıdır. Retinopati ile birlikte azalan görme keskinliği, nöropati, kas aktivitesi ve dengede bozulma gibi risk faktörlerini kontrol etmek için hastanın yaşadığı ortamı iyileştirme (kaygan zeminler, yetersiz aydınlatma, trabzanlar) gibi değiştirilebilir faktörler, düşmeyi önlemeye yönelik önemli önlemlerdir. Yaşamın her aşamasında, kalsiyum, D vitamini ve protein gibi temel kemik besinlerinin diyetle yeterli miktarda alınması kemik sağlığına katkıda bulunur. Diyetle alınan kalsiyum kaynakları tercih edilen bir seçenektir ve kalsiyum takviyesi yalnızca diyetlerinde yeterli kalsiyum alamayan ve osteoporoz için yüksek risk altında olan bireyleri hedeflemelidir. Sigaranın osteoblast aktivitesini bozması nedeniyle, hastalar sigarayı bırakmaya ve güneşli günlerde en az 10-15 dakika dışarıda bulunmaya teşvik edilmelidir. Hastalar, günlük D vitamini üretimini artırmak için yürüme, iyi vücut mekaniği ve iyi bir duruşun yanı sıra açık havada günlük ağırlık taşıma aktivitesi için teşvik edilir. Hipergliseminin kemik üzerindeki patofizyolojik değişikliklerini önlemek için kan şekerinin kontrol altında tutulması gereklidir. Hasta/ailesine diyabette artan kırık riski ve dikkat edilmesi gereken hususlar ve kemik sağlığını iyileştirmek adına öneriler sunulmalıdır. Bu davranış değişikliği önerileri hastanın sağlıklı bir yaşam tarzı sürdürmesine ve kendi kendine bakımı geliştirmesine yardımcı olacaktır.

Bilgilendirme

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

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

Kaynaklar

1. TEMD Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi ve İzlem Kılavuzu-2020. 14. Basım (Çevrimiçi Yayın). Ankara.
2. Picke AK, Campbell G, Napoli N, Hofbauer LC, Rauner M. Update on the impact of type 2 diabetes mellitus on bone metabolism and material properties. *Endocr Connect* 2019;8(3):R55-R70.
3. Napoli N, Chandran M, Pierroz DD, Abrahamsen B, Schwartz AV, Ferrari SL. & IOF Bone and Diabetes Working Group. Mechanisms of diabetes mellitus-induced bone fragility. *Nat Rev Endocrinol* 2017;13:208–219.
4. Rathinavelu S, Guidry-Elizondo C, Banu J. Molecular modulation of osteoblasts and osteoclasts in type 2 diabetes. *J Diabetes Res* 2018;6354787.
5. Murray CE, Coleman CM. Impact of diabetes mellitus on bone health. *Int J Mol Sci* 2019;20(19):4873.
6. Loder RT. The influence of diabetes mellitus on the healing of closed fractures. *Clin Orthop Relat Res* 1988;(232):210-6.
7. Folk JW, Starr AJ, Early JS. Early wound complications of operative treatment of calcaneus fractures: analysis of 190 fractures. *J Orthop Trauma* 1999;13(5):369-72.
8. Retzepi M, Donos N. The effect of diabetes mellitus on osseous healing. *Clin Oral Implants Res* 2010;21(7):673-81.
9. Keleştimur H. Paratiroit hormonu ve kalsiyum-fosfat metabolizması. İçinde Ağar E, İnsan fizyolojisi.1. Basım. İstanbul Tıp Kitapevleri; 2021:966-967
10. Kanazawa I, Sugimoto T. Diabetes mellitus-induced bone fragility. *Intern Med* 2018;57(19):2773-2785.
11. Eller-Vainicher C, Cairolì E, Grassi G, Grassi F, Catalano A, Merlotti D, et al. Pathophysiology and management of type 2 diabetes mellitus bone fragility. *J Diabetes Res* 2020;7608964.
12. Al-Hariri M. Sweet Bones: The Pathogenesis of bone alteration in diabetes. *J Diabetes Res* 2016;2016:6969040.
13. Lecka-Czernik B. Diabetes, bone and glucose-lowering agents: basic biology. *Diabetologia* 2017;60(7):1163-1169.
14. Valderrábano RJ, Linares MI. Diabetes mellitus and bone health: epidemiology, etiology and implications for fracture risk stratification. *Clin Diabetes Endocrinol* 2018;4:9.
15. Wang L, Li T, Liu J, Wu X, Wang H, Li X, et al. Association between glycosylated hemoglobin A1c and bone biochemical markers in type 2 diabetic postmenopausal women: a cross-sectional study. *BMC Endocr Disord* 2019;19(1):31.
16. Canecki-Varžić S, Prpić-Križevac I, Bilić-Ćurčić I. Plasminogen activator inhibitor-1 concentrations and bone mineral density in postmenopausal women with type 2 diabetes mellitus. *BMC Endocr Disord* 2016;16:14.
17. Chaiban JT, Nicolas KG. Diabetes and bone still a lot to learn. *Clinic Rev Bone Miner Metab* 2015;13(1):20–35.
18. Palermo A, D'Onofrio L, Buzzetti R, Manfrini S, Napoli N. Pathophysiology of bone fragility in patients with diabetes. *Calcif Tissue Int* 2017;100(2):122–132.
19. Piccinin MA, Khan ZA. Pathophysiological role of enhanced bone marrow adipogenesis in diabetic complications. *Adipocytes* 2014;3(4):263–272.
20. Janghorbani M, Feskanich D, Willett WC, Hu F. Prospective study of diabetes and risk of hip fracture: The nurses' health study. *Diabetes Care* 2006;29(7):1573-8.
21. Madsen JOB, Jørgensen NR, Pociot F, Johannesen J. Bone turnover markers in children and adolescents with type 1 diabetes-a systematic review. *Pediatr Diabetes* 2019;20:510–522.
22. Takashi Y, Ishizu M, Mori H, Miyashita K, Sakamoto F, Katakami N, et al. Circulating osteocalcin as a bone-derived hormone is inversely correlated with body fat in patients with type 1 diabetes. *PLoS ONE* 2019;14:e0216416.
23. Massera D, Biggs ML, Walker MD, Mukamal KJ, Ix JH, Djousse L, et al. Biochemical markers of bone turnover and risk of incident diabetes in older women: the cardiovascular health study. *Diabetes Care* 2018;41:1901–1908.
24. Vlot MC, den Heijer M, de Jongh RT, Vervloet MG, Lems WF, de Jonge R., et al. Clinical utility of bone markers in various diseases. *Bone* 2018;114:215–225.
25. Kanazawa I, Yamaguchi T, Yamauchi M, Yamamoto M, Kurioka S, Yano S, et al. Adiponectin is associated with changes in bone markers during glycemic control in type 2 diabetes mellitus. *J Clin Endocrinol Metab* 2009;94(8):3031-7.
26. Kanazawa I, Yamaguchi T, Sugimoto T. Relationship between bone biochemical markers versus glucose/lipid metabolism and atherosclerosis; a longitudinal study in type 2 diabetes mellitus. *Diabetes Res Clin Pract* 2011;92:393-399.
27. Lee RH, Sloane R, Pieper C, Lyles KW, Adler RA, Van Houtven C, LaFleur J, Colón-Emeric C. Glycemic control and insulin treatment alter fracture risk in older men with type 2 diabetes mellitus. *J Bone Miner Res* 2019;34(11):2045-2051.
28. Schwartz AV, Sellmeyer DE, Ensrud KE, Cauley JA, Tabor HK, Schreiner PJ, et al. Older women with diabetes have an increased risk of fracture: a prospective study. *J Clin Endocrinol Metab* 2001;86(1):32–38.
29. Yamamoto M, Yamaguchi T, Yamauchi M, Kaji H, Sugimoto T. Diabetic patients have an increased risk of vertebral fractures independent of BMD or diabetic complications. *J Bone Miner Res* 2009;24(4):702–709.
30. Janghorbani M, Van Dam RM, Willett WC, Hu FB. Systematic review of type 1 and type 2 diabetes mellitus and risk of fracture. *Am J Epidemiol* 2007;166:495–505.
31. Fan Y, Wei F, Lang Y, Liu Y. Diabetes mellitus and risk of hip fractures: a meta-analysis. *Osteoporos Int* 2016;27:219–228.
32. Schwartz AV, Hillier TA, Sellmeyer DE, Resnick HE, Gregg E, Ensrud KE, et al. Older women with diabetes have a higher risk of falls. *Diabetes Care* 2002;25(10):1749–1754.
33. Schwartz AV, Vittinghoff E, Sellmeyer DE, Feingold KR, De Rekeneire N, Strotmeyer ES, et al. Diabetes-related complications, glycemic control, and falls in older adults. *Diabetes Care* 2008;31(3):391–396.
34. Lafage-Proust MH, Roche B, Langer M, Cleret D, Vanden Bossche A, Olivier T, et al. Assessment of bone vascularization and its role in bone remodeling. *Bonekey Rep* 2015;4:662.
35. Costantini S, Conte C. Bone health in diabetes and prediabetes. *World J Diabetes* 2019;10(8):421-445.

36. Conte C, Epstein S, Napoli N. Insulin resistance and bone: a biological partnership. *Acta Diabetologica* 2018;55(4):305–314.
37. Davies MJ, D'Alessio DA, Fradkin J, Kernan WN, Mathieu C, Mingrone G, et al. Management of Hyperglycemia in Type 2 Diabetes, 2018. A consensus report by the american diabetes association (ada) and the european association for the study of diabetes (EASD) *Diabetes Care* 2018;41:2669–2701.
38. Palermo A, D'Onofrio L, Eastell R, Schwartz AV, Pozzilli P, Napoli N. Oral anti-diabetic drugs and fracture risk, cut to the bone: safe or dangerous? A narrative review. *Osteoporos Int* 2015;26(8):2073–2089.
39. Majumdar SR, Josse RG, Lin M, Eurich DT. Does Sitagliptin affect the rate of osteoporotic fractures in type 2 diabetes? Population-based cohort study. *J Clin Endocrinol Metab* 2016;101:1963–1969.
40. Starup-Linde J, Gregersen S, Frost M, Vestergaard P. Use of glucose-lowering drugs and risk of fracture in patients with type 2 diabetes. *Bone* 2017;95:136–142.

Yaratıcı Dramaya Temellendirilmiş Çocuk Cinsel İstismarını Önleme Programı: Bir Uygulama Planı Örneği

 Duygu KEMER¹,  Ayşegül İŞLER DALGIÇ²

¹Dr. Öğr. Üyesi, Harran Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Şanlıurfa, Türkiye.

²Prof. Dr., Akdeniz Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Antalya, Türkiye.

Öz

Çocuk cinsel istismarında temel hedef istismarın önlenmesidir. Bu makalede okul öncesi çocuklarda cinsel istismarı önlemeye yönelik yaratıcı dramaya temellendirilerek hazırlanan "Bedenim Benim Özelimdir Eğitim Programının" uygulama planı örneği verilmiştir. Son yıllarda aktif olarak kullanılmaya başlanan yaratıcı dramanın özellikle okul öncesi dönem çocuklarında yaratıcı düşünmeyi teşvik etme, öğrenilenlerin kalıcı olmasını sağlama, dil ve iletişim becerileri kazanma, kendine güven duyma, karar verme becerileri kazanma ve bildiklerini hayata geçirebilme gibi birçok yararının olduğu bilinmektedir. Bu makalenin çocuk cinsel istismarını önlemek için bu alanda çalışan tüm eğitim, sağlık çalışanları ve ebeveynlere önemli bir kaynak olacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Yaratıcı Drama, Cinsel İstismarını Önleme Programı, Okul Öncesi Çocuk, Okul Öncesi Eğitim, Hemşire.

Abstract

Child Sexual Abuse Prevention Program Based on Creative Drama: An Example of an Implementation Plan

The main goal in child sexual abuse is to prevent abuse. In this article, an example of the implementation plan of the "My Body is My Special Training Program", which is based on creative drama to prevent sexual abuse in preschool children, is given. It is known that creative drama, which has been actively used in recent years, has many benefits such as encouraging creative thinking in preschool children, ensuring that what is learned is permanent, gaining language and communication skills, self-confidence, gaining decision-making skills and realizing what they know. It is thought that this article will be an important resource for all education, health professionals and parents working in this field to prevent child sexual abuse.

Keywords: Creative Drama, Sexual Abuse Prevention Program, Preschool Child, Preschool Education, Nurse.

Geliş Tarihi / Received: 10.07.2021 **Kabul Tarihi / Accepted:** 31.03.2022

Correspondence Author: Dr. Öğr. Üyesi, Harran Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Şanlıurfa, Türkiye. Telefon: +904143182373 E-posta: dkemer@harran.edu.tr - dy.kemer@gmail.com

Cite This Article: Kemer D, İşler Dalgıç A. Yaratıcı Dramaya Temellendirilmiş Çocuk Cinsel İstismarını Önleme Programı: Bir Uygulama Planı Örneği. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 2022; 15(2): 246-254.



Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi 2021 Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License

Herhangi bir ırk, bölge, sosyo-ekonomik durum, eğitim ve statü fark etmeksizin tüm dünyada görülen, çocukların sağlığını fiziksel, duygusal, ruhsal tüm boyutları ile olumsuz yönde etkileyen çocuğun cinsel istismarı ciddi bir toplumsal sorundur (1). Dünya Sağlık Örgütü'nün 2017'de yayımladığı "Çocuklara Yönelik Kötü Muamele" başlıklı raporda, dünya genelinde %18'i kız, %8'i erkek olmak üzere çocukların %26'sının cinsel istismara maruz kaldığı bildirilmiştir (2). Tüm dünyada olduğu gibi Türkiye'de önemli bir toplumsal sorun olan çocuk istismarına ilişkin Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2016-2017 yılları verilerine göre cinsel istismar vakaların %13 erkek, %87 kız çocuk olduğu bildirilmiştir (3).

Okul öncesi dönem çocuğun, bedensel, psikomotor, sosyal-duygusal, bilişsel ve dil gelişiminin büyük ölçüde tamamlandığı dönemdir. Öğrenme hızının çok yüksek olduğu okul öncesi dönemde alınan eğitim, çocuğun hayatını doğrudan etkilemektedir. Bu nedenle, çocuğun bedenini tanıma ve beden güvenliği ile ilgili eğitim için en uygun yaş dönemi cinsiyet farklılıklarının öğrenildiği ve bedeni keşfetmeye meraklı olduğu 3-6 yaş, yani okul öncesi dönemdir (1, 4-7).

Cinsel istismarı önleme stratejilerinin okul temelli eğitim programları ile uygulanması gerektiği vurgulanmıştır (5, 8, 9). Okul öncesi dönemdeki çocuklara bedeni tanıma ve beden güvenliği eğitimleri klasik eğitim yöntemleri ile değil oyun, drama gibi farklı dikkat çekici/ilgi uyandırıcı yöntemler ile verilmelidir. Okul öncesi dönemde drama çocukları birçok yönden geliştirebilmektedir (10). Drama, çocuğu merkeze alarak onun öğrenme sürecinde aktifleşmesini sağlamaktadır. Okul öncesi dönemde önemli olan drama uygulamaları çocukları birçok yönden geliştirebilmektedir. Çocuklar drama ile bilgilerini, alışkanlıklarını, değerlerini, duygu, düşünce ve hayal güçlerini kullanarak, grup içinde birbirleriyle etkileşim göstererek, bir şeyleri paylaşarak ve gözlemleyerek öğrenmektedirler. Çocukların bu şekilde, yani yaparak ve yaşayarak öğrendikleri bilgiler kalıcı olmaktadır. Bu öğrendikleri bilgileri hayata daha kolay bir şekilde aktarabilmektedir (11, 12). Literatürde önleme programlarının okul öncesi dönemdeki çocukların cinsel istismarı önleme konusundaki bilgilerini artırmada, beden güvenliği kurallarını ve becerilerini öğretmede etkili olduğu çok sayıda çalışmada kanıtlanmıştır (4, 5, 13-15). Kemer ve İşler Dalgıç'ın (2021) yaptıkları doktora tez çalışmasında yaratıcı drama yöntemine temellendirilerek geliştirilen "Bedenim Benim Özelimdir

Eğitim Programının (BBÖ-EP)", 5-6 yaş grubu çocuklarda cinsel istismarı önlemeye yönelik bedeni tanıma ve beden güvenliği ile ilgili bilgi kazandırmada etkili olduğu kanıtlanmıştır (16). Bu konuda girişimsel çalışmaların yapılması, önleyici eylemlerin planlanması ve yürütülmesi açısından önem taşımaktadır. Çocuk ve okul sağlığı hemşirelerinde cinsel istismarı önlemeye yönelik farkındalık kazandırılmasının, bu alana özgü önemli katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Yaratıcı dramaya temellendirilen BBÖ-EP ile çocukta kaygı, korku, yanlış ve olumsuz bir algı oluşturmadan oyun, doğaçlama, rol oynama gibi etkinlikler ile bilgi ve beceri kazandırılması amaçlanmıştır. Bu çalışmada, çocuk ve okul sağlığı hemşirelerine/araştırmacılarına örnek olması açısından yaratıcı dramaya temellendirilmiş BBÖ-EP'nin uygulama planı örneğine yer verilmiştir.

Gelişme

Çocuk Cinsel İstismarını Önlemede Yaratıcı Dramaya Temellendirilmiş Eğitim Programı: Uygulama Planı Örneği Oluşum Aşamaları

Amaç ve hedefler: Amaç; yaratıcı drama yöntemiyle geliştirilen BBÖ-EP'nin 5-6 yaş grubu çocuklarda cinsel istismarı önlemeye yönelik bedeni tanıma ve beden güvenliği ile ilgili bilgi kazandırmaktır. BBÖ-EP'nin belirlenen genel hedefleri Tablo 1'de yer almaktadır.

Tablo 1. Yaratıcı Dramaya Temellendirilmiş BBÖ-EP Uygulama Planı Örneği

Amaç	5-6 yaş grubu çocuklarda cinsel istismarı önlemeye yönelik bedeni tanıma ve beden güvenliği ile ilgili bilgi kazandırmaktır.
Hedefler	<p>Çocukların;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Beden/vücut bölgelerini öğrenmeleri ▪ Genel ve özel bölgelerini tanımlayabilmeleri ▪ Özel bölge kavramını bilmesi, bedeninin hangi bölümlerinin "özel bölge" olarak kabul edildiğini öğrenmeleri ▪ Özel bölgelerin doğru anatomik isimlerini (ör., penis, vulva/vajina, meme, popo) öğrenmeleri ▪ Uygun/iyi dokunuş ve uygun olmayan/kötü dokunuş kavramlarını öğrenmeleri ▪ Özel bölgeleri kimlerin hangi durumlarda görebileceği ya da dokunabileceğini bilmeleri ▪ Özel bölgelerine kimlerin dokunamayacaklarına karar vermeleri ▪ Bedenini koruma kurallarını öğrenmeleri ("Hayır" demeyi öğrenme, ortamdan uzaklaşma, güvendiği kişilere anlatma, bildirme becerisi) ▪ Tanımadığı kişiler ile iletişimde dikkat etmesi gereken kuralları öğrenmeleri ▪ Tanımadığı kişiler ile güvenlik sınırı oluşturması gerektiğini bilmeleri ▪ Sır saklamama kuralını öğrenmeleri ▪ Olası bir istismar olayını birine anlatmaları ▪ Olası bir istismar olayını kime anlatacaklarını açıklamaları
Özgün Değer	BBÖ-EP literatürde çocuk cinsel istismarının önlenmesine yönelik yaratıcı drama yöntemine temellendirilerek geliştirilen ilk eğitim programıdır.
İçerik	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Duyguları tanıma ▪ Bedeni tanıma, beden ile ilgili bilgiler, bedenim benim özelimdir ▪ Özel bölge tanımı, bedenin özel bölgeleri ▪ Özel bölgelerin doğru anatomik isimleri ▪ İyi dokunuş, kötü dokunuş ▪ Başkasının özel bölgesine bakmasının ya da dokunmasının uygun olduğu durumlar ▪ Bedenimi korumayı öğreniyorum kurallarını açıklama ("Hayır" demeyi öğrenme, uzaklaşmaya çalışmak, anlatma ve bildirme becerisi) ▪ Tanımadığı kişiler ile iletişim, tanımadığı kişiler ile güvenlik sınırı oluşturma ▪ Sır saklamama, olası bir istismar olayını birine anlatma, olası bir istismar olayını kime anlatacağımı açıklama
Öğretim yöntem ve teknikleri	Yaratıcı drama yöntemleri: doğaçlama ve rol oynama, donuk imge, iç ses, senin yerinde olsaydım, tekrar canlandırma
Materyaller	Bedenimi korumayı öğreniyorum eğitim bebeği, bedenimi korumayı öğreniyorum hikaye kitabı, bedenime dokunma şarkısı, kukla, puzzle, duygu kartları, eşleştirme kartları, resimli kartlar, fon kartondan yapılmış kız ve erkek çocuk figürü, resim boyama malzemeleri, video animasyon
Oyunlar	Eşli duygular oyunu, duygu sepeti, önde turna, kulaktan kulağa, lideri bul gibi oyunlar
Uygulama Stratejileri	Yaratıcı drama atölyelerinin uygulanması: <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>İsinma aşamasında</i>, uygun oyunlar veya oyun dönüştürme ▪ <i>Canlandırma aşamasında</i>, kısa senaryolar, dramatik durumlar ve hikayeler ▪ <i>Değerlendirme aşamasında</i> ise resim çizdirme, fon kartondan yapılmış erkek ve kız figürü, puzzle, hikâye, bedenimi korumayı öğreniyorum eğitim bebeği, sözel değerlendirme gibi yöntemler ▪ <i>Bedenimi korumayı öğreniyorum eğitim bebeği</i>, bedenimi korumayı öğreniyorum hikâye kitabı ve bedenime dokunma şarkısı, kukla gibi materyallerin kullanılması
Değerlendirme ve Başarı Ölçütleri	Girişim grubundaki çocukların BBÖ-EP sonundaki ölçümlerde bedeni tanıma ve beden güvenliği ile ilgili bilgi düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı şekilde artması

Birinci Basamak: Hazırlık Aşaması**Yaratıcı Dramaya Temellendirilmiş BBÖ-EP'nin Geliştirilmesi**

Yaratıcı drama; “bir grubu oluşturan üyelerin yaşam deneyimlerinden yola çıkarak bir amacın, düşüncenin, doğaçlama ve rol oynama gibi tekniklerden yararlanarak canlandırılmasıdır.” Bu canlandırma süreçleri deneyimli bir eğitmen aracılığıyla yürütülürken kendiliğinden (spontan), -mış gibi yapmaya, şimdi ve burada ilkesine dayalıdır ve oyunun genel özelliklerinden doğrudan yararlanır (17). Dramanın temelinde oyun bulunmaktadır. Drama, çocuk tarafından oyun olarak algılanır. Diğer birçok etkinliğe göre çocuğun ilgisini daha fazla uyandırabilen drama, çocukların tüm gelişim alanlarında daha iyi gelişmesini sağlayabilir (18). Drama ile çocuklar hem oyun oynamakta hem de kavramları, durumları ve olayları daha etkili bir şekilde öğrenmektedirler. Bu nedenle dramanın çocuklara oyundan daha fazla yararı bulunmaktadır (17). Ayrıca, yaratıcı drama ile çocuğa bilgi, beceri ve davranışlar daha etkili bir şekilde kazandırılabilir. Bilişsel, duygusal, sosyal, psikomotor yönden gelişim sağlamanın yanında özellikle okul öncesi dönemde dramanın eğitsel olarak kullanılması; yaratıcı düşünmeyi teşvik etme, öğrenilenlerin kalıcı olmasını sağlama, dil ve iletişim becerileri kazanma, kendine güven duyma, karar verme becerileri kazanma ve bildiklerini hayata geçirebilme gibi birçok yararının olduğu bilinmektedir (10-12).

Bu aşamada bu alanda yapılan çalışmalar gözden geçirilmiş, çalışılan örneklem gruplarını, verilen eğitim programlarının kaç oturumda yapıldığı, çalışmaların güçlü ve zayıf yönleri, çalışmaların sınırlılıkları ve uygulanan istatistiksel yöntemlerin bilinmesi açısından ayrıntılı ulusal ve uluslararası alan yazın taraması yapılmıştır. Alan taraması yapılırken cinsel istismarı önleme programlarının 3-6 yaş olan okul öncesi dönemde uygulanması gerektiği vurgulanmıştır (5, 8, 9). Bu eğitim programlarında temel hedef, çocuklara “bedenim bana ait bilincinin kazandırılması” olmalıdır. Çocuklara yönelik bu programların temel amacı ise; çocukların potansiyel istismar içeren durumları veya potansiyel istismarcıları tanımasına yardımcı olmaktır. Potansiyel istismar içeren durumlarda çocuklara; “Hayır” demeyi, o kişi ve ortamdan uzaklaşmayı öğretmek, önceden olan veya devam eden istismarı güvenilir bir yetişkine bildirmeye teşvik etmek ve gizli veya uygun olmayan dokunmanın asla kendisinin sorumluluğu olmadığını öğretmek son derece önemlidir (4, 14).

Eğitim programının içeriği: Yaratıcı drama, temel bir öğrenmeyi gerçekleştirebilecek özelliklere sahip öğrenmenin yaşantısal hale getirdiği uygulamalardan oluşur. Öğrenmede bilişsel, duygusal ve devinimsel gelişim alanlarının eş zamanlı olarak gerçekleştirilmesini kolaylaştırır. Yaratıcı drama ile katılımcılar eğitimde kendilerinin merkezde olduğu çeşitli dramatik süreçleri yaşarlar. Bu süreç içerisinde çeşitli rolleri üstlenen katılımcı; kendini ve çevresini iyi tanır, algılar ve çeşitli öngörüler geliştirir (17).

Başarılı cinsel istismarı önleme programları incelendiğinde, özellikle eğitime aktif katılan öğrencileri içeren programlarda, öğrenciler daha fazla bilgi öğrenmiş ve becerilerde daha iyi gelişim göstermiştir. Aktif katılım pasif öğrenmeye kıyasla daha başarılı bulunmuştur. Ayrıca yapılan tekrarlarla becerileri tam anlamıyla kazanmalarına yardımcı olduğundan, çocukların kavramları her yıl yeniden tekrarlamaları da oldukça yararlı bulunmuştur. Örneğin, rol yapma ve sözlü tartışmanın her ikisinin kullanımı, pasif öğrenmeden daha etkili bulunmuştur. Başarılı önleme programlarında; okul öncesi çocuklarda bilgiyi tanıma ve uygulama fırsatları sağlamak için modelleme, tartışma, rol yapma, videolar, kukla gösterileri ve oyunlar gibi ilgi çekici aktivitelerin daha fazla kullanılması gerektiği belirtilmiştir (6, 19-21). Bu aşamada araştırmacılar tarafından 5-6 yaş grubu çocuklarda cinsel istismarın önlenmesine yönelik yaratıcı drama yöntemine temellendirilen “BBÖ-EP”, literatür doğrultusunda (4, 5, 13-15) ve uzman görüşleri alınarak oluşturulmuştur (Tablo 2).

Tablo 2. Yaratıcı Dramaya Temellendirilmiş Bedenim Benim Özelimdir Eğitimi Programı

Oturumlar	Süre (Dk)	İçerik	Atölyeler	Yöntem ve Teknikler	Materyal
1.Gün	40	Tanışma	Atölye 1	Doğaçlama ve rol oynama, donuk imge	-
2. Gün	40	Duyguları tanıma	Atölye 2	Doğaçlama ve rol oynama, donuk imge	Resim boyama malzemeleri, duyguları ayırt etme ile ilgili kartları (mutlu, üzgün, şaşkın, korkmuş vb)
3. Gün	40	Bedeni tanıma Beden ile ilgili bilgiler Bedenim benim özelimdir Özel bölge tanıma Bedenin özel bölgeleri Özel bölgelerinin doğru anatomik isimleri	Atölye 3	Doğaçlama ve rol oynama, donuk imge, iç ses	Bedenimi korumayı öğreniyorum eğitim bebeği, puzzle, resimli kartlar, kukla, fon kartondan yapılmış kız ve erkek çocuk figürü
4. Gün	40	İyi dokunuş, kötü dokunuş Başkasının özel bölgesine bakmasının ya da dokunmasının uygun olduğu durumlar	Atölye 4	Doğaçlama ve rol oynama, donuk imge, iç ses	Bedenimi korumayı öğreniyorum eğitim bebeği, eşleştirme kartları
5. Gün	40	Bedenimi korumayı öğreniyorum kurallarını açıklama “Hayır” demeyi öğrenme Uzaklaşmaya çalışmak Anlatma ve bildirme becerisi	Atölye 5	Doğaçlama ve rol oynama, donuk imge, senin yerinde olsaydım, tekrar canlandırma	Bedenimi korumayı öğreniyorum eğitim bebeği, bedenime dokunma şarkısı, video animasyon
6. Gün	40	Tanımadığı kişiler ile iletişim Tanımadığı kişiler ile güvenlik sınırı oluşturma	Atölye 6	Doğaçlama ve rol oynama, donuk imge, tekrar canlandırma	Bedenimi korumayı öğreniyorum eğitim bebeği, örnek olay kartları
7. Gün	40	Sır saklamama Olası bir istismar olayını birine anlatma Olası bir istismar olayını kime anlatacaklarını açıklama	Atölye 7	Doğaçlama ve rol oynama, donuk imge, tekrar canlandırma, senin yerinde olsaydım	Bedenimi korumayı öğreniyorum eğitim bebeği, örnek olay kartları
8. Gün	40	Tüm becerilerin gözden geçirilmesi ve tekrar yapılması	Atölye 8	Doğaçlama ve rol oynama, donuk imge	Bedenimi korumayı öğreniyorum eğitim bebeği, bedenimi korumayı öğreniyorum hikâye kitabı, bedenime dokunma şarkısı

Yaratıcı Dramanın Aşamaları ve Ders Planının Hazırlanması

Yaratıcı dramının gerçekleştirilebilmesi için önce bir gruba, yaratıcı drama alanına hâkim, yeterli deneyime sahip bir eğitime, grubun rahatça kullanabileceği açık ya da kapalı bir mekâna ve grubun canlandırma yapabileceği dramatik yapıya sahip bir düşünceye gereksinim vardır. “Grup, eğitmen, mekân ve düşünceden” oluşan bu dört öge yaratıcı dramının en temel bileşenlerini oluşturur (17). BBÖ-EP’inde grup olarak; çocuğun bedenini tanıma ve beden güvenliği ile ilgili eğitim için en uygun yaş dönemi 3-6 yaş dönemindeki çocuklar oluşturulmuştur. Ancak uzman görüşleri doğrultusunda yaratıcı drama teknikleri ile verilen eğitimin ise en az 5 yaşından itibaren uygulanabileceği önerilmiştir. Bu nedenle grup olarak, 5-6 yaş aralığındaki okul öncesi çocuklar seçilmiştir. Düşünce olarak ise cinsel istismarın önlenmesinde bedeni tanıma ve beden güvenliği ile ilgili çocuklara bilgi kazandırma yer almıştır. Daha sonra konunun kazanımları belirlenmiş ve kazanımlara uygun etkinliklerin oluşturulması kısmına geçilmiştir. Etkinlikler, belirlenen kazanımlara uygun olarak yaratıcı dramının aşamalarına göre tasarlanmıştır. BBÖ-EP’nin temelini oluşturan sekiz adet yaratıcı drama atölyeleri hazırlanmıştır. Ayrıca her bir atölye için araştırmacı tarafından ders planı oluşturulmuştur. BBÖ-EP kapsamında ders planlarına ilişkin iki uzmandan (yaratıcı drama lideri aynı zamanda okul öncesi eğitim bölümünde çalışan akademisyen ve yaratıcı drama lideri aynı zamanda hemşirelik anabilim dalında çalışan akademisyen) görüş alınmıştır (22). Bir drama eğitim planını konu (içerik-tema), kazanımlar, süre, sınıf (çalışılacak grup), araç-gereçler, yöntem-teknikler ve süreç oluşturur. Süreç ise üç aşamadan oluşmaktadır. Bunlar;

- Hazırlık-ısınma aşaması,
- Canlandırma aşaması,
- Değerlendirme aşaması.

Hazırlık-ısınma çalışmaları; katılımcıları fiziksel ve zihinsel olarak yaratıcı drama sürecine hazırlamayı amaçlar. Yapılacak etkinliklere katılımcının daha iyi odaklanmasına yardımcı olur. Bu aşamada sık kullanılan etkinlikler oyunlar, müzik ve metaforlardır. *Canlandırma;* doğaçlama ve rol oynama tekniklerinin sıklıkla kullanıldığı aşamadır. Bu aşamada yaratıcılık ve özgünlük sergilenir. Günlük hayatla bağlantı en fazla bu aşamada kurulur. Canlandırmalar bireysel, ikili ve üçlü gruplar halinde yapılabildiği gibi, tüm grupla da yapılabilir. *Değerlendirme aşamasında ise;* katılımcıların sürecin özü, önemi, niteliği, niceliği üzerine çeşitli duygu ve düşüncelerin paylaşılması bu aşamada konuşulur, tartışılır. Öğrenilenlerin gelecek yaşantılara etkisinin olup olamayacağı ve yaratıcı drama süreçlerinin nasıl algılandığına, nasıl anlaşıldığına yönelik duygu ve düşüncelerin paylaşılması sağlanır. Dersin kazanımlarına ne kadar ulaşıldığı bu aşamada belirlenir. Değerlendirmeler sözlü olarak yapılabilir veya doğaçlama, slogan oluşturma, duvar gazetesi oluşturma, heykel oluşturma vb. teknikler de kullanılabilir (17).

Yaratıcı drama yönteminin kullanıldığı bir ders planı hazırlamada önemli olan etkinliklerin birbirini bütünleyen ve destekleyen bir yapıda olmasıdır (17). Ders planları oluşturulurken etkinliklerin birbirini tamamlayacak şekilde oluşturulmasına özen gösterilmiştir. Dramanın temelinde oyun bulunmaktadır. Bu nedenle *hazırlık-ısınma aşamasında*, her konunun amaç ve kazanımlarına uygun oyunlar yazılmış veya oyun dönüştürme yapılmıştır. *Canlandırma aşamasında*, konunun amaç ve kazanımlarına uygun kısa senaryolar, dramatik durumlar ve hikayeler yazılmıştır. *Değerlendirme aşamasında ise* resim çizdirme, puzzle, hikaye, bedenimi korumayı öğreniyorum eğitim bebeği, sözel değerlendirme gibi yöntemler kullanılmıştır. Hazırlık-ısınma aşaması 10 dk, canlandırma aşaması 20 dk ve değerlendirme aşaması yaklaşık 10 dk olmak üzere her bir ders planı toplam 40 dakikadan oluşmuştur (22). Aşağıda BBÖ-EP kapsamında ikinci atölyenin yaratıcı drama ders planı örneği Tablo 3’de verilmiştir.

Tablo 3. Yaratıcı Drama Ders Planı Örneği-Atölye 2

Konu (İçerik-tema):	Duyguları tanıma
Grup	5-6 yaş arası 11 katılımcı çocuk
Süre	40 dakika
Yöntem ve teknikler	Doğaçlama ve rol oynama, donuk imge
Araç-gereçler	Zarf, duyguları ayıt etme ile ilgili kartları, boş A4 kâğıdı, renkli kuru boya kalemleri ve katılımcıların eşyaları
Kazanımlar	<p>Çocuklar;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kendi duygu ve isteklerinin farkına varır. ▪ Kendini sözlü ve bedensel olarak ifade edebilir. ▪ Kendini bir başkasının yerine koyarak bir başkasının neler hissettiğini canlandırabilir. ▪ Duygularına yönelik farkındalık sağlayabilir. ▪ Bir temadan yola çıkarak, doğaçlamalar oluşturabilir.
Süreç	<p>Hazırlık-Isınma (10 dakika): Eşli duygular oyunu, duygu sepeti oyunu</p> <p>Canlandırma (20 dk):</p> <p>Etkinlik 1: Lider öğrencilere sınıf içinde yürümeleri yönergesini verir. Komutuyla birlikte herkesin olduğu yerde durmasını ve kendisini dinlemesini ister. Öğrenciler yürümeye ve serbestçe hareket etmeye başladıklarında lider öğrencilerden durmalarını ister. Kendisinin söylediği gibi yürümelerini ister. Lider şu yönergeleri verebilir:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sabah kalktınız ama okula geç kalmak üzeresiniz. Telaşlı bir şekilde yürüyün. ▪ En çok sevdiğiniz oyuncakınızı kaybettiniz ve çok üzgünsünüz. Üzülmüş gibi yürüyün. ▪ Babanız sizi lunaparka götürüyor. Heyecanlı bir şekilde yürüyün. ▪ Deden köyden gelmiş ve sana bir oyuncak almış, çok mutlusun. Mutlu gibi yürüyün vb. <p>Etkinlik 2: Bu etkinlikte aşağıdaki roller ikili gruplar halinde sırayla canlandırılır:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Biri annesiyle önemli bir konuyu telefonla konuşmaya çalışırken, diğeri gürültü yapan kardeşini canlandırır. ▪ Biri evde sakince oturan çocuğu, diğeri sokakta bağıra bağıra oyun oynayan çocuğu canlandırır. ▪ Biri ağlayan bir çocuğu, diğeri onu sakinleştirmeye çalışan annesini veya babasını canlandırır. ▪ Biri babasıyla konuşmaya çalışan çocuğu, diğeri televizyon izleyen babasını canlandırır. ▪ Biri lunaparka giden mutlu olan bir çocuğu, diğeri istediği oyuncak alınmadığı için mutsuz bir çocuğu canlandırır. Sonra canlandırma yapan öğrencilerin neler hissettiği paylaşılır. <p>Etkinlik 3: Lider her bir çocuğa farklı renklerde 4 tane A4 kâğıdı dağıtılır. Kâğıtlardan birine mutlu, birine üzgün, birine kızgın, birine de korkmuş insan yüzü çizmeleri istenir. Resimler tamamlandıktan sonra resimler üzerinden değerlendirmeye geçilir.</p> <p>Değerlendirme (10 dk): Çizilen resimler üzerinden değerlendirmeye yapılır. Çeşitli duygu durumlarını içeren ifadeler tek tek söylenir. Her çocuktan böyle bir durumda yaşayacağı duyguyu gösteren kâğıdı havaya kaldırması istenir. Çocuklardan aynı zamanda yüzüyle de aynı duygu durumunu göstermeleri istenir.</p> <p>Çeşitli duygu durumlarını içeren ifadeler:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Annen sevdiğin bir yemek yaptı. ▪ Sen küçük bir çocuksun. Alış-veriş merkezinde anneni kaybettin. ▪ Gece oyun oynamak istiyorsun ama annen uyuma zamanının geldiğini söyledi. <p>Arkadaşın oyuncakını zorla aldı ama vermek istemiyorsun.</p> <p>Çeşitli duygu durumlarını içeren ifadeler okunduktan sonra “anlat bize neler hissediyorsun?” sorusu yöneltilecek bir cümle ile duygu ve düşünceleri söylemesi istenir. Yaşanılan durumlara ilişkin duygularını sözel ve bedensel olarak rahatlıkla yansıtip yansıtamadıkları sorulur. Duygularımızı ifade edebilmenin bize kazandırdıkları üzerinde konuşularak çocuklara teşekkür edip oturum sonlandırılır.</p>

Bedenim Benim Özelimdir Eğitim Programında Kullanılan Yöntem ve Teknikler

Yöntem bir amaca ulaşmak için izlenen düzenli yol veya bilimde belli bir sonuca ulaşmak için, bir plana göre izlenen dizgesel yoldur. Teknik ise öğrenme yöntemini uygulamaya koyma biçimidir. Yaratıcı drama kendine özgü yöntem ve teknikleri olan bağımsız bir eğitici alandır. Yaratıcı drama “eğitici drama”, “eğitimde drama” veya “eğitimde yaratıcı drama” olarak adlandırılır. Doğaçlama ve rol oynama en temel teknikleridir ve her atölyede kullanılır. Drama çalışmaları doğaçlama ve rol oynama dışında donuk imge, rol değiştirme, öykü oluşturma, dramatisasyon, iç ses, düşünce izleme, akışkan heykel, öğretmenin rolde olması gibi tekniklerden oluşmaktadır (17).

Bu uygulama planı örneğinde, okul öncesi dönemde yaratıcı drama yöntemi ile geliştirilen BBÖ-EP ile çocuğu merkeze alarak aktif öğrenme yani yaparak öğrenmesi ve bilgilerin daha kalıcı olması planlanmıştır. Dramanın en temel teknikleri olan “doğaçlama ve rol oynama” her bir atölyede kullanılmıştır. Doğaçlama ve rol oynama teknikleri dışında çocukların yaş grubuna uygun olarak “donuk imge, iç ses, senin yerinde olsaydım, tekrar canlandırma” gibi yaratıcı drama teknikleri kullanılarak çocuğa bilgi, beceri ve davranışlar daha etkili şekilde kazandırılması hedeflenmiştir (22).

Doğaçlama; spontan (kendiliğinden), dıştan bir dürtü almadan serbest, bağımsız davranma yeteneği ve buna hazır olma durumudur. *Rol oynama*; yaratıcı drama çalışmalarında “-mış gibi yapma” ve kendiliğindenlik süreçlerinde doğal ve içten canlandırmalarını sağlayan önemli bir tekniktir. *Donuk imge*; grup üyelerinin bireysel olarak ya da küçük gruplarla, kendi bedenleriyle hareketsiz, sessiz, sözsüz görüntüler oluşturma ve yansıma biçimidir. *İç ses*; kişilerin iç dünyalarını ortaya çıkarmak, gerekli durumlarda müdahale edip yönlendirmek, çatışmanın çözümünde etkili olabilmek ve diyalog içerisinde bulunanların ağzından çıkanların arkasında nelerin yattığına ilişkin bilgileri almak amacıyla yararlanır. *Senin yerinde olsaydım tekniği*; öğüt alma, verme ve yardıma gereksinimi olanlara yardım etme odaklı kullanılabilir. Bu teknikte katılımcılar “Senin yerinde olsaydım...” tümcesini tamamlayarak söylerler. *Tekrar canlandırma*; bitmiş, sonlanmış bir durumu yeniden ve derinliğine sorgulamak, soruşturmak ve incelemek için uygulanan bir tekniktir (17).

Bedenim Benim Özelimdir Eğitim Programında Kullanılan Eğitim Materyalleri

Eğitim materyalleri, eğitim programında yer alan uygulamaların etkinliğini artırmak için hazırlanmıştır. Eğitim materyallerinin kullanımı, çocukların öğrenme hedeflerine ulaşmasında ve yürütülen eğitim programının başarılı olmasında önemli rol oynar. Bu eğitim materyalleri özellikle okul öncesi çocukların gelişim özellikleri dikkate alınarak uzman görüşleri doğrultusunda hazırlanmıştır. Bu yaş grubundaki çocuklarda renkli, görsel ve işitsel materyaller kullanılması öğrenmeyi artıran faktörler olduğu için materyallerin hazırlanmasında bu özelliklere dikkat edilmiştir. Eğitim programı kapsamında hazırlanan eğitim materyalleri şu şekildedir (22):

Bedenimi korumayı öğreniyorum hikaye kitabı: Araştırma kapsamında 5-6 yaş aralığındaki çocuklara drama atölyelerinin son oturumunda kullanılmak üzere İşler Dalgıç ve Kemer (2020) tarafından “Bedenimi Korumayı Öğreniyorum Hikaye Kitabı” oluşturulmuştur. Bu hikaye kitabı; bedeni tanıma, özel bölge kavramı ve bedenin özel bölgeleri, iyi ve kötü dokunuş, bedeni korumayı öğrenme, “hayır” demeyi öğrenme, uzaklaşmaya çalışma, sır saklamama, tanımadığı kişiler ile iletişim ve güvenlik sınırı oluşturma gibi BBÖ-EP’in ana konularını içermektedir. Hikaye kitabında yer alan tüm resimler grafik tasarımcı bir uzmana çizdirilmiştir. Bu hikaye kitabının geliştirilmesinde 6 uzmandan (3 hemşirelik ana bilim dalı, okul öncesi eğitim kurumlarında çalışan okul öncesi öğretmen, rehberlik araştırma merkezinde çalışan rehber öğretmen, psikolog) görüş alınmıştır (22).

Bedenimi korumayı öğreniyorum eğitim bebeği (kız ve erkek): BBÖ-EP kapsamında eğitim amaçlı amigurumi yöntemiyle “Bedenimi Korumayı Öğreniyorum Eğitim Bebeği” tasarlanmıştır (Şekil 2). Amigurumi, örgü tığı ile sık iğne tekniği kullanılarak yapılan oyuncak sanattır. Bu bebeğin; kız ve erkek cinsiyette olması ve özel bölgelerinin iç çamaşırı ile kapalı olması gibi özellikleri bulunmaktadır. Kız ve erkek eğitim bebeğinde; göz, ağız, kulak, burun, kol, bacak, meme, penis, vulva ve popo gibi vücut bölümleri yer almaktadır (22).

Bedenime dokunma şarkısı: BBÖ-EP kapsamında eğitim amaçlı “Bedenime Dokunma Şarkısı” yazılmıştır. Şarkının sözleri Akdeniz Üniversitesi Güzel Sanatlar Fakültesi Müzik Bölümü Başkanı Prof. Dr. Sibel PAŞAOĞLU tarafından yazılmış ve müziği Öğr. Gör. Osman Gazi AKÇALI tarafından bestelenmiştir (22).

Duygu kartları: Duygu kartları, öfke, korku, mutluluk, üzüntü ve şaşkınlık gibi duyguları öğretmek için görsel destek amaçlı hazırlanmıştır (22).

Video animasyon: Çocuk istismarının önlenmesinin önemine ve hayır deme, uzaklaşmaya çalışma, anlatma becerisi yani bedeni koruma kurallarına vurgu yapan “bedenim bana aittir” video animasyonu kullanılmıştır. Araştırma kapsamında Pepe ve Bebe çizgi film karakterlerinin yer aldığı “bedenim bana aittir” video animasyonun kullanılması için gerekli yazılı izin alınmıştır (22).

Kukla: Kukla, yaratıcı drama yöntemi olan iç ses tekniği ile çocuklara bedenin bölgelerinin ne işe yaradığını (Kafamız ne işe yarar?, kollar ve bacaklar ne işe yarar?, kız ve erkek cinsiyeti arasındaki farklar vb.) öğretmek için kullanılmıştır (22).



Şekil 1. Bedenimi Korumayı Öğreniyorum Hikaye Kitabı (22) Şekil 2. Bedenimi Korumayı Öğreniyorum Eğitim Bebeği (22)

Puzzle: Bir insan bedeninin dışardan görünen tüm bölümlerinin olduğu ahşaptan yapılmış bir eğitim materyalidir. Bedenin özel bölgeleri, özel bölgelerin doğru anatomik isimlerinin öğretilmesi amacıyla kullanılmıştır (22).

Fon kartondan yapılmış kız ve erkek çocuk figürü: Grafik tasarımcı bir uzmana bilgisayar ortamında çizdirilen kız ve erkek çocuk resimleri, sarı kuşe karton üzerine yapıştırılarak hazırlanmıştır. Çocuklara bedenin bölgelerini (yüz, göz, dudak, burun, memeler, özel bölgeleri vb.) öğretmek amacıyla hazırlanmıştır (22).

Kız ve erkek çocuk figürü: Grafik tasarımcı bir uzmana bilgisayar ortamında çizdirilen kız ve erkek çocuk resimleridir. Bedenin özel bölgelerinin öğretilmesi amacıyla kız ve erkek çocuk için mayo da çizdirilmiştir (22).

Resimli eşleştirme kartları: Kartlar sarı kuşe karton üzerine beyaz zemin içindeki resimler yapıştırılarak hazırlanmıştır. Çocuklara uygun dokunuş/ iyi dokunuş ve uygun olmayan dokunuş/ kötü dokunuş kavramlarını öğretmek, iyi dokunuş ve kötü dokunuşları ayırt edebilmeleri ve bedenin özel bölgelerini kimlerin hangi durumlarda görebileceği ya da dokunabileceğini öğretmede görsel destek amacıyla hazırlanmıştır (22).

İkinci Basamak: Uygulama Aşaması

Yaratıcı Dramaya Temellendirilmiş BBÖ-EP'nin Uygulanması: Ebeveyn onamları alındıktan sonra çocuklara BBÖ-EP, cumartesi pazar hariç, gün aşırı toplam 8 gün, 8 oturumda gerçekleştirilmiştir. Dramanın uygulanabilmesi için her bir grubun 10-15 çocuktan oluşması gerekmektedir. Bu nedenle girişim grubundaki çocuklar dört gruba (birinci ve ikinci grup 12'şer, üçüncü ve dördüncü grup 11'er çocuk) ayrılmıştır. Girişim grubundaki çocuklara araştırmacı tarafından BBÖ-EP uygulanmış ve her oturum 40 dk sürmüştür. Eğitimler anaokulunun spor salonunda uygulanmıştır. Her bir gruba sekiz adet yaratıcı drama atölyeleri uygulanmıştır. Toplam 44 çocuk BBÖ-EP'na katılmıştır. Tüm eğitimler boyunca öğretmenin de grup eğitimlerine katılımı sağlanmıştır (22). Yaratıcı dramaya temellendirilmiş BBÖ-EP'nin uygulama planı örneği Tablo 1'de sunulmuştur (22).

Sonuç

Çocuk cinsel istismarında temel hedef istismarın önlenmesidir. Okul öncesi dönemdeki çocuklara bedeni tanıma ve beden güvenliği eğitimleri klasik eğitim yöntemleri ile değil oyun, drama gibi farklı dikkat çekici yöntemler ile verilmelidir. Okul öncesi dönemde yer alan drama uygulamaları çocukları birçok yönden geliştirebilmektedir. Bu makalede okul öncesi çocuklarda cinsel istismarı önlemeye yönelik yaratıcı dramaya temellendirilerek hazırlanan BBÖ-EP'nin uygulama planı örneği verilmiştir. BBÖ-EP'nin 5-6 yaş grubu çocukların cinsel istismarı önleme konusundaki bilgilerini artırmada, beden güvenliği kurallarını ve becerileri öğretmede etkili olduğu kanıtlanmıştır. Başta çocuklar olmak üzere geliştirilen bu tür eğitim programlarına ebeveynler, eğitimciler ve okul sağlığı hemşireleri başta olmak üzere çocuk ile çalışan tüm sağlık çalışanlarının da dâhil edilmesinin son derece önemli olduğu düşünülmektedir. Ancak çocuk istismarının önlenmesinde bu programlarının etkinliği kanıtlanmasına rağmen Ülkemizde okul öncesi dönemde yapılandırılmış cinsel istismarı önleme eğitim programlarının kullanılmadığı bilinmektedir. Okul öncesi dönemdeki çocuklarla çalışan özellikle eğitimcilerin ve sağlık çalışanlarının konuya ilişkin yapacakları araştırmaların sayısının ve niteliğinin artırılmasının önemine dikkat çekilmiş ve yaratıcı drama temel alınarak hazırlanan bu uygulama planı örneğinin alanın uzmanları tarafından kullanılabileceği önerilmektedir.

Bilgilendirme

Yazarların katkı oranı beyanı şöyledir: Fikir/kavram ve eleştirel düşünme AİD, DK; tasarım AİD, DK; kaynak taraması DK; makalenin yazımı AİD, DK. Bu derlemenin yazılması aşamasında yayın etiğine uyulmuştur. Bu derlemenin araştırılması, yazılması ve/veya yayımlanması ile ilgili olarak herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır. Araştırmada herhangi bir fon desteği alınmamıştır.

Kaynaklar

1. Lynas J, Hawkins R. Fidelity in school-based child sexual abuse prevention programs: A systematic review. *Child Abuse & Neglect* 2017;72:10-21.
2. World Health Organization. Child maltreatment 2017 [Available from: https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/child/Child_maltreatment_infographic_EN.pdf]
3. Turkey Statistical Institute. Report on Children at Risk in Turkey 2019 [Available from: <https://www.tocev.org.tr/Uploads/Documents/TOCEV%20Rapor%5B2%5D.pdf?fp=2608929755>].
4. Citak Tunc G, Gorak G, Ozyazicioglu N, Ak B, Isil O, Vural P. Preventing child sexual abuse: Body safety training for young children in Turkey. *Journal of Child Sexual Abuse* 2018;27(4):347-64.
5. Kenny M, Wurtele SK, Alonso L. Evaluation of a personal safety program with Latino preschoolers. *Journal of Child Sexual Abuse* 2012;21(4):368-85.
6. Kenny MC, Wurtele SK. Preschoolers' knowledge of genital terminology: A comparison of English and Spanish speakers. *American Journal of Sexuality Education* 2008;3(4):345-54.
7. Wurtele SK, Kenny MC. Normative sexuality development in childhood: Implications for developmental guidance and prevention of childhood sexual abuse. *Counseling and Human Development* 2011;43(9):1-24.
8. Wurtele SK. Preventing sexual abuse of children in the twenty-first century: Preparing for challenges and opportunities. *Journal of Child Sexual Abuse* 2009;18(1):1-18.
9. Levine JA, Dandamudi K. Prevention of child sexual abuse by targeting pre-offenders before first offense. *Journal of Child Sexual Abuse* 2016;25(7):719-37.
10. Akyol AK. Okul öncesi eğitimde drama ve öğretmenin rolü. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi* 2012;1(1):105-16.
11. Erdem AÜ, Aydos EH, Gönen M. Okul öncesi eğitim ortamlarında yaratıcı drama kullanımı: Öğretmenler ve öğretmen adayları perspektifinden bir inceleme. *Hasan Ali Yücel Eğitim Fakültesi Dergisi* 2017;14(1):409-24.
12. Ulutaş A. Okul öncesi dönemde drama ve oyunun önemi. *Adıyaman Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 2011(6):232-42.
13. Kenny MC, Wurtele SK. Children's abilities to recognize a "good" person as a potential perpetrator of childhood sexual abuse. *Child Abuse & Neglect* 2010;34(7):490-5.
14. Wurtele SK. The body safety training workbook: A personal safety program for parents to teach their children 2007 [Available from: <http://www.cebc4cw.org/program/body-safety-training-workbook/detailed>].
15. Zhang WJ, Chen JQ, Feng YN, Li JY, Liu CF, Zhao XX. Evaluation of a sexual abuse prevention education for Chinese preschoolers. *Res Social Work Prac.* 2014;24(4):428-36.
16. Kemer D, İşler Dalgıç A. Effectiveness of sexual abuse prevention training program developed by creative drama for preschoolers: An experimental study. *Journal of Child Sexual Abuse* 2022;31(1):9-32.
17. Adıgüzel Ö. Eğitimde yaratıcı drama. 2. Baskı. İstanbul: Yapı kredi yayınları; 2018. p.1-438.
18. Önder A. Yaşayarak öğrenme için eğitici drama. 10. Basım ed. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık; 2016.
19. Brassard MR, Fiorvanti CM. School-based child abuse prevention programs. *Psychology in the Schools* 2015;52(1):40-60.
20. Kenny MC, Capri V, Ryan EE, Runyon MK. Child sexual abuse: from prevention to self-protection. *Child Abuse Review: Journal of the British Association for the Study and Prevention of Child Abuse and Neglect* 2008;17(1):36-54.
21. Zwi KJ, Woolfenden SR, Wheeler DM, O'Brien TA, Tait P, Williams KW. School-based education programmes for the prevention of child sexual abuse. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007;18(3):CD004380.
22. Kemer D. Okul öncesi çocuklarda cinsel istismarı önlemeye yönelik yaratıcı drama yöntemiyle geliştirilen bedenim benim özelimdir eğitim programının etkinliğinin değerlendirilmesi [Doktora Tezi]. Antalya, Türkiye: Akdeniz Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı; 2020.