

HSP

Journal of Health Sciences and Professions

Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi

CİLT 2 SAYI 3 YIL 2015



SAĞLIK BİLİMLERİ VE MESLEKLERİ DERGİSİ**(JOURNAL of HEALTH SCIENCES and PROFESSIONALS-HSP)****ONURSAL EDİTÖR**

Dr. Halil Koyuncu

EDİTÖR

Dr. Neriman Zengin

BÖLÜM EDİTÖRLERİ

Dr. Doğaç Niyazi Özüçelik
Dr. Reyhan Bahçivan Saydam
Dr. Burcu Ersöz Hüseyinsinoğlu
Dr. Selma Söyük

YAYIN KURULU

Dr. Ahmet Akgül
Dr. Ebru Kaya Mutlu
Canser Boz
Sevil Günaydın
Tuğba Canbulut

DERGİ SAHİBİ

Prof. Dr. Halil Koyuncu, İstanbul Üniversitesi

SORUMLU YAZI İŞLERİ MÜDÜRÜ

Yrd. Doç. Dr. Meral Madenoğlu Kıvanç, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

DANIŞMA KURULU

Dr. Abdulfaz Suleymanov
Dr. Abdulhakim Beki
Dr. Afsun Ezel Esatoğlu
Dr. Ahmet Ataş
Dr. Ali Rıza Aba
Dr. Arash Alaei
Dr. Arzu Razak Özdiñçler
Dr. Asiye Gül
Dr. Ayden Çoban
Dr. Ayla Bayık
Dr. Ayla Ergin
Dr. Ayşe Çil Akıncı
Dr. Ayşegül Oksay Şahin
Dr. Ayten Dinç
Dr. Besey Ören
Dr. Birsen Karaca Saydam
Dr. Birsen Mutlu

Dr. Burcu Ersöz
Hüseyinsinoğlu
Dr. Burcu Semin Bilgütay
Dr. Çiğdem Öksüz
Dr. Derya Çelik
Dr. Dilek Aygin
Dr. Doğaç N. Özüçelik
Dr. Eda Yılmaz
Dr. Ela Tarakçı
Dr. Emine Kıyak
Dr. Esin Çeber Turfan
Dr. Esmâ Demirezen
Dr. F. Deniz Sayıner
Dr. Fatma Ay
Dr. Gökşen Kuran Aslan
Dr. Gonca Bumin Kıvanç
Dr. Gülbahar Keskin

Dr. Gülbeyaz Can
Dr. Gülçin Bozkurt
Dr. Gülnur Akkaya
Dr. Gülsün Özentürk
Dr. Gülümser Dolgun
Dr. Hacer Karanisoylu
Dr. Hacer Özgen Nancı
Dr. Hafize Öztürk Can
Dr. Hakan Acar
Dr. Hakan Topaçoğlu
Dr. Halim İşsever
Dr. Handan Güler
Dr. Hatice Kaya
Dr. Hatice Ulusoy
Dr. Hatice Yıldız
Dr. Hava Özkan
Dr. Hava Sert

Dr. Haydar Sur
Dr. Hicran Yıldız
Dr. Hülya Bilgin
Dr. Hülya Kaya
Dr. Hülya Kayıhan
Dr. Hülya Üstündağ
Dr. Hüsniye Dinç
Dr. İpek Yeldan
Dr. Işıl Işık Andsoy
Dr. İsmet Galip Yolcuoğlu
Dr. Leyla Erdim
Dr. Leyla Küçük
Dr. Mehmet Top
Dr. Mehmet Yazıcı
Dr. Mehveş Tarım
Dr. Meral Madenoğlu
Dr. Mine Uyanık
Dr. Mithat Kıyak

Dr. N. Ekin Akalan
Dr. Nazan Karahan
Dr. Nazan Tuna Oran
Dr. Neriman Soğukpınar
Dr. Neriman Zengin
Dr. Nermin Olgun
Dr. Neslihan Keser Özcan
Dr. Nevin Hotun Şahin
Dr. Nilgün Sarp
Dr. Nilgün Ulutaşdemir
Dr. Nur Elçin Boyacıoğlu
Dr. Nuran Gençtürk
Dr. Nurdan Demirci
Dr. Nurten Kaya
Dr. Osman Hayran
Dr. Özgür Alparıslan
Dr. Özlem Öztürk
Dr. Panagiotis V. Tsaklis

Dr. Rabia Etki Genç
Dr. S. Haluk Özsarı
Dr. Saadet Yazıcı
Dr. Selma Söyük
Dr. Serap Ejder Apay
Dr. Sevil İnal
Dr. Sevim Çelik
Dr. Sevim Ulupınar
Dr. Sezgin Sarıkaya
Dr. Sibel Öztürk
Dr. Sıdıka Kaya
Dr. Şule Alpar Ecevit
Dr. Sultan Alan
Dr. Tülay Yılmaz
Dr. Tümer Ulus
Dr. Veli Duyan
Dr. Zekiye Karaçam
Dr. Zeliha Tülek

***İlk isme göre alfabetik sıralama yapılmıştır.**

YAYIN KURALLARI

SAĞLIK BİLİMLERİ VE MESLEKLERİ DERGİSİ'nde daha önce başka bir yerde yayınlanmamış, hakem değerlendirmesinde olmayan ve Dergi Yazı Kurulu (Editorial Board) ve Yayın Danışma (Hakem) Kurulu tarafından değerlendirilerek uygun bulunan yazılar basılır. Basılması uygun görülmeyen yazılar geri iade edilmez. Yayınlanan yazı ve resimlerin tüm hakları dergiye aittir. Dergiden alıntı yapıldığı takdirde dergi kaynak olarak belirtilmelidir.

YAYIN KURALLARI

BİLİMSEL SORUMLULUK

Makalelerin bilimsel kurallara uygunluğu yazarların sorumluluğundadır. Tüm yazarların gönderilen makalede akademik-bilimsel olarak doğrudan katkısı olmalıdır. Yazar olarak belirlenen isim makaledeki çalışmayı planlamalı veya yapmalı, makaleyi yazmalı veya revize etmeli, son halini kabul etmelidir.

ETİK SORUMLULUK

Dergi, “İnsan” ögesinin içinde bulunduğu tüm çalışmalarda Helsinki Deklerasyonu Prensipleri'ne uygunluk (<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>) ilkesini kabul eder. Bu tip çalışmaların varlığında yazarlar, makalenin GEREÇ VE YÖNTEMLER bölümünde bu prensiplere uygun olarak çalışmayı yaptıklarını, kurumlarının etik kurullarından ve çalışmaya katılmış insanlardan “Bilgilendirilmiş Olur” (informed consent) aldıklarını belirtmek zorundadır. Çalışmada “Hayvan” ögesi kullanılmış ise yazarlar, makalenin GEREÇ VE YÖNTEMLER bölümünde Guide for the Care and Use of Laboratory Animals (www.nap.edu/catalog/5140.html) prensipleri doğrultusunda çalışmalarında hayvan haklarını koruduklarını ve kurumlarının etik kurullarından onay aldıklarını belirtmek zorundadır. Olgu sunumlarında hastanın kimliğinin ortaya çıkmasına bakılmaksızın hastalardan “Bilgilendirilmiş Olur” (informed consent) alınmalıdır. Eğer makalede direkt-indirekt ticari bağlantı veya çalışma için maddi destek veren kurum mevcut ise yazarlar; kullanılan ticari ürün, ilaç, firma. ile ticari hiçbir ilişkisinin olmadığını ve varsa nasıl bir ilişkisinin olduğunu (konsültan, diğer anlaşmalar), editöre sunum sayfasında bildirmek zorundadır.

Makalede “Etik Kurul Onayı” alınması gerekli ise; alınan belge online olarak, Makale Gönderim” linkindeki bölümden, makale ile birlikte gönderilmelidir. Makalelerin etik kurallara uygunluğu yazarların sorumluluğundadır. Makalenin değerlendirilmesi aşamasında, yayın kurulunun gerek görmesi halinde, makale ile ilgili araştırma verilerinin ve/veya etik kurul onayı belgesinin sunulması yazarlardan talep edilebilir.

BİYOİSTATİSTİKSEL DEĞERLENDİRME

Tüm retrospektif, prospektif ve deneysel araştırma makaleleri biyoistatistiksel olarak değerlendirilmeli ve uygun plan, analiz ve raporlama ile belirtilmelidir. Makalelerde p değerleri açık olarak verilmelidir ($p= 0.025$; $p= 0.524$ gibi). Araştırma makaleleri dergiye gönderilmeden önce, biyoistatistik uzmanı tarafından değerlendirilmeli ve uzmanın ismi yazarlar arasında ya da makalenin sonunda yer almalıdır.

Makalelerin biyoistatistiksel kurallara uygunluğu yazarların sorumluluğundadır.

YAZIM DİLİ YÖNÜNDEN DEĞERLENDİRME

Derginin yayın dili Türkçe ve İngilizce'dir. Türkçe makalelerde Türk Dil Kurumu'nun Türkçe sözlüğü veya www.tdk.gov.tr adresi esas alınmalıdır. İngilizce makaleler ve İngilizce özetler, dergiye gönderilmeden önce dil uzmanı tarafından değerlendirilmeli ve uzman onayı editöre sunum sayfasında özellikle belirtilmelidir. Makaleyi, İngilizce yönünden değerlendiren, yazarlardan biri değil ise bu kişinin ismi makalenin sonunda bulunan TEŞEKKÜR (Acknowledgement) bölümünde belirtilmelidir.

Makalelerin yazım ve dil bilgisi kurallarına uygunluğu yazarların sorumluluğundadır.

YAYIN HAKKI

Yayımlanmak üzere kabul edilen yazıların her türlü yayın hakkı dergiye yayımlayan kuruma aittir. **Yazılardaki düşünce ve öneriler tümüyle yazarların sorumluluğundadır.** Makale yazarlarına, yazıları karşılığında herhangi bir ücret ödenmez. Yayın Hakları Devir Formu "nu doldurup, makale gönderim" linkindeki bölümden makale ile birlikte göndermelidirler.

YAZI ÇEŞİTLERİ

Yazı daha önce bilimsel bir toplantıda sunuldu ise yazının başlığında (*) işareti ile belirtilmeli ve işarete (*), metnin ilk sayfası sonunda toplantı adı, yer ve tarihi belirtilerek açıklama getirilmelidir.

Araştırma bilim uzmanlığı ya da doktora tezinden oluşmuş ise başlıkta (*) işareti ile belirtilmeli ve metnin ilk sayfası sonunda (*) işaretinden sonra Enstitüsü, Yılı, Yüksek Lisans veya Doktora tezi olduğu açıklanmalıdır.

Yazılar A4 boyutlarında 1,5 Aralıklı olarak, Times New Roman yazı karakterinde, 12 punto ile yazılmalıdır. Sayfanın alt ve sağ yanında 2,5 cm' lik, üst ve sol yanından 2,5 cm' lik boşluk bırakılmalıdır. **Sayfa sayısı kaynaklar dışında derlemeler için en fazla 10, araştırma raporları için en fazla 12 olmalıdır.**

Orijinal Araştırma: Kliniklerde yapılan prospektif-retrospektif ve her türlü deneysel çalışmalar yayımlanabilmektedir. **Sayfa sayısı kaynaklar dışında en fazla 12 olmalıdır.**

Yapısı:

- Başlık sayfası (makaleden ayrı gönderilmeli)
- Özet (Ortalama 200-250 kelime; amaç, gereç ve yöntemler, bulgular ve sonuç bölümlerinden oluşan, Türkçe ve İngilizce, Kısaltma kullanılmamalı)
- Giriş
- Gereç ve Yöntemler
- Bulgular
- Tartışma
- Sonuç
- Teşekkür
- Kaynaklar

Derleme: Doğrudan veya davet edilen yazarlar tarafından hazırlanır. Tıbbi özellik gösteren her türlü konu için son tıp literatürünü de içine alacak şekilde hazırlanabilir. Yazarın konu ile ilgili basılmış yayınlarının olması özellikle tercih nedenidir. Sayfa sayısı kaynaklar dışında en fazla 10 olmalıdır.

Yapısı:

- Başlık sayfası (makaleden ayrı gönderilmeli)
- Özet (Ortalama 200-250 kelime, bölümsüz, Türkçe ve İngilizce, Kısaltma kullanılmamalı)
- Konu ile ilgili başlıklar
- Kaynaklar

Olgu Sunumu: Nadir görülen, tanı ve tedavide farklılık gösteren makalelerdir. Yeterli sayıda fotoğraflarla ve şemalarla desteklenmiş olmalıdır. Kaynaklar dışında en fazla 8 sayfa olmalı ve başlık sayfası (makaleden ayrı gönderilmeli)

Yapısı:

- Başlık sayfası (makaleden ayrı gönderilmeli)
- Özet (ortalama 100-150 kelime; bölümsüz; Türkçe ve İngilizce, Kısaltma kullanılmamalı)
- Giriş
- Olgu Sunumu
- Tartışma
- Kaynaklar

Editöryel Yorum/Tartışma: Yayımlanan orijinal araştırma makalelerinin, araştırmanın yazarları dışındaki, o konunun uzmanı tarafından değerlendirilmesidir. İlgili makalenin sonunda yayımlanır.

Editöre Mektup: Son bir yıl içinde dergide yayımlanan makaleler ile ilgili okuyucuların değişik görüş, tecrübe ve sorularını içeren en fazla 500 kelimelik yazılardır.

Yapısı:

- Başlık ve özet bölümleri yoktur.
- Kaynak sayısı 5 ile sınırlıdır.
- Hangi makaleye (sayı, tarih verilerek) ithaf olunduğu belirtilmeli ve sonunda yazarın ismi, kurumu, adresi bulunmalıdır. Mektuba cevap, editör veya makalenin yazar(lar)ı tarafından, yine dergide yayımlanarak verilir.

Bilimsel Mektup: Genel tıbbi konularda okuyucuyu bilgilendiren, basılmış bilimsel makalelere de atıfta bulunarak o konuyu tartışan makalelerdir.

Yapısı:

- Özet (ortalama 100-150 kelime; bölümsüz, Türkçe ve İngilizce)
- Konu ile ilgili başlıklar
- Kaynaklar

Tıbbi Kitap Değerlendirmeleri: Güncel değeri olan ulusal veya uluslararası kabul görmüş kitapların değerlendirmeleridir.

YAZIM KURALLARI

Dergiye yayımlanması için gönderilen makalelerde biçimsel esaslar

Makale, PC uyumlu bilgisayarlarda Microsoft Word programı ile yazılmalıdır. Özette kısaltma kullanılmamalı. Yazı içinde kısaltmalar kelimenin ilk geçtiği yerde parantez içinde verilir ve tüm metin boyunca o kısaltma kullanılır. Uluslararası kullanılan kısaltmalar için “Bilimsel Yazım Kurallarına” başvurulabilir.

Şekil, Resim, Tablo ve Grafikler:

- Şekil, resim, tablo ve grafiklerin metin içinde geçtiği yerler ilgili cümlenin sonunda belirtilmelidir. Şekil, resim, tablo ve grafiklerin açıklamaları makale sonuna eklenmelidir.
- Şekil, resim/fotoğraflar ayrı birer jpg veya gif dosyası olarak (pixel boyutu yaklaşık 500x400, 8 cm eninde ve 300 çözünürlükte taranarak), sisteme eklenmelidir.
- Kullanılan kısaltmalar şekil, resim, tablo ve grafiklerin altındaki açıklamada belirtilmelidir.
- Daha önce basılmış şekil, resim, tablo ve grafik kullanılmış ise yazılı izin alınmalıdır ve bu izin açıklama olarak şekil, resim, tablo ve grafik açıklamasında belirtilmelidir.
- Resimler/fotoğraflar renkli, ayrıntıları görülecek derecede kontrast ve net olmalıdır.

Editöre Sunum Sayfası: Gönderilen makalenin kategorisi, daha önce başka bir dergiye gönderilmemiş olduğu, varsa çalışmayı maddi olarak destekleyen kişi ve kuruluşlar ve varsa bu kuruluşların yazarlarla olan ilişkileri belirtilmelidir.

Kapak Sayfası: Makalenin başlığı (Türkçe ve İngilizce), tüm yazarların ad-soyadları, akademik ünvanları, kurumları, iş telefonu-GSM, e-posta ve yazışma adresleri belirtilmelidir. Makale daha önce bildiri olarak sunulmuş ise bildiri yeri ve tarihi belirtilmelidir. **Bu bölüm makaleden ayrı bir dosya olarak sisteme yüklenmelidir.**

Özetler: Yazı çeşitleri bölümünde belirtilen şekilde hazırlanarak, makale metni içerisine yerleştirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: En az 2 adet, Türkçe ve İngilizce yazılmalıdır. Kelimeler birbirlerinden noktalı virgül (;) ile ayrılmalıdır. İngilizce anahtar kelimeler “Medical Subject Headings (MESH)”e uygun olarak verilmelidir (Bkz: www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html). Türkçe anahtar kelimeler Türkiye Bilim Terimleri (TBT)’ne uygun olarak verilmelidir (Bkz: www.bilimterimleri.com).

Teşekkür: Eğer çıkar çatışması, finansal destek, bağış ve diğer bütün editöryal (istatistiksel analiz, İngilizce/Türkçe değerlendirme) ve/veya teknik yardım varsa, metnin sonunda sunulmalıdır.

Kaynaklar: Kaynaklar makalede geliş sırasına göre yazılmalı ve metinde cümle sonunda noktalama işaretlerinden hemen sonra “Üst Simge” olarak belirtilmelidir. Makalede bulunan yazar sayısı 6 veya daha az ise tüm yazarlar belirtilmeli, 7 veya daha fazla ise ilk 6 isim yazılıp “et al.” eklenmelidir. Kaynak yazımı için kullanılan format Index Medicus’ta belirtilen şekilde olmalıdır (Bkz: www.icmje.org).

Orijinal basımı Türkçe olan kaynakların başlığı [] içinde ve İngilizce olarak yazılmalıdır.

Örnek: Yazar(lar). Türkçe İsim [İngilizce İsim]. Türkçe Dergi İsmi [İngilizce Dergi ismi] yıl;cilt(sayı):sayfa numarası.

Yazının Sisteme Yüklenmesi: [Açık Dergi Sistemleri Elektronik Yayıncılık Rehberinden \(ADS\)](#) yararlanabilirsiniz. HSP dergisine yazar olarak kayıt olduktan sonra beş aşamada yazıyı gönder bölümünden yazınızı gönderebilirsiniz.

Yazının Takibi: Kullanıcı adı ve şifrenizle sisteme giriş yaptıktan sonra ÖZET bölümünde yazınızın hangi aşamada olduğunu, DEĞERLENDİRME bölümünden HAKEM eleştirilerini görebilirsiniz.

Kaynakların yazımı için örnekler (Noktalama işaretlerine lütfen dikkat ediniz):

Makale	Yazar(lar)ın soyad(lar)ı ve isim(ler)inin başharf(ler)i, makale ismi, dergi ismi, yıl, cilt, sayı; sayfa no’su belirtilmelidir.	<ul style="list-style-type: none">Zengin N, Enç N. Comparison of two blood sampling methods in anticoagulation therapy: venipuncture and peripheral venous catheter. <i>J Clin Nurs</i> 2008; 17(3):386-93.Zengin N, Üstündağ H. İnfüzyon setleri değişim süreleri ile ilgili yapılan çalışmalar ve öneriler [The change period of administration sets and the studies about this subject and suggestion]. <i>Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi [ournal of Anatolia Nursing and Health Sciences]</i> 2004;7(3):83-90.
Elektronik Makale	Yazar(lar)ın soyad(lar)ı ve isim(ler)inin başharf(ler)i, makale ismi, dergi ismi[serial on the Internet] yıl (erişim yılı) cilt, sayı; sayfa no’su. Erişim adresi:	<ul style="list-style-type: none">Perneger TV, Giner F. Randomized trial of heroin maintenance programme for adults who fail in conventional drug treatments. <i>BMJ [serial on the Internet]</i>. 1998 [cited 2005 Aug 12];317(2):[about 3 p.]. Available from: http://www.bmj.com/cgi/content/full/317/7150/1.

Bölüm yazarları farklı olan kitaplar için;	Yazar(lar)ın soyad(lar)ı ve isim(ler)inin başharf(ler)i, bölüm başlığı, editörün(lerin) ismi, kitap ismi, kaçınıcı baskı olduğu, şehir, yayınevi, yıl ve sayfalar belirtilmelidir.	<p><u>Yabancı dilde yayımlanan kitaplar:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Underwood LE, Van Wyk JJ. Normal and aberrant growth. In: Wilson JD, Foster DW, eds. Williams' Textbook of Endocrinology. 1st ed. Philadelphia: WB Saunders; 1992. p.1079-138. Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, editors. The genetic basis of human cancer. New York: McGraw-Hill; 2002. p. 93-113. Baselt RC, Cravey, RH. Disposition of toxic drugs and chemicals in man. 4th ed. Foster City, CA: Chemical Toxicology Institute; 1995.p.140-150. <p><u>Türkçe kitaplar için:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Tür A. [Emergency airway management and endotracheal intubation]. Şahinoğlu AH, editör. Yoğun Bakım Sorunları ve Tedavileri. 2. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2003. p.9-16.
Yazar ve editörün aynı olduğu kitaplar için;	Yazar(lar)ın/editörün soyad(lar)ı ve isim(ler)inin başharf(ler)i, bölüm başlığı, kitap ismi, kaçınıcı baskı olduğu, şehir, yayınevi, yıl ve sayfalar belirtilmelidir.	<p><u>Yabancı dilde yayımlanan kitaplar için:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Solcia E, Capella C, Kloppel G. Tumors of the exocrine pancreas. Tumors of the Pan creas. 2nd ed. Washington: Armed Forces Institute of Pathology; 1997. p.145-210. <p><u>Türkçe kitaplar için:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Eken A. Kozmesötik Etken Maddeler [Cosmeceutical ingredients: drugs to cosmetics products]. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2006. p.1-7.
On-line yayımlar	DOI kabul edilebilir online referanstır	<ul style="list-style-type: none"> Degenhardt L, Bohnert KM, Anthony C. Assessment of cocaine and other drug dependence in the general population: 'Gated' vs. 'ungated' approaches. Drug Alcohol Depend [Internet]. 2008 Mar 1 [cited 2010 Apr 15]; 93(3):227-232. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2756072/DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2007.09.024.
Yazarı Belirsiz Kitaplar		<ul style="list-style-type: none"> The 1995 NEA almanac of higher education. Washington DC: National Education Association;1995.p.150-155. Ministry of Health and Social Welfare: Health Statistics Yearbook, Ankara Publications of Ministry of Health, 2010.
Tez	Yazar soyadı ve adı. Tezin başlığı.(Tezin	<ul style="list-style-type: none"> Kay JG. Intracellular cytokine trafficking and phagocytosis in macrophages [PhD thesis]. University of Queensland, St

	Türü- Yüksek lisans, Doktora) - yayınlayan kurum, yayın yeri, yıl, sayfa.	<p>Lucia, 2007.</p> <ul style="list-style-type: none"> Zengin N. Antikoagulan tedavinin izlenmesinde iki farklı kan alma yönteminin karşılaştırılması: Vena ponksiyon ve periferik venöz kateter [Comparison of two blood sampling methods in anticoagulation therapy: venipuncture and peripheral venous catheter][Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü [Institute of Medical Sciences, İstanbul University], İstanbul, Türkiye, 1999.
Web Sayfası	Yazarlı Web Sayfası Yazar. Yayın başlığı. Yayın yeri (Varsa): Yayın kuruluşu/yayıncı (varsa); Yayınlanma tarihi (Güncelleme tarihi; Erişim tarihi). Erişim adresi:	<ul style="list-style-type: none"> Atherton J. Behaviour modification 2010 [updated 2010 Feb 10; cited 2010 Apr 10]. Available from: http://www.learningandteaching.info/learning/behaviour_mod.htm
	Yazarsız Web Sayfası	<p>Yazar/organizasyonun adı. Sayfanın başlığı [Internet], Yayının tarihi, Güncelleme tarihi. Erişim adresi:</p> <ul style="list-style-type: none"> Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Obezite, Diyabet ve Metabolik Hastalıklar Daire Başkanlığı. Yeterli ve Dengeli Beslenme 2014. (Güncelleme tarihi; Erişim tarihi:) Erişim adresi: http://beslenme.gov.tr/index.php?lang=tr&page=47: Diabetes Australia. Diabetes globally 2012 [updated 2013 Dec 20; cited 2014 Jun 30]. Available from: http://www.diabetesaustralia.com.au/en/Understanding-Diabetes/Diabetes-Globally/
Metin içinde kaynaklar		<ul style="list-style-type: none">in his research, Jones ² asserts....as evidenced from a recent Australian study. Scholtz ¹ has argued that.....
Metin içinde sayfa numarası içeriyorsa		<ul style="list-style-type: none"> ...as one author has put it "the darkest days were still ahead". ^{1(p23)} ...as one author has put it "the darkest days were still ahead". ^{1(p23)} ...as one author has put it "the darkest days were still ahead". ^(1 p23) Scholtz ^(1 pp16-18) has argued that.....
Aynı anda birçok kaynak kullanılacaksa		<p>Her bir kaynak numarasından sonra virgül konulmalı , ardışık kaynak numaralarında araya “-“ konularak ilk ve son kaynak numarası yazılmalıdır.</p> <ul style="list-style-type: none"> örnek:..... ^{1,5,6-8}

Sıcak Basması İnanç Ölçeği'nin Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması*

Validity and Reliability of the Hot Flush Beliefs Scale's Turkish Version

Aslı SİS ÇELİK^a Türkan PASİNLİOĞLU^b

ÖZET Amaç: Bu çalışma Sıcak Basması İnanç Ölçeğinin (SBİÖ), Türkçeye uyarlanarak geçerlik ve güvenilirliğinin test edilmesi amacıyla yapılmıştır. **Gereç ve Yöntem:** Metodolojik türde yapılan araştırmanın örneklemini bir Aile Sağlığı Merkezine başvuran kadınlar arasında olasılıksız rastlantısal örnekleme yöntemi ile seçilen, en az bir aydır sıcak basması şikâyeti yaşayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 247 kadın oluşturmuştur. Araştırmanın verileri "Kişisel Bilgi Formu" ve "Sıcak Basması İnanç Ölçeğinin Türkçe formu" kullanılarak ve kadınlarla yüz yüze görüşülerek toplanmıştır. Veriler SPSS 20 programı ve LISREL 9.1 programında değerlendirilmiştir. Ölçeğin çeviri sürecinin ardından geçerliliğine yönelik kapsam ve yapı geçerliliği yapılmıştır. Kapsam geçerliliği için uzman görüşleri sonrası kapsam geçerlilik indeksi hesaplanmıştır. Yapı geçerliliği için açımlayıcı faktör analizi ve doğrulayıcı faktör analizi, güvenilirlik için madde analizleri ve iç tutarlık analizi yapılmıştır. **Bulgular:** Ölçeğin açımlayıcı faktör analizi sonucunda 3 faktörlü bir yapı gösterdiği ve faktör yüklerinin uygun aralıkta olduğu saptanmıştır (0.77-0.40). Doğrulayıcı faktör analizi sonucunda ise ölçeğin 3 faktörlü yapısının geçerli olduğu ve model-veri uyumunun kabul edilebilir düzeyde olduğu belirlenmiştir. Ölçeğin Cronbach's alfa katsayısının 0.90, alt boyutlarının Cronbach's alfa katsayısının ise 0.76-0.88 arasında olduğu bulunmuştur. Ölçeğin zamana göre değişmezliğini test etmek için 122 kadına ilk uygulamadan iki hafta sonra ölçek tekrar uygulanmış, test-tekrar test korelasyon değeri 0.90 olarak bulunmuş ve iki uygulama arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (p=0.000). Ölçeğin iç tutarlık analizlerinde, madde toplam puan korelasyonları incelenmiş, 0.30 ile 0.69 arasında olduğu belirlenmiş ve ölçekten herhangi bir madde çıkarılmamıştır. **Sonuçlar:** SBİÖ'nün Türkçe formunun kadınların sıcak basmasına ilişkin inançlarını değerlendirmede geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğu saptanmıştır. **Anahtar Kelimeler:** Geçerlilik ve güvenilirlik, Sıcak basması, Sıcak basması inanç ölçeği

ABSTRACT Aim: The aim of this study was to adapt the Hot Flush Beliefs Scale (HFBS) into Turkish and test its validity and reliability. **Method:** The sample group of this methodological study consisted of 247 women who were selected with nonprobability random sampling method among women applying to a Family Health Center, had hot flush complaint for at least one month and accepted to participate in the study. Data of the study were collected by using "Personal Information Form" and "Turkish Version of Hot Flush Beliefs Scale". HFBS was performed with face-to-face interview. The data were analysed in SPSS 20 pocket programme and LISREL 9.1. After the translation to Turkish of the scale, content and construct validity were made. The content validity index was calculated after experts' views for content validity. Exploratory factor analysis and confirmatory factor analysis were used for construct validity and the internal consistency and item analysis were used for reliability. **Results:** As a result of the explanatory factor analysis, it was determined that the scale showed a three-factor structure and factor loadings were within proper range (0.77-0.40). On the other hand, as a result of the confirmatory factor analysis, it was found out that three-factor structure of the scale was valid and model-data fit was at acceptable level. While Cronbach's alpha coefficient of the scale was 0.90, Cronbach's alpha coefficient of its subscales was between 0.76-0.88. In order to test invariance of the scale by time, the scale was performed to 122 women again two weeks after the first application, and it was found out that the test-retest correlation value was 0.90 and there was a statistical significant relation between two applications (p=0.000). In internal consistency analysis of the scale, it was determined that item total score correlations were between 0.30 and 0.69 and no item was excluded from the scale. **Conclusion:** It was determined that Turkish version of HFBS is a valid and reliable assessment instrument to evaluate beliefs of women regarding the hot flush.

Key words: Validity and reliability, hot flush, hot flush beliefs scale

Geliş Tarihi/Received: 31.10.2014 Kabul Tarihi/Accepted:01.03.2015

*Bu çalışma 2013 yılında Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü tarafından kabul edilen Doktora Tezinden hazırlanmıştır.

^a Yrd. Doç. Dr. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Kampus/ Erzurum
e-mail: aslisis@hotmail.com / aslisis@atauni.edu.tr Tlf: + (90) 442 231 26 89

^b Prof. Dr. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Kampus/ Erzurum
e-mail: tpasin@atauni.edu.tr, Tlf: + (90) 442 231 12 33

Giriş

Menopozal dönemde kadında; östrojen eksikliğine bağlı fiziksel ve ruhsal birtakım değişiklikler meydana gelmekte ve kadının yaşamı olumsuz yönde etkilenmektedir. Yapılan çalışma sonuçlarına göre menopoz dönemindeki kadınlar arasında en yaygın görülen ve en çok şikâyetçi olunan sorunun vazomotor semptomlar olduğu belirlenmiştir.¹⁻⁴ Mekanizması tam olarak aydınlatılmamış olan vazomotor değişikliklerin belirtileri genellikle “yüz kızarması”, “ateş basması”, “gece terlemesi” şeklinde görülmektedir. Bu üç belirtinin hepsine birden, “sıcak basması” denilmektedir.⁵ Sıcak basması menopoz döneminin karakteristik bir semptomu olup, görülme sıklığı %60-85 arasında değişmektedir.⁶ Sıcak basmaları göğsün üst kısmından başlayarak boyuna ve başa doğru yayılır, buna kızarma da eşlik eder; ardından terleme ve üşüme görülebilir. Semptomlar sırasında arteriyel kan basıncında değişiklik görülmez. Bu belirtiler birkaç saniyeden birkaç saate kadar sürebilir. Bu subjektif yakınmaları her kadın farklı şiddette yaşar, farklı şekilde algılar ve bu doğrultuda başa çıkma mekanizması geliştirir. Hunter ve Liao⁷ yaptıkları çalışmada, sıcak basması yaşayan kadınların düşünceleriyle bağlantılı olarak çeşitli duygusal tepkiler bildirdiklerini belirtmişlerdir. İlgili çalışmada; sıcak basması esnasında sosyal bağlamda yaşanan endişeler (“birileri beni görebilir mi?”) sosyal kaygı ve utanç hislerine yol açmış; başa çıkma ve kontrol edilebilirlikle ilgili bilişsel tepkiler ise (“bu bir gün bitecek mi?”) can sıkıntısı veya çaresizlikle sonuçlanmıştır. Bunun aksine, sıcak basması esnasında sakin ya da baş edebilen düşünceler bildiren kadınlar ise (“bu durum geçecek”) daha az duygusal sıkıntı yaşamışlardır.⁷

Klimakterium dönemindeki kadının fiziksel, ruhsal ve sosyal yaşantısının tam bir iyilik halinde olabilmesi için, bu dönemde ortaya çıkabilecek sağlık sorunlarını bilmesi, önlem alması veya bunlarla baş etmeyi öğrenmesi

gerekmektedir. Bunun için de desteğe, bilgiye ve danışmanlığa ihtiyaç duymaktadır. Hemşirenin, menopoz bakımındaki genel hedefleri; kadının ve ailesinin menopozal dönemi yaşamın doğal bir evresi olarak algılayabilmesini, bu döneme yönelik yanlış inanç ve algılamaların düzeltilmesini, fiziksel, emosyonel ve sosyal sorunlarla başa çıkabilmesini sağlamaktır.

Kadınların menopozal döneme yönelik inanç ve tutumlarını belirlemek için yapılan çalışmalarda menopozla ilişkin tutum ölçeğinin kullanıldığı görülmüştür. Ancak ilgili ölçek menopoz döneminde yaşanan yakınmalara yönelik tutumlar hakkında ayrı ayrı bilgi vermemektedir. Bu nedenle menopozal dönemde en yaygın görülen ve en çok şikâyetçi olunan vazomotor semptomlara yönelik kadınların inanç ve tutumlarını belirlemek için kullanılacak bir ölçme aracına gereksinim vardır. Bu çalışma Sıcak Basması İnanç Ölçeği (SBIÖ)’nin Türkçeye uyarlayarak geçerlik ve güvenilirliğinin değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem

Araştırmanın türü

Araştırma, Sıcak Basması İnanç Ölçeği’ni Türkçeye uyarlayarak geçerlik ve güvenilirliğini test etmek amacıyla metodolojik olarak yapılmıştır.

Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini, 1 Aralık 2012 - 30 Ocak 2013 tarihleri arasında Erzurum il merkezinde bir Aile Sağlığı Merkezi (ASM)’ne başvuran kadınlar oluşturmuştur.

Bir ölçeğin başka bir kültüre uyarlanmasında ve likert tipi ölçekten anlamlı ve güvenilir sonuçların alınabilmesi için ölçek madde sayısının en az 5-10 katı büyüklüğünde bir gruba ulaşılması gerekmektedir.^{8,9} Bu nedenle, yukarıda belirtilen evrenden olasılıksız rastlantısal örnekleme yöntemi ile seçilen, en az bir aydır sıcak basması şikâyeti yaşayan ve araştırmaya katılmayı kabul

eden 247 kadın araştırmanın örneklemini oluşturmuştur.

Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri Kişisel Bilgi Formu ve SBİÖ Türkçe formu kullanılarak araştırmacı tarafından ilgili ASM'ye başvuran kadınlarla yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır.

Kişisel Bilgi Formu: Araştırmacı tarafından, literatür bilgileri^{1-3,10} doğrultusunda hazırlanan form 16 soru içermektedir. Formda kadınların yaş, eğitim düzeyi, aile tipi, gelir durumu gibi tanıtıcı bilgilerini ve menopozal özelliklerini belirleyen sorular yer almaktadır.

Sıcak Basması İnanç Ölçeği (The Hot Flush Beliefs Scale:HFBS): Ölçek, Rendall ve ark. tarafından kadınların sıcak basmasına ilişkin inançlarını ölçmek amacıyla 2008 yılında geliştirilmiştir.¹¹ Ölçek 27 maddeden ve üç alt boyuttan oluşmaktadır.

- Sosyal bağlamda kendi hakkındaki inançları alt boyutu (beliefs about self in social context): Kadınların sosyal ortamlarda sıcak basması yaşadıkları zaman hissettiklerini tanımlayan 13 maddeden (1, 6-11, 13, 14, 17, 20, 21, 23) oluşmaktadır.
- Sıcak basması ile başa çıkma konusundaki inançlar alt boyutu (beliefs about coping with hot flushes): Kadınların sıcak basması sorunu ile başa çıkma konusundaki inançlarını tanımlayan 10 maddeden (2, 5, 12, 15, 16, 18, 19, 24, 26, 27) oluşmaktadır.
- Gece terlemeleri ile başa çıkma konusundaki inançlar alt boyutu (Beliefs about Coping with Night Sweats/Sleep): Kadınların gece terlemesi sorunu ile başa çıkma konusundaki inançlarını tanımlayan 4 maddeden (3, 4, 22, 25) oluşmaktadır.

Orijinal ölçeğin her bir maddesi "kesinlikle katılmıyorum" (0 puan) ile "kesinlikle katılıyorum" (5 puan) arasında değişen 6'lı likert tipi şeklinde derecelendirilmiştir. 2, 4, 5,11, 15, 18, 25

nolu maddeler ters kodlanmaktadır. Ölçek maddeleri 0-5 puan arasında puanlanmaktadır. Ölçeğin toplam puanı 0-135 arasında değişmekte olup, düşük puan olumsuz inancı göstermektedir.

Rendall ve ark. tarafından yapı geçerliliği için yapılan faktör analizi sonucunda, ölçeğin 3 alt boyuttan oluştuğu, her bir alt boyutun Cronbach alfa değerlerinin 0.78-0.93 arasında olduğu, ölçeğin toplam Cronbach alfa değerlerinin 0.94 olduğu; madde toplam puan korelasyon katsayılarının $r=0.22$ ile $r=0.70$ arasında olduğu, test-re-test korelasyon değerinin $r=0.72$ olduğu bulunmuştur.¹¹

Araştırmanın Etiği

Sıcak Basması İnanç Ölçeği'nin Türkçeye uyarlanması için ölçeğin geliştirilmesi çalışmasının araştırmacılarından biri olan Myra S. Hunter ile e-posta ile iletişim kurularak yazılı izin alınmıştır. Araştırmanın yapılabilmesi için Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurulu'ndan onay alınmıştır. Araştırmanın ilgili Aile Sağlığı Merkezinde yürütülmesi için Erzurum Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden yazılı izin alınmıştır.

Araştırma kapsamındaki kadınların haklarının korunması için araştırma verilerini toplamaya başlamadan önce kadınlara, araştırmanın yapılma amacı açıklanarak "Aydınlatılmış Onam" ilkesi, elde edilen bilgilerin gizli tutulacağı belirtilerek "Gizlilik ve Gizliliğin Korunması" ilkesi, araştırmaya gönüllü olarak katılmak isteyenlerin alınması ile de "Özerkliğe Saygı" ilkesini içeren etik ilkeler yerine getirilmiştir.

Bulgular ve Tartışma

Dil Geçerliliği

SBİÖ'nün dil geçerliliği için geri çeviri yöntemi kullanılmıştır.¹² SBİÖ İngilizceye hakim, birisi mütercim olmak üzere iki uzman ve üç öğretim üyesi tarafından İngilizceden Türkçeye çevrilmiştir. Türkçeye çevrilen tüm formlar araştırmacı tarafından tekrar gözden geçirilerek tek form haline getirilmiştir. Daha sonra

Türkçeye çevrilen formun her iki dili iyi bilen bir İngilizce dil bilim uzmanı tarafından geri çevirisi yapılmıştır. Orjinal ölçek ile Türkçeye çevrilen şekli karşılaştırılmış ölçeğin ifadelerinde anlam değişikliği olmadığı belirlenmiştir. Son olarak ölçeğin Türkçesi Türk Dili Edebiyatı bölümünden bir Türk Dili uzmanı tarafından kontrol edilmiştir. Öneriler doğrultusunda daha anlaşılır hale getirilen ölçeğe son şekli verilmiş ve içerik geçerliliği için uzman görüşüne sunulmuştur.⁹

İçerik Geçerliliği

Ölçeğin İngilizce ve Türkçe formu 8 kişilik uzman görüşüne sunulmuştur. Uzman değerlendirmesi için içerik geçerlilik indeksi (Content Validity Index-CVI) kullanılmıştır.¹³ Uzman kişilerden ölçekteki her bir ifadeyi 4: “Çok uygun”, 3: “Oldukça uygun”, 2: “Cümle düzeltilirse uygun olur”, 1: “Uygun değil” şeklindeki ifadeleri kullanarak, her maddenin 1-4 puan arasında değerlendirmeleri istenmiştir. Değerlendirme sonucunda uzman kişilerin çok uygun dediği ifadeler aynen kabul edilirken düzeltme istedikleri ya da uygun bulmadıkları ifadeler tekrar gözden geçirilerek düzeltilmiştir. Uzman görüşüne göre her bir maddenin kabul edilebilir puan ortalamasının 3 puanın üzerinde olduğu ve %95 oranında 3 ve 4 puan olarak değerlendirdikleri belirlenmiştir. Ön uygulama yapılan grupta ölçekteki ifadelerin anlaşılır olduğu gözlenmiştir. Uzmanların önerileri ve ön uygulama sonucunda ölçek son halini almıştır. Uzman görüşleri sonucunda SBİÖ'nün Türkçe formunun dil ve içerik yönünden uygun bir ölçüm aracı olduğu söylenebilir.

İç Tutarlılık

Toplam 247 kadın üzerinde uygulanan ölçeğin Türkçe formunun iç tutarlılık denetiminde madde toplam puan

korelasyonları, Cronbach alfa değerlendirmesi ve faktör analizi kullanılmıştır.^{14,15}

Her bir madde puanı ile toplam madde puanı arasındaki ilişkiyi ve ölçeği oluşturan her bir maddenin eşit ağırlıkta olup olmadığını değerlendirmek için yapılan madde toplam puan (madde bırakma) korelasyonunun 0.30 ile 0.69 arasında olduğu bulunmuştur (Tablo 1). Ölçeğin toplanabilirlik özelliğinin bozulmaması için madde toplam puan korelasyonlarının hangi ölçütün altına düşünce güvenilirliğinin yetersiz sayılacağı konusunda belirli bir standart olmamakla birlikte Akgül'e göre 0.25 ten büyük olması gerekir.¹²

Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayı Analizi

Cronbach alfa katsayısı ölçek içindeki maddelerin iç tutarlılığının ve homojenliğinin bir göstergesidir. Ölçeğin alfa katsayısı ne kadar yüksek olursa ölçekte bulunan maddelerin o ölçüde birbirleriyle tutarlı olduğunu ve aynı özelliği ölçen maddelerden oluştuğunu gösterir. Likert tipi bir ölçekte yeterli sayılabilecek güvenilirlik katsayısı olabildiğince 1'e yakın olmalıdır.^{12,15} Bu çalışmada Sıcak Basması İnanç Ölçeğinin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0.90 olarak bulunmuştur. Rendall ve ark. çalışmasında da Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0.94'dür.¹¹ Bu bulgu, ölçeğin iç tutarlılığa sahip çok yüksek derecede güvenilir bir ölçek olduğunu göstermektedir.

Yapı Geçerliliği

SBİÖ'nün faktör yapısı incelenmeden önce örneklemin faktör analizi için yeterli olup olmadığını değerlendirmek amacıyla Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ve örneklemin faktör analizi için uygun olup olmadığını değerlendirmek için Bartlett's Test of Sphericity (BTS) analizleri uygulanmıştır.

Tablo 1. Sıcak Basması İnanç Ölçeğinin Madde Analizi Sonuçları

Ölçek Maddeleri	Madde ortalaması	Madde toplam puan korelasyonu	Madde silindiğinde ölçek alfası
1. Sıcak basması yaşadığım zaman, etrafımdaki insanlar bana bakıyormuş gibi geliyor	1.85	.54	.90
2. Sıcak basmalarının verdiği fiziksel rahatsızlık ile başa çıkabilirim	2.04	.41	.90
3. Gece terlemesi ile uyandığım zaman, tekrar uykuya geçmekte zorlanırım	2.55	.31	.90
4. Gece terlemesi nedeni ile uykum bölünse de ertesi gün normal hayatıma devam edebilirim	1.75	.30	.90
5. Sıcak basmalarının yaşamımı olumsuz etkilemesine izin vermem	1.86	.42	.90
6. İnsanların yanında sıcak basması yaşadığım zaman huzursuz oluyorum	3.02	.50	.90
7. Sıcak basması yaşadığım zaman utanıyorum	1.51	.64	.90
8. Sıcak basması yaşadığım zaman, nasıl görüldüğüm konusunda endişeleniyorum	1.88	.64	.90
9. Sıcak basmaları, kendimi itici hissetmeme neden oluyor	1.57	.69	.90
10. Sıcak basması yaşadığım zaman, diğer insanlar benim beceriksiz olduğumu düşüneceklermiş gibi hissediyorum	.85	.54	.90
11. Sıcak basması yaşadığım zaman, diğer insanların bu konuda ne düşündüğünü umursamam	1.73	.37	.90
12. Sıcak basmalarım nedeniyle kendimi boğulacakmış gibi hissediyorum	3.56	.38	.90
13. Sıcak basması yaşadığım zaman, sanki insanlar benim bir sıkıntım olduğunu düşüneceklermiş gibi geliyor	1.81	.59	.90
14. Sıcak basması yaşadığımda yapılacak en iyi şey, sosyal ortamlardan uzak durmaktır	1.93	.54	.90
15. Sıcak basması yaşadığım zaman, bunu görmezden gelebilirim	2.31	.45	.90
16. Diğer insanların sıcak basmalarıyla benden daha iyi baş edebildiklerini düşünüyorum	1.51	.33	.90
17. Sıcak basması yaşadığım zaman, başkalarının gözünde aptal gibi görüldüğümü düşünüyorum	.65	.44	.90
18. Sıcak basmalarımla etkili bir şekilde baş edebilirim	1.92	.52	.90
19. Sıcak basmaları nedeniyle kendimi gücenmiş (kırgın) hissediyorum	2.56	.49	.90
20. Sıcak basması yaşadığımda, kendimi işe yaramaz hissediyorum	1.29	.58	.90
21. Sıcak basmaları, diğer insanların hakkımda ne düşündüğüne daha çok önem vermeme neden oluyor	1.11	.55	.90
22. Gece terlemesi yaşadığım zaman, ertesi gün işlerimi yapmak daha zor oluyor	1.77	.51	.90
23. Sıcak basması yaşadığım zaman, dikkatleri üzerime çektiğimi hissediyorum	1.98	.61	.90
24. Acaba bir sonraki sıcak basması ne zaman olacak diye endişeleniyorum	2.47	.59	.90
25. Gece terlemeleri, genel sağlığımla etkilemiyor	2.50	.37	.90
26. Sıcak basması yaşadığım zaman kendimi huzursuz hissediyorum	3.52	.49	.90
27. Sıcak basması yaşadığımda, bunlar ne zaman sona erecek diye düşünüyorum	3.65	.45	.90

Tablo 2. Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ve Barlett's Test Sonuçları

Testler (N=247)	Sonuçlar	p
KMO	0.90	
Bartlett's Test	$X^2=2565.339$	p=0.000

Ölçeğin KMO ile hesaplanan örneklem yeterliliği 0.90 olarak saptanmıştır. Literatür iyi bir KMO değerinin 0.70 ve üzerinde olması gerektiğini vurgulamaktadır.^{12,15} Bu değer ölçeğin örneklem büyüklüğünün çok iyi

olduğunu göstermektedir. Barlett's Test sonucunda ise $X^2=2565.339$ olarak bulunmuş ve $p<0.001$ önem düzeyinde anlamlı olduğu görülmüştür (Tablo 2). Bu bulgu ölçeğin faktör analizi için uygun olduğunu göstermektedir.

Ölçeğin Zamana Karşı Değişmezliği (Test- Tekrar Test)

Tablo 3. Test-Tekrar-Test Puanlarının Korelasyon Analizi

SBİÖ'nün Test-Tekrar-Test			
Uygulaması	$X \pm SS$	r	p
Birinci uygulama	55.29±28.73		
İkinci uygulama	57.90±29.20	0.90	0.000

SBİÖ'nin güvenilirliğini belirlemek için yapılan bir diğer analiz ise test-tekrar test uygulamasıdır. Bu uygulama ölçümün zamana karşı değişmezliğini ortaya çıkarır. İki ölçüm arasındaki korelasyon katsayısının yüksekliği ölçümün değişmezliğinin göstergesidir.¹⁵ Test-tekrar test 122 kişilik örneklem grubuna 2 hafta aryla uygulanmış ve test-tekrar test korelasyon katsayısı 0.90 olarak bulunmuştur (Tablo 3). Test-tekrar test sonucunda iki uygulama arasında istatistiksel açıdan ileri derecede anlamlı

bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0.001$). Rendall ve ark. geliştirdikleri orjinal ölçeğin test tekrar test korelasyon katsayısını 0.72 olarak bulmuşlardır.¹¹ Bu bulgu da ölçeğin orjinalinin test-tekrar test korelasyonunun anlamlı olduğunu göstermektedir. Araştırmada SBİÖ'nin test-tekrar test korelasyonunun 0.90 olarak bulunması ölçeğin yinelemeli ölçümlerde benzer ölçüm değerlerini sağlama özelliğine sahip, oldukça tutarlı bir ölçek olduğunu göstermektedir.

Açımlayıcı Faktör Analizi

Faktör analizi çok sayıda değişkeni daha küçük sayıdaki kategorilere veya faktörlere dönüştürmektedir. Yani çok sayıdaki değişken arasındaki birkaç değişken altında tanımlamaktadır. Bir başka ifade ile değişkenler kümesindeki içsel ilişkileri

incelemeyi amaçlayan çok değişkenli çözümleme türüdür. Faktör analizi modelinin tahmininde en önemli adım, faktörlerin sayısının bulunmasıdır. SBİÖ'nün faktör yapısını belirlemek için "Principal Component" (temel bileşenler) yöntemi kullanılmış ve "Varimax"

dönüştürmesine göre analizler yapılmıştır. Faktör yüklerinde çok anlamlı değişimler olmadığı için, ayrıca açıklanacak varyansın 1'e denk gelmesini yeni değişkenlerin bir şekilde bir araya toplanıp toplanmadığını incelemek amacı ile araştırmada bu yöntem tercih edilmiştir.^{14,16} Araştırmada ölçeğin maddelerinin üç faktör altında toplanmış olduğu bulunmuştur.

SBIÖ'nün faktöryel yapısını belirlemek için yapılan "Principal Component" (temel bileşenler) analizi sonucu maddelerin ve faktörlerin "toplam varyansı açıklama" oranları ve varimax dönüştürmesi uygulanması sonucu ortaya çıkan faktör yükleri ile ilgili bulgular Tablo 4.'te verilmiştir. Tablo 4. incelendiğinde SBIÖ'nün toplam varyansı %46.01 olarak bulunmuş ve maddelerin faktör yükleri 0.40'dan 0.77'ye kadar değişen bir dağılım göstermiştir. Rendall ve ark. çalışmasında da toplam varyans %48.78 olup faktör analizi sonucu faktör dağılımının 0.53-0.80 arasında olduğu bulunmuştur.¹¹ Araştırmada açıklanan varyans değerinin %30'dan yüksek ve iç tutarlılık katsayısının da oldukça iyi bir düzeyde olması ölçeğin kullanılabilirliğini desteklemektedir. SBIÖ'nün faktör analizi ile elde edilen bulgulara göre; Türkçeye uyarlaması yapılan SBIÖ'nün tutarlı ve kullanılabilir olduğu savunulabilir.

Yapılan açımlayıcı faktör analizi sonrası ölçekteki 1, 4, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 17, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27. maddeler orjinal ölçekte temsil ettikleri alt boyutlar içinde yer alırken, orjinal ölçekte faktöre 1'e ait olan 6. madde faktör 2 içinde, 11.madde faktör 3 içinde yer almıştır. Faktör 2'ye ait olan 2, 5, 15 ve 18. maddeler faktör 3 içinde, 16. madde faktör 1 içinde yer almıştır. Faktör 3' e ait olan 3.madde ise faktör 2 içinde yer almıştır. İlgili maddelerin faktörler arası yer değiştirmesi sonucu orijinal ölçeğin "sosyal bağlamda kendisi hakkındaki inançları (Sosyal Algı)" alt boyutu ismi aynı kalmış orijinal ölçeğin "sıcak basması ile başa çıkma konusundaki inançları" alt boyutu ile "gece terlemesi ile başa çıkma

konusundaki inançları" alt boyutu birleşerek "sıcak basması ve gece terlemesi ile başa çıkma konusundaki inançları (Başetme Algısı)" adını almış ve ölçeğin üçüncü alt boyutunu oluşturmuştur. İkinci alt boyuta ise ilgili faktörde yer alan maddelerin anlamlarına uygun olarak "psikolojik bağlamda kendisi hakkındaki inançları (Psikolojik algı)" adı verilmiştir (Tablo 4).

Doğrulayıcı Faktör Analizi

Ölçeğin özgün formunun faktör yapısının Türk örnekleme doğrulanıp doğrulanmayacağını belirlemek üzere birinci ve ikinci düzey doğrulayıcı faktör analizi (DFA) yapılmıştır. DFA özellikle başka kültürlerde ve örneklemlerde geliştirilmiş ölçme araçlarının uyarlanmasında kullanılan bir geçerlilik belirleme yöntemidir. Sümer'e göre DFA kuramsal bir temelden destek alarak pek çok değişkenden oluşturulan faktörlerin gerçek verilerle ne derece uyum gösterdiğini değerlendirmeye yönelik bir analizdir.¹⁷ Bir başka anlatımla DFA, önceden belirlenmiş ya da kurgulanmış bir yapının toplanan verilerle ne derece doğrulandığını incelemeyi amaçlar. Açıklayıcı faktör analizinde belirli bir ön beklenti ya da denence olmaksızın faktör yükleri (ağırlıkları) temelinde verinin faktör yapısı belirlenirken, DFA ise belirli değişkenlerin bir kuram temelinde önceden belirlenmiş faktörler üzerinde ağırlıklı olarak yer alacağı şeklindeki bir öngörünün sınanmasına dayanır.

DFA'da çeşitli uyum indeksi sonuçlarına göre modelin teori ile uyumlu olup olmadığı kararı verilir. Bu uyum indeksleri χ^2 , χ^2/sd , GFI, AGFI, RMSEA, RMR, SRMR gibi isimler alır. Uyum indeksleri çok çeşitlidir fakat bu uyum indekslerinden hangilerinin standart kabul edileceği hakkında tam bir uzlaşma olmadığı bildirilmektedir. Bu çalışmada yapılan DFA için Ki kare uyum testi (Chi-Square Goodness), GFI (Goodness of Fit Index), RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation), CFI (Comparative Fit

Index), NFI (Normed Fit Index), RFI (Relative Fit Index), IFI (Incremental Fit Index) ve AGFI (Adjusted Goodness of Fit

Index) uyum indeksleri incelenmiştir. İncelenen uyum indeksleri ve normal değerleri Tablo 5'te görülmektedir.¹⁸⁻²⁰

Tablo 4. Ölçeğin faktör yapısı, öz değerleri ve açıkladıkları varyans değerleri

Faktör Grupları	Ölçek Maddeleri	Faktör Ağırlığı
Faktör 1	1. Sıcak basması yaşadığım zaman, etrafımdaki insanlar bana bakıyormuş gibi geliyor	.528
	7. Sıcak basması yaşadığım zaman utanıyorum	.773
	8. Sıcak basması yaşadığım zaman, nasıl görüldüğüm konusunda endişeleniyorum	.679
	9. Sıcak basmaları, kendimi itici hissetmeme neden oluyor.	.636
	10. Sıcak basması yaşadığım zaman, diğer insanlar benim beceriksiz olduğumu düşüneceklermiş gibi hissediyorum	.692
	13. Sıcak basması yaşadığım zaman, sanki insanlar benim bir sıkıntım olduğunu düşüneceklermiş gibi geliyor	.634
	14. Sıcak basması yaşadığımda yapılacak en iyi şey, sosyal ortamlardan uzak durmaktır	.448
	16. Diğer insanların sıcak basmalarıyla benden daha iyi baş edebildiklerini düşünüyorum	.522
	17. Sıcak basması yaşadığım zaman, başkalarının gözünde aptal gibi görüldüğümü düşünüyorum	.617
	20. Sıcak basması yaşadığımda, kendimi işe yaramaz hissediyorum	.596
Faktör 2	21. Sıcak basmaları, diğer insanların hakkımda ne düşündüğüne daha çok önem vermeme neden oluyor	.533
	23. Sıcak basması yaşadığım zaman, dikkatleri üzerime çektiğimi hissediyorum	.565
	3. Gece terlemesi yaşadığım zaman, uykuma geri dönemiyorum	.505
	6. İnsanların yanında sıcak basması yaşadığım zaman huzursuz oluyorum	.482
	12. Sıcak basmalarım nedeniyle kendimi boğulacakmış gibi hissediyorum	.615
	19. Sıcak basmaları nedeniyle kendimi kırgın (gücenmiş) hissediyorum.	.456
Faktör 3	24. Acaba bir sonraki sıcak basması ne zaman olacak diye endişeleniyorum	.621
	26. Sıcak basması yaşadığım zaman kendimi huzursuz hissediyorum	.697
	27. Sıcak basması yaşadığımda, bunlar ne zaman sona erecek diye düşünüyorum	.721
	2. Sıcak basmalarının verdiği fiziksel rahatsızlık ile başa çıkabilirim	.634
	4. Gece terlemesi nedeni ile uykum bölünse de ertesi gün normal hayatıma devam edebilirim	.735
	5. Sıcak basmalarının yaşamımı olumsuz etkilemesine izin vermem	.743
	11. Sıcak basması yaşadığım zaman, diğer insanların bu konuda ne düşündüğünü umursamam	.403
	15. Sıcak basması yaşadığım zaman, bunu görmezden gelebilirim	.518
	18. Sıcak basmalarım ile etkili bir şekilde baş edebilirim	.707
	22. Gece terlemesi yaşadığım zaman, ertesi gün işlerimi yapmak daha zor oluyor	.475
25. Gece terlemeleri, genel sağlığımı etkilemiyor	.558	
Faktörlerin Açıkladığı Varyansın		
	Yüzdesi	Öz Değeri
Faktör 1	30.76	8.30
Faktör 2	8.84	2.38
Faktör 3	6.41	1.73
Açıklanan Toplam Varyans % 46.014		

Yapılan DFA' da ölçeğin Türkçe formunun üç faktörlü modelinin uyum indeksleri incelenmiştir. Birinci Düzey

DFA'ya ilişkin veriler Şekil 1'de görüldüğü gibidir.

Şekil 1 incelendiğinde, 27 madde ve üç alt faktörden oluşan ölçeğin uyum indeksleri-

nin anlamlı olduğu görülmektedir ($X^2=674.47$, $sd=321$, $p=.00$, $X^2 /sd=2,10$).

Tablo 5. DFA’da kullanılan uyum iyiliği indeksleri ve normal değerleri

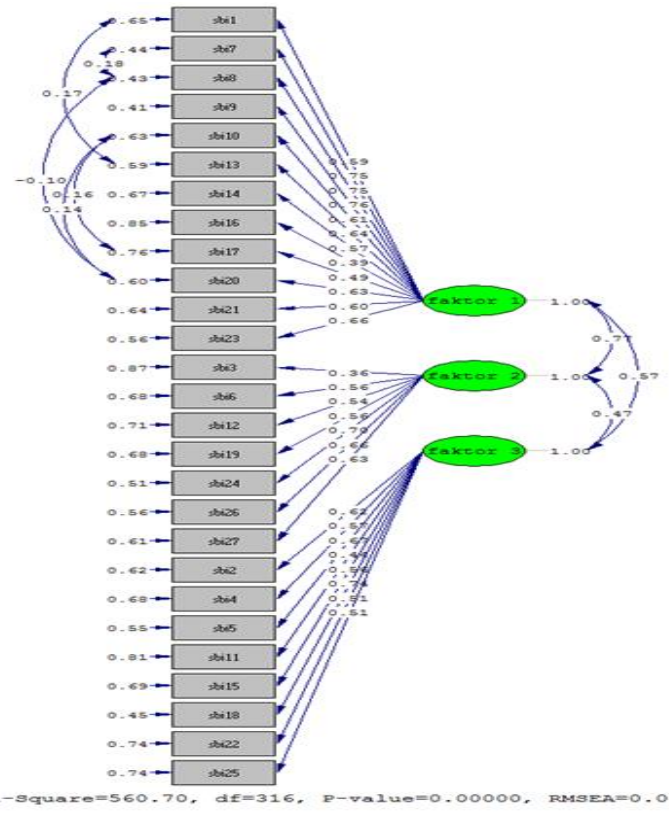
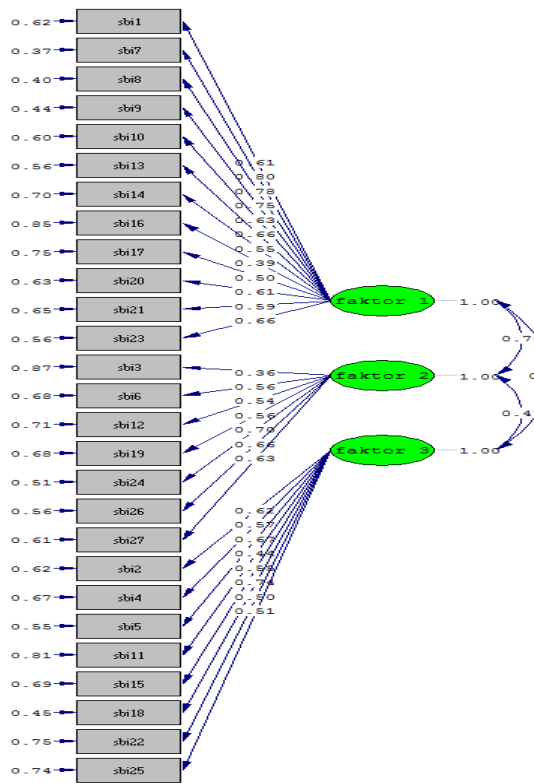
İndeks	Normal Değer	Kabul Edilebilir Değer
χ^2 “p” Değeri	$p>0.05$	-
χ^2/sd	≤ 2	≤ 5
RMSEA	<0.05	<0.08
NFI, CFI, RFI, IFI, GFI	≥ 0.95	≥ 0.90
AGFI	≥ 0.95	≥ 0.90

Uyum indeksi değerleri ise RMSEA=.067, RMR= .033, NFI=.90, CFI=.93, IFI=.95, RFI=.90, AGFI=.85, GFI=.88 olarak bulunmuştur. Birinci düzey DFA analizinde 7 ile 8, 1 ile 13, 10 ile 17, 8 ile 20 ve 10 ile 20 maddeleri arasında

modifikasyon önerileri doğrultusunda modifikasyon yapılmıştır. Modelin bu modifikasyonlardan sonra iyi uyum verdiği görülmüştür. Modelin son haline ilişkin bulgular Şekil 2’de verilmiştir.

Şekil 1. Sıcak Basması İnanç Ölçeği İle İlgili Birinci Düzey DFA Sonuçları

Şekil 2. Sıcak Basması İnanç Ölçeği İle İlgili Birinci Düzey Modifikasyon Sonrası DFA Sonuçları



Şekil 2 incelendiğinde, 27 madde ve üç alt faktörden oluşan ölçeğin uyum indekslerinin modifikasyon sonrasında anlamlı olduğu görülmüştür ($X^2=560,70$, $sd=316$, $p=.00$, $X^2/sd=1,77$). Uyum indeksi değerleri ise RMSEA=.056, RMR= .027, NFI=.92, CFI=.96, IFI=.97, RFI=.92, AGFI=.87, GFI=.90 olarak bulunmuştur. Standart çözümlerden sonra faktörler ve maddeler arasındaki t değerlerine bakılmıştır. Jöreskog ve Sörbom t değerleri ile ilgili kırmızı ok bulunmamasının tüm maddelerin 0.05 düzeyinde anlamlı olduğunu ifade etmektedir.²¹ Analizlerin sonucunda t değerlerine göre tüm maddelerin 0.05 düzeyinde anlamlı olduğu söylenebilir.

Sonuç

Orijinalinde 3 faktörlü yapı gösteren Sıcak Basması İnanç Ölçeği, Türk toplumunda yapılan geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında benzer şekilde 3 faktörlü yapı göstermiş ancak ölçekteki 1, 4, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 17, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27. maddeler orjinal ölçekte temsil ettikleri alt boyutlar içinde yer alırken, orjinal ölçekte faktöre 1'e ait olan 6. madde faktör 2

içinde, 11.madde faktör 3 içinde yer almıştır. Faktör 2'ye ait olan 2, 5, 15 ve 18. maddeler faktör 3 içinde, 16. madde faktör 1 içinde yer almıştır. Faktör 3' e ait olan 3.madde ise faktör 2 içinde yer almıştır. İlgili maddelerin faktörler arası yer değiştirmesi sonucu orijinal ölçeğin "*sosyal bağlamda kendisi hakkındaki inançları (Sosyal Algı)*" alt boyutu ismi aynı kalmış orijinal ölçeğin "*sıcak basması ile başa çıkma konusundaki inançları*" alt boyutu ile "*gece terlemesi ile başa çıkma konusundaki inançları*" alt boyutu birleşerek "*sıcak basması ve gece terlemesi ile başa çıkma konusundaki inançları (Başetme Algısı)*" adını almış ve ölçeğin üçüncü alt boyutunu oluşturmuştur. İkinci alt boyuta ise ilgili faktörde yer alan maddelerin anlamlarına uygun olarak "*psikolojik bağlamda kendisi hakkındaki inançları (Psikolojik algı)*" adı verilmiştir

Sonuç olarak SBIÖ'nin oldukça yüksek geçerlik ve güvenilirlik göstergelerine sahip bir ölçme aracı olduğu saptanmıştır. Klimakterik dönemdeki kadınların sıcak basması ve gece terlemesine ilişkin düşüncelerini ve inançlarını ölçmek amacıyla kullanılabilir.

Kaynaklar

1. Hotun Şahin N, Coşkun A. The menopausal age, related factors and climacteric, complaints in Turkish women. *Revista Referenc'a* 2007; 4: 91-99.
2. Ergöl Ş, Eroğlu K. Klimakterik dönemdeki kadınların sağlık bakımlarına ilişkin uygulama ve tutumları. *Sağlık ve Toplum Dergisi* 2001; 11: 49-57.
3. Işık G, Vural G. Menopoz polikliniğine başvuran ve hormon replasman tedavisi başlanan kadınların tedavilerine ilişkin bilgi ve görüşleri. *Hemşirelik Araştırma Dergisi* 2001; 1: 39-48.
4. Tortumluoğlu G, Pasinlioğlu T. Klimakterik yakınması olan kadınların alternatif tedavi yöntemlerini uygulama durumları. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2003; 6: 64-75.
5. Görgel E, Çakıroğlu FP. Menopoz Döneminde Kadın, birinci basım, Ankara, Ankara Üniversitesi Basım Evi, 2007.
6. Kişnişci HA, Gökşin E, Durukan T, Üstay K, Ayhan A, Gürkan T ve ark. *Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi*, birinci basım, Ankara, Güneş Kitabevi, 1996.
7. Hunter MS, Liao KLM. A psychological analysis of menopausal hot flushes. *Br J Clin Psychol* 1995; 34: 589-599.
8. Şeker H, Gençdoğan B. *Psikolojide ve Eğitimde Ölçme Aracı Geliştirme*, Ankara, Nobel Yayınevi, 2006.
9. Gözüm S, Aksayan S. *Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber I. ölçek*

- uyarlama aşamaları ve dil aşamaları. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Derg* 2002; 4: 9-20.
10. Yurdakul M, Eker A, Kaya D. Menopozal dönemdeki kadınların yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bil Derg* 2007; 21: 187-193.
 11. Rendall MJ, Simonds LM, Hunter MS. The Hot Flush Beliefs Scale: A tool for assessing thoughts and beliefs associated with the experience of menopausal hot flushes and night sweats. *Maturitas* 2008; 60: 158–169.
 12. Akgül A. Tıbbi Araştırmalarda İstatistiksel Analiz Teknikleri- SPSS Uygulamaları, Üçüncü baskı, Ankara, Ocak Yayınları, 2005.
 13. Burns N, Grove SK. *The Practice of Nursing Research. Conduct, Critique and Utilization.* fifth ed., Philadelphia, WB Saunders, 2004.
 14. Harrington D. *Confirmatory Factor Analysis.* Newyork, Oxford University Press, 2009.
 15. Ercan İ, Kan İ. Ölçeklerde güvenilirlik ve geçerlik. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2004; 30: 211-216.
 16. Büyüköztürk Ş. *Sosyal Bilimler için Veri Analizi El Kitabı.* Ankara, Pegem Akademi Yayıncılık, 2002.
 17. Sümer N. Yapısal eşitlik modelleri: Temel kavramlar ve örnek uygulama. *Türk Psikoloji Yazıları* 2000; 3: 49-73.
 18. Şimşek ÖF. *Yapısal Eşitlik Modellemesine Giriş; Temel İlkeler ve LISREL Uygulamaları.* Ankara, Ekinoks Yayınları, 2007.
 19. Meydan CH, Şeşen H. *Yapısal Eşitlik Modellemesi AMOS Uygulaması.* Ankara, Detay Yayıncılık, 2011.
 20. Bayram N. *Yapısal Eşitlik Modellemesine Giriş: AMOS Uygulamaları.* Bursa, Ezgi Kitabevi, 2010.
 21. Jöreskog KG, Sorbom D. *LISREL 8.54 reference guide.* Lincolnwood, IL: Scientific Software International, 1996.

Bebek Dostu Özel Bir Hastanede Doğum Yapan Annelerin, Emzirmeye İlişkin Bilgi Düzeylerinin ve Bebeklerini Emzirme Durumlarının Değerlendirilmesi*

The Evaluation of Knowledge and Practice About Breastfeeding of Mothers Who Delivering at a Private Baby Friendly Hospital

Gülten BOSTANCI,^a Sevil İNAL,^b

ÖZET Amaç: Bu çalışmanın amacı, araştırmanın yapıldığı bebek dostu özel bir hastanede doğum yapan annelerin, emzirmeye ilişkin bilgi düzeylerini ve bebeklerini emzirme durumlarını belirlemektir. **Gereç ve Yöntem:** Çalışmanın evrenini 1 Kasım 2011 ve 29 Şubat 2012 tarihleri arasında özel bir hastanede doğum yapan 383 anne, örneklemini ise 150 anne ve bebekleri oluşturdu. Veriler, annelerin demografik ve obstetrik özelliklerini, anne sütü ve emzirmeye ilişkin bilgi ve uygulamalarını değerlendiren 53 sorudan oluşan "Görüşme ve Gözlem Formu" ve emzirmeyi değerlendirmek amacı ile 1993 yılında, Deborah Jensen, Sheila Wallace tarafından Oregon'da geliştirilen "Emzirme Tanılama Ölçüm Aracı (LATCH)" kullanılarak elde edildi. Çalışmada istatistiksel analizler NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007 Statistical Software (Utah, USA) programı ile yapıldı ve verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel metotlar kullanıldı. Sonuçların anlamlılığı $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirildi. **Bulgular:** Araştırmaya katılan annelerin yaş ortalamalarının $29,12 \pm 4,35$ olduğu, %89,3'ünün lise ve üstü eğitim gördüğü, %46'sının çalıştığı, %57,3'ünün primipar olduğu, %82'sinin sezaryen doğum yaptığı belirlendi. Annelerin %88'inin doğumdan sonraki ilk bir saat içinde bebeklerini emzirdiği, %96,6'sının ilk verdikleri besinin anne sütü olduğu, ancak annelerin sadece %18'inin bebek her istediğinde ve %31,3'ünün bebek bırakıncaya kadar emzirdiği, %40,7'sinin yanlış tekniklerle memeyi tuttuğu (makaslama) görüldü. Annelerin %92'sinin sağılmış anne sütünün saklanabileceğini bildiği fakat %62,6'sının saklanma süresini bilmediği, %65,3'ünün emzik vermenin ve %45,3'ünün biberonla beslenmenin emzirmeyi olumsuz etkilediğini bilmediği belirlendi. Annelerin LATCH ölçek puan ortalamalarının $8,83 \pm 1,46$ olduğu, ölçek puanları ile eşin eğitim durumu ve bebeklerin doğum kilosu arasında istatistiksel düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu saptandı ($p=0,011$, $p=0,005$). **Sonuç:** Annelerin emzirmeye başlama oranları yüksek ve bebeklerini emzirme becerileri yeterli düzeydedir. Bu sonuçlar emzirmeyi başlatma konusunda etkin destek aldıklarını düşündürmektedir. Ancak annelerin emzirme başarısını etkileyebilecek bazı konularda (anne sütü saklama süresi, emzik ve biberon kullanımı, memenin tutuş pozisyonu vb.) bilgi düzeyleri yetersizdir. Bu nedenle taburculuktan sonraki süreçte emzirmede problem yaşama potansiyelleri yüksektir. Emzirmenin sorunsuz bir şekilde sürdürülebilmesi için, etkin emzirme danışmanlığının taburculuktan sonraki süreçte de sürdürülmesi önerilebilir.

Anahtar kelimeler: Anne Sütü, bebek dostu hastane, emzirme, emzirme becerisi, hemşirelik, özel hastane

ABSTRACT Purpose: Intension of this research is to determine level of breastfeeding knowledge and breastfeeding conditions of mothers which are breed in private baby friendly hospital. **Methods:** This research contains 383 mother which are breed in a private hospital maternity service and selected 150 mothers with their babies between the dates 01 November 2011 and 29 February 2012. Data were obtained by "Interview and Observation Form" which is consist 53 question about demographic and obstetric characteristics of mothers and evaluation for knowledge and practices related to breastfeeding and lactation & "Breastfeeding Diagnostic Measurement Tool (LATCH)" which has developed by Deborah Jensen, Sheila Wallace at Oregon in 1993 to evaluate breastfeeding. Statistical analysis completed by NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007 Statistical Software (Utah, USA) program. Descriptive statistical methods were used to evaluate the data. The significance of the results was evaluated at $p < 0,05$ level. **Results:** Observed that average of mothers' age was

Geliş Tarihi/Received:07.02.2015 /Kabul Tarihi/Accepted: 01.08.2015

^a Uzman Hemşire, Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 216 578 30 00

cesminaz40@hotmail.com

^b Doç. Dr., İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi/Ebelik Bölümü, 212 440 00 00 -inalsevil@gmail.com

*4. Ulusal Pediatri Hemşireliği Kongresi, 22-25 Mayıs 2013, Adıyaman'da sözel bildiri olarak sunulmuştur.

29,12±4,35, 89,3% of mothers were have higher education graduates, 46% of mothers were working, 57,3% of mothers were primipara, 82% of mothers were breed C-section. 88% of mothers were completed breastfeeding in first one hour, 96,6% of mothers' first food that served first was breast milk but despite this 18% of mothers had breastfeed only each baby wants and 31,3% of mothers had breastfeed until baby stop breastfeeding, 40,7% of mothers hold breast by wrong technique (shearing style). 92% of mothers had knowledge about storage of milked breastfeed but 62,6% of mothers had no knowledge about storage of milked breastfeed, 65,3% of the mothers had no knowledge to serve pacifier and 45,3% of mothers had no knowledge that adverse to the affected by give to use feeding bottle. Mothers' LATCH point average which is indicating the competence of breastfeeding was detected 8,83±1,46, there was statistically relation between scale scores with spouse's education level and babies' birth weight in positive direction (p=0,011, p=0,005). **Conclusion:** Percentage of mothers' who starting to breastfeeding; looks high, ability of breastfeeding's enough. These results set thinking that getting effective support about to get starting breastfeeding. But standart of knowledge is defficient for some issues (breastmilk storage time, indication of less saturation, pacifier and feeding bottle utilization efficacy to breastfeeding.) about breastfeeding success. Therefore, potential of haviwng problems about breastfeeding is seems high in after dicharging period because of this reason.

Key words: Ability of breastfeeding, breast milk, baby friendly hospital, breastfeeding, nursing, private hospital

Giriş

Anne sütü, bebeğin yeterli ve dengeli beslenmesi ve sağlıklı büyümesinde temel koşuldur.¹⁴ Emzirme ise, bebeklerin sağlıklı büyüme ve gelişmesi için en uygun, eşi bulunmaz bir beslenme yöntemidir ve anne ile bebeğin sağlığı üzerinde çok özel biyolojik ve duygusal etkilere sahiptir.^{7,8}

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF: United Nations International Children's Emergency Fund) her bebeğin ilk altı ay boyunca sadece anne sütü almasını, altıncı ayda uygun şekilde tamamlayıcı beslenmeye geçilmesini ve anne sütüne iki yaşına kadar devam edilmesini önermektedir.¹⁰

Türkiye'de emzirme çok yaygındır. Çocukların tamamına yakını (%96) belirli sürelerle emzirilmişlerdir. Ancak emzirmeye başlama zamanı ve anne sütü ile besleme alışkanlığı arzu edilen seviyede değildir. Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması (TNSA) 2013'den elde edilen bilgiler, ülkemizde anne sütü ile beslemeye başlamanın oldukça geç olduğunu göstermektedir. Emzirilen bebeklerin sadece %50'si doğumdan sonraki ilk bir saat içinde emzirilmeye başlanmıştır; %30'u ise doğumdan sonraki ilk 24 saatte hiç emzirilmemiş, %26'sına anne sütünden önce başka gıdalar verilmiştir.²⁸

Türkiye'de ilk 6 aydan önce bebeklere anne sütü dışında besinler vermek oldukça yaygın bir yanlış uygulamadır.

TNSA 2008 verilerine göre altı aydan küçük bebeklerin %40,9'u sadece anne sütü ile beslenmektedir.²⁷ TNSA 2013 verilerinde ise bu oran %30,1'e düşmüştür. Bebeklerin yaklaşık %35'ine doğumdan sonraki iki ay içerisinde ek gıda başlanmıştır.²⁸

Anne sütüyle beslenemeyen 0-1 yaş bebeklerde büyüme ve gelişmede gerilik, ileri ki dönemde sağlık ve beslenme sorunları ortaya çıkmaktadır.¹⁷ DSÖ raporlarına göre, gelişmekte olan ülkelerde bebek ölümlerine neden olan hastalıkların başında ishal, pnömoni ve bronşit gibi enfeksiyon hastalıklarının geldiği, bu enfeksiyonları önlemenin en kolay yollarından birinin anne sütü ile beslenme olduğu belirtilmektedir.¹⁰

Annelerin anne sütüne ve emzirmeye yönelik bilgi düzeylerinin yetersiz olması, ilerleyen aylarda anne sütüyle beslenen bebek sayısını önemli ölçüde azaltmaktadır. Bu nedenle hastanelerde olan doğumlarda doğumdan hemen sonra emzirmenin başlatılması, annelerin bu yönde desteklenmesi ve doğru emzirme alışkanlıkları kazandırılarak taburcu edilmeleri çok önemlidir.

Bebeğin anne sütü ile beslenmesini sağlamak, emzirme sıklığı ve süresini arttırmak ve anneleri desteklemek amacıyla 1991 yılında DSÖ ve UNICEF "Anne Sütünün Teşviki ve Bebek Dostu Hastaneler Programını" başlatmıştır. Doğum hizmeti veren hastanelerden; gebeliklerinden itibaren anne adaylarını anne sütü ve emzirme konusunda bilgilendiren, doğumdan hemen

sonra annelerin bebeklerini emzirmesini sağlayan, güncel bilgilerle eğitilmiş sağlık personeli ile annelere bebeklerini nasıl emzirecekleri konusunda yardımcı olan hastaneler “Bebek Dostu Hastane (BDH)” unvanını almaktadır. Bugün ülkemizde 78 ilde bebek dostu hastane bulunmaktadır. Ülke genelinde 784 hastane “Bebek Dostu Hastane” ünvanı almıştır.³³

Türkiye’de çok sayıda özel hastane bulunmaktadır ve doğumların %40’ı özel hastanelerde gerçekleşmektedir.³⁴ Ancak özel hastanede doğum yapan annelerin emzirme durumlarını ortaya koyan kapsamlı bir çalışma bulunmamaktadır. Bu yaklaşım doğrultusunda bu çalışmanın amacı; araştırmanın yapıldığı bebek dostu özel bir hastanede doğum yapan annelerin, emzirmeye ilişkin bilgi düzeylerini ve bebeklerini emzirme durumlarını belirlemektir.

Gereç ve Yöntem

Araştırma, tanımlayıcı olarak gerçekleştirildi. Araştırmaya başlamadan önce araştırmanın yapılacağı kurumdan yazılı izin ve etik kurul onayı alındı. Ayrıca annelere araştırmanın amacı ve veri toplama araçları ile ilgili açıklama yapıldı ve yazılı onam alındı. Araştırmanın yapıldığı 1 Kasım 2011-29 Şubat 2012 tarihleri arasında araştırmanın yapıldığı özel hastanede doğum yapan 383 anne ve bebekleri araştırmanın evrenini oluşturdu. Bu evren sayısı doğrultusunda örneklem büyüklüğünü belirlemek için hedef kitledeki birey sayısının bilindiği evrende örneklem hesabına göre, %95 güven aralığında $\pm 0,05$ örneklem hatası ile temsil edecek örneklem sayısı 150 olarak belirlendi. Araştırmaya katılmayı kabul eden ve örneklem seçim kriterlerine uyan 150 anne örneklem grubunu oluşturdu. Araştırma verilerinin elde edilmesinde; annelerin anne

Bulgular

Araştırmaya katılan annelerin demografik ve obstetrik özellikleri incelendiğinde; yaş ortalamalarının $29,12 \pm 4,35$ olduğu, %43,3’ünün 26-30 yaş aralığında olduğu, %89,3’ünün lise ve üstü eğitime

sütü ve emzirmeye ilişkin bilgi ve uygulamalarını belirlemek amacıyla araştırmacılar tarafından literatürden yararlanılarak geliştirilen^{5,9,16,19,26} “Görüşme ve Gözlem Formu” ve emzirmeyi değerlendirmede ise “Emzirme Tanılama Ölçüm Aracı (LATCH)” kullanıldı.

Çalışmada istatistiksel analizler NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007 Statistical Software (Utah, USA) programı ile yapıldı ve verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel metotlar kullanıldı. Sonuçların anlamlılığı $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirildi.

Değerlendirme Araçları:

Görüşme ve Gözlem Formu: Görüşme ve gözlem formu; annelerin demografik ve obstetrik özelliklerini, anne sütü ve emzirmeye ilişkin bilgi ve uygulamalarını değerlendiren 53 sorudan oluşmaktaydı. Görüşme ve gözlem formu araştırmacı tarafından annelerle yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulandı. Uygulama yaklaşık 20 dk sürdü.

Emzirme Tanılama Ölçüm Aracı (LATCH): Emzirmeyi değerlendirmek amacı ile kullanılan LATCH ölçüm aracı 1993 yılında, Deborah Jensen, Sheila Wallace tarafından Oregon’da geliştirilmiştir. Her maddesi 0-2 puan arasında değerlendirilen 5 kriterden oluşmaktadır. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 10 ve en düşük puan 0’dır. LATCH Emzirme Tanılama Ölçüm Aracının, Türkiye’de geçerlik güvenilirliği, Yenal ve Okumuş (2003) tarafından yapılmış ve Türk toplumu için geçerli ve güvenilir olduğu belirlenmiştir.³⁰ LATCH ölçeğin geçerlik güvenilirlik katsayısı cronbach alfa 0,82’dir. LATCH, anneler taburcu olmadan önce bir kez bebeklerini emzirirken gözlenerek değerlendirilmiştir.

sahip olduğu, %46’sının çalıştığı ve annelerin eşlerinin %90,7’sinin lise ve üstü eğitime sahip olduğu belirlendi. Araştırmaya katılan annelerin; %57,3’ünün tek çocuk sahibi olduğu %96’sının bu bebeğini

planlayarak doğurduğu ve %82'sinin sezaryen doğum yaptığı belirlendi (Tablo 1). Annelerin emzirmeye ilişkin uygulamaları incelendiğinde; %88'inin doğumdan sonraki ilk bir saat içinde bebeklerini emzirdikleri, %96,6'sının ilk verdikleri besinin anne sütü olduğu, sadece %18'inin bebek her istediğinde ve %31,3'ünün bebek

bırakıncaya kadar emzirdiği belirlendi. Annelerin emzirirken memeyi tutuş pozisyonu incelendiğinde; %59,3'ünün başparmak üstten diğer dört parmak alttan tutarak (C pozisyonu) doğru pozisyonda emzirdiği, %40,7'sinin ise yanlış teknikte tuttuğu (makaslama-orta ve işaret parmağı arasında sıkıştırma) görüldü (Tablo 2).

Tablo 1: Demografik ve obstetrik özellikler (N=150)

Demografik ve obstetrik özellikler	n	%	
Yaş (Ort±SS: 29,12±4,35 min:19 max:41)	≤25 Yaş	32	21,3
	26-30 Yaş	65	43,3
	31-35 Yaş	40	26,7
	≥36 Yaş	13	8,7
Eğitim durumu	16	10,7	
Çalışma durumu	İlköğretim	134	89,3
	Lise ve üstü	69	46
	Hayır	81	54
Eşin eğitim durumu	İlköğretim	14	9,3
	Lise ve üstü	136	90,7
Toplam çocuk sayısı	Tek çocuk	86	57,3
	2 çocuk	51	34,0
	≥3 Çocuk	13	8,7
Planlı gebelik	Evet	144	96
	Hayır	6	4
Doğum şekli	Normal	27	18
	Sezaryen	123	82
Toplam	150	100	

Araştırmaya katılan annelerin anne sütü ve emzirmeye yönelik bilgileri incelendiğinde; %95,3'ünün ilk sütün bebeğe verilmesi gerektiğini bildiği, %75,4'ünün anne sütünün bebek için yararlarını bildiği, %90'ının bebeğe sadece anne sütü verilme süresini 6 ay olarak bildiği, %73,3'ünün toplam edilen durumları bildiği (bebek ishal olduğunda emzirilebileceğini (bebeğin çok ağlamasının doymadığını düşündürdüğünü belirtti) belirlendi. Araştırmaya katılan annelerin %75,3'ünün etkin emzirme göstergelerini bildiği (meme ucunun tamamının ve kahverengi kısmın

Tablo 2: Annelerin emzirmeye ilişkin uygulamaları (N=150)

Uygulamalar	n	%	
İlk emzirme zamanı	Doğru	132	88
	Yanlış	18	12
İlk verilen besinin doğruluğu	Doğru	145	96,6
	Yanlış	5	3,4
Emzirme sıklığı	Doğru	27	18
	Yanlış	123	82
Emzirme süresi	Doğru	47	31,3
	Yanlış	103	68,7
Bebeği emzirirken memeyi tutma pozisyonu	Doğru	89	59,3
	Yanlış	61	40,7
Toplam	150	100	

emzirme süresini 2 yaş olarak ifade ettiği ve %95,3'ünün ek gıdalara başlama zamanını 6 ay olarak bildiği saptandı. Annelerin %92'sinin sağlıklı anne sütünün saklanabileceğini bildiği fakat %62,6'sının saklanma süresini bilmediği belirlendi. Annelerin %85,3'ünün emzirmeye devam belirtti, %71,3'ünün bebeğin doymadığını düşündüren bulguları bilmediği büyük bir bölümünün bebeğin ağzında olması gerektiğini belirtti) belirlendi. Annelerin %65,3'ünün emzik vermenin ve %45,3'ünün de biberonla beslenmenin

emzirmeyi olumsuz etkilediğini bilmediği belirlendi (Tablo 3).

Araştırmaya katılan annelerin LATCH puan ortalamalarının $8,83 \pm 1,46$ (min: 5, max: 10) olduğu görüldü (Tablo 4).

Annelerin LATCH puanları ile LATCH puanını etkileyebilecek bazı değişkenler karşılaştırıldığında; LATCH puanları ile anne yaşı, eğitim düzeyi,

toplam çocuk sayısı, doğumda anestezi alma durumu, gebeliğin planlı olma durumu, doğum şekli ve bebeğin gestasyon haftası arasında istatistiksel düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmazken ($p > 0,05$), eşin eğitim durumu ve bebeğin doğum kilosu arasında istatistiksel düzeyde anlamlı ilişki olduğu görüldü ($p = 0,011$, $p = 0,005$) (Tablo 5).

Tablo 3: Annelerin emzirmeye ilişkin bilgileri (N=150)

Bilgiler		n	%
İlk sütün bebeğe verilmesi gerektiğini bilme	Biliyor	143	95,3
	Bilmiyor	7	4,7
Anne sütünün bebek için yararlarını bilme	Biliyor	113	75,4
	Bilmiyor	37	24,6
Sadece anne sütü verme süresini bilme	Biliyor	135	90
	Bilmiyor	15	10
Toplam emzirme süresini bilme	Biliyor	110	73,3
	Bilmiyor	40	26,7
Ek gıdaya başlama zamanını bilme	Biliyor	143	95,3
	Bilmiyor	7	4,7
Anne sütünün saklanabildiğini bilme	Biliyor	138	92
	Bilmiyor	12	8
Anne sütünün saklanma süresini bilme	Biliyor	56	37,4
	Bilmiyor	94	62,6
Emzirmeye devam edilebilen durumları bilme	Biliyor	128	85,3
	Bilmiyor	22	14,7
Bebeğin doymadığını düşündüren bulguları bilme	Biliyor	43	28,7
	Bilmiyor	107	71,3
Etkin emzirme göstergelerini bilme	Biliyor	113	75,3
	Bilmiyor	37	24,7
Emzik vermenin emzirmeyi olumsuz etkilediğini bilme	Biliyor	52	34,7
	Bilmiyor	98	65,3
Biberonla beslenmenin emzirmeyi olumsuz etkilediğini bilme	Biliyor	82	54,7
	Bilmiyor	68	45,3
Toplam		150	100

Tablo 4: Annelerin LATCH puanları (N=150)

LATCH puanları	min	max	Ort±SS
L (Latch on breast) Memeyi Kavrama	1	2	1,73±0,44
A (Audible swallowing) Yutkunma Sesinin Duyulması	0	2	1,74±0,46
T (Type of nipple) Meme Başının Tipi (Emzirmeden sonra)	0	2	1,75±0,45
C (Comfort of breast/nipple) Meme/ Meme Başı Rahatlığı	1	2	1,97±0,18
H (Hold/Help) Emme Pozisyonuna Yerleştirme	0	2	1,65±0,49
LATCH	5	10	8,83±1,46

Tablo 5: Annelerin LATCH puanları ile bazı değişkenlerin karşılaştırılması (N=150)

Değişkenler		LATCH	F p
Anne yaş grubu	≤25 Yaş	8,31±1,65	
	26-30 Yaş	8,89±1,46	2,32
	31-35 Yaş	8,95±1,34	0,078
	≥36 Yaş	9,46±1,13	
Anne eğitim düzeyi	İlköğretim	8,43±1,6	
	Lise	8,58±1,57	1,7
	Üniversite	9,05±1,36	0,170
	Yükseklisans/Doktora	9,29±1,11	
Eşin eğitim düzeyi	İlköğretim	8,63±1,41	
	Lise	8,48±1,56	4,66
	Yükseköğretim	9,22±1,3	0,011
Toplam çocuk sayısı	1 Çocuk	8,85±1,51	
	2 Çocuk	8,84±1,45	0,52
	≥3 Çocuk	8,83±1,34	0,670
Doğumda anestezi	Genel anestezi	8,87±1,52	
	Spinal/Epidural anestezi	9,13±1,13	0,55
	Yöntem yok	8,59±1,31	0,576
Planlı gebelik	Evet	8,85±1,47	-0,85
	Hayır	8,33±1,37	0,396
Doğum şekli	Normal	8,59±1,36	-0,95
	Sezaryen	8,88±1,48	0,348
Bebeğin gestasyon haftası	38-42 hafta	38,75±082	0,099
			0,229
Bebeğin doğum kilosu	2500-4000 gr	3328,66±307,32	0,229
			0,005

“Tek yönlü varyans analizi, Bağımsız gruplarda t testi, Pearson korelasyon testi”

Tartışma

Araştırma grubundaki annelerin yaş ortalaması 29,12±4,35 ve %43,3'ü 26-30 yaş aralığındadır. Bu sonuçlar TNSA 2013'te belirtilen en yüksek yaşa özel doğurganlık hızının 25-29 yaş grubuna ait olduğunu gösteren verilerle uyumludur.²⁸

Araştırma grubunu oluşturan annelerin %89,3'ünün ve eşlerinin %90,7'sinin lise ve üstü eğitim düzeyinin Türkiye ortalamasından yüksek olduğu (TNSA 2013 kadınlarda %21; erkeklerde %29) ve çalışan kadın oranının da TNSA 2013'teki %31 çalışan kadın oranından oldukça yüksek olduğu (%46) görülmektedir (Tablo 1).

Ayrıca annelerin çoğunun (%57,3) tek çocuk sahibi olduğu görülmektedir (Tablo 1). TNSA 2013'te, eğitim düzeyi

arttıkça doğurganlık hızının azaldığı bildirilmektedir. Doğurganlık hızı lise üstü eğitime sahip kadınlarda 1,6 iken, eğitimi olmayan ve ilkokul mezunu olan kadınlarda 3,7 şeklindedir.²⁸ Bu veriler TNSA 2013 sonuçlarına benzer şekilde eğitim düzeyi yüksek anne ve babaların az sayıda çocuk sahibi olma eğiliminde olduğu şeklinde yorumlanabilir.

Araştırma grubundaki annelerin %96'sının bebeğini planlayarak doğurduğu belirlendi. TNSA 2013 sonuçları, Türkiye'de gebeliklerin %13'ünün istenmeyen gebelikler olduğunu göstermektedir.²⁸ Çalışmada, istenmeyen gebelik oranının Türkiye ortalamasının çok altında olduğu görülmektedir. Literatürde gebeliğin planlanarak gerçekleştirilmesinin annelik rolüne ilk adım olduğu ve anne-

bebek bağlanmasının gelişimini olumlu yönde etkilediği vurgulanmaktadır.^{4,6} Araştırmaya katılan annelerin çoğunluğunun gebeliğinin planlı olması, eğitim düzeylerinin yüksek olması ile ilişkili olabilir ve bu durumun emzirme davranışını olumlu etkileyeceği söylenebilir.

Annelerin doğum şekli incelendiğinde; %82'sinin sezaryen doğum yaptığı görülmektedir (Tablo 1). TNSA 2013 sonuçları; Türkiye'de sezaryen doğum oranının %48 olduğunu göstermektedir.²⁸ Sezaryen doğum oranları hastanelere göre karşılaştırıldığında %39'unun devlet, %63'ünün üniversite ve %81'inin özel hastanelerde gerçekleştiği görülmektedir. Görüldüğü gibi en fazla sezaryen doğumları özel hastanelerde olmaktadır. Bazı özel hastanelerde sezaryen doğum oranının %100'e ulaştığı bildirilmektedir.³² Araştırma sonuçlarına göre sezaryen doğum oranlarının fazla olması Türkiye'deki diğer özel hastanelerde olduğu gibi araştırmanın yapıldığı hastanede de sezaryen doğum eğiliminin fazla olduğu söylenebilir. Bu sonuçlar doğum yönteminde endikasyondan çok aile tercihinin dikkate alındığı şeklinde yorumlanabilir.

Annelerin emzirmeye ilişkin uygulamaları incelendiğinde; %88'inin ilk bir saat içinde emzirdiği görülmektedir (Tablo 2). İlk bir saat içinde emzirme durumu, gelişmiş ülkelerde %60 ile %80 arasında değişmekle birlikte, gelişmekte olan ülkelerde %39, Orta Asya ve Kuzey Afrika'da %31'dir, en düşük oran %27 ile Güney Asya'da görülmüştür.²¹ Ülkemizde Görgeç ve ark. (2007) yaptıkları çalışmada, annelerin %50,9'unun, Özer ve ark. (2010) ise %68,3'ünün bebeklerini ilk bir saat içinde emzirdiğini bulmuşlardır.^{17,20} TNSA 2013 verilerinde ise Türkiye'de bebeklerin %50'sinin ilk 1 saat içindeki emzirildiği bildirilmektedir.²⁸ Araştırma sonuçları, hem TNSA 2013 sonuçlarından hem de Görgeç ve Özer'in çalışma sonuçlarından daha yüksektir ve gelişmiş ülke sonuçları ile benzerlik göstermektedir.

Aktif faz olarak tanımlanan doğum sonrası ilk 1 saatlik dönem emzirmeye

başlamak için en uygun zamandır. Araştırmalar ilk 1 saatte emzirmeye başlanmasının emzirme başarısını ve toplam emzirme süresini olumlu etkilediğini göstermektedir.^{22,30} Araştırma grubunu oluşturan annelerin ilk 1 saatte emzirmeye başlama oranlarının yüksek olması, emzirme başarısının ve toplam emzirme sürelerinin yüksek olma potansiyelinin fazla olduğunu düşündürdü. Bu sonuçlar hastanenin bebek dostu hastane olması nedeniyle etkin emzirme danışmanlığı hizmeti verilmesinin yanı sıra araştırma grubunu oluşturan annelerin eğitim düzeyinin yüksek olmasıyla ilişkili olabilir.

Araştırmada annelerin tamamına yakınının (%96,6) bebeğine ilk olarak anne sütü verdiği belirlenmiştir. ABD'de bebeklerin %75'ine ilk olarak anne sütü verildiği bildirilmektedir.¹⁵ Ülkemizde ise TNSA 2013'e göre; Türkiye'deki bebeklerin sadece %74'üne ilk olarak anne sütü verildiği bildirilmektedir.²⁸ Akyüz ve ark.'nın (2007) çalışmasında bu oran; %79,2, Duran'ın (2008) çalışmasında ise %95,7 bulunmuştur.^{2,11} Araştırma sonuçları Duran'ın çalışmasına benzer şekilde ilk gıda olarak anne sütü verilmesi Türkiye verilerinden daha yüksektir. Bu sonuçlar da hastanede verilen emzirme danışmanlığının etkili olduğu düşüncesini güçlendirmektedir. Türkiye sonuçlarının daha düşük olması bölgeler ve kıır-kent arası farkın yüksek olması ile ilişkili olabilir.

Annelerin bebeklerini emzirme sıklıkları incelendiğinde; sadece %18'inin bebeğini her istediğinde emzirdiği görüldü. Eker ve Yurdakul (2006) çalışmasında annelerin %65,2'si, Tatar ve Günay (2009) çalışmasında %88,6'sı, Dinçtürk (2006) çalışmasında %85'i bebeklerini her istediğinde emzirdiğini belirtmişlerdir.^{9,12,25} Beslenme sıklığı bebekten bebeğe farklılık gösterir. Bebek her istediğinde emzirilmelidir. İlk haftalarda emzirme aralıkları bir saat, iki saat gibi çok kısa olabilir. Her emzirme sonrası memede yapılan süt miktarı biraz daha artacağından, zamanla beslenme aralıkları uzayacaktır.³ Araştırmada elde edilen sonuçların diğer araştırma

sonuçlarından farklı olduğu, annelerin daha çok saatli beslenme eğiliminde olduğu görüldü. Bu sonuçlar annelere bebeğini her istediğinde emzirin uyarısının yanı sıra, ilk günlerde 2 saati aşmayacak şekilde emzirin şeklindeki uyarısının 2 saat aralarla emzirin şeklinde algılanma eğiliminin fazla olduğunu düşündürdü.

Emzirmeye zaman sınırı koymaya gerek yoktur. Gün içinde emzirme süreleri değişken olabilmektedir.³ Annelerin bebeklerini emzirme süreleri incelendiğinde; sadece %31,3'ünün kendiliğinden bırakıncaya kadar bebeğini emzirdiği görüldü. Annelerin emzirme süreleri ve aralıklarının bebeğe bırakılması konusunda bilgilendirilmesi gerektiği düşünüldü.

Araştırmaya grubunu oluşturan annelerin %59,3'ünün C tekniği olarak tanımlanan başparmak üstte diğer dört parmak altta olacak şekilde doğru teknikte bebeğini emzirdiği görülürken, %40,7'sinin memeyi doğru teknikte tutmadığı, makaslama hareketi olarak tanımlanan meme başını baş ve işaret parmak arasında sıkıştırarak emzirme tekniğinin oldukça yaygın olarak kullanıldığı belirlendi (Tablo 2). Literatürde bu tutuş tekniğinin süt kanalları baskıladığı için süt akışını engelleme riski olduğu bildirilmekte ve doğru tutuş tekniği olarak C tekniğinin kullanılması önerilmektedir.¹³ Bu sonuçlar özellikle emzirmeyi olumsuz etkileyebilecek geleneksel yöntemlerin belirlenmesi ve annelerin bu konuda bilinçlendirilmesinin gerektiğini düşündürdü.

Annelerin emzirmeyle ilgili bilgileri incelendiğinde; annelerin %95,3'ünün doğumdan hemen sonra salgılanan ilk süt (kolostrum) bebeğe verilmesi gerektiğini bildiği belirlendi. Görgen ve ark. (2007) 0-12 aylık bebeklerin annelerinin anne sütü ile ilgili bilgi düzeylerini değerlendirdikleri çalışmada; annelerin %77,3'ünün kolostrum hakkında bilgi sahibi olduğunu ve bebeğine verdiğini belirlemiştir.¹⁷ Bu araştırmadan elde edilen sonuçlar diğer araştırmaların sonuçlarına benzer şekilde olup, annelerin büyük çoğunluğunun kolostrumun bebeğe verilmesi gerektiğini bildiğini göstermektedir.

Annelerin anne sütünün bebeğe yararlarını bilme durumu incelendiğinde; annelerin anne sütünün en bilinen yararlarını bilme oranlarının %75,4 olduğu ve %24,6'sının "bilmiyorum" şeklinde yanıt verdiği belirlendi. Elde edilen veriler annelerin anne sütünün yararları konusunda bazı bilgilere sahip olsa da bu bilgilerin istenilen düzeyde olmadığını göstermektedir.

DSÖ bebeklerin ilk altı ay sadece anne sütü ile emzirilmesini ve ek gıdalarla birlikte emzirmenin iki yaşına kadar sürdürülmesini önermektedir.¹⁰ Araştırmaya katılan annelerin büyük çoğunluğu (%90) bebeğin sadece anne sütü alma süresini doğru bilmiş olsa da, yaklaşık ¼'ü toplam emzirme süresini doğru olarak bilememiştir. Bu sonuçlar toplam emzirme süresini bilmeyen annelerin emzirmeyi önerilenden daha erken bırakma eğiliminde olduklarını düşündürdü. Eğitimler sırasında sadece anne sütü verme süresinin yanı sıra toplam emzirme süresinin daha iyi vurgulanması gerektiği sonucuna varıldı. Türkiye'de tüm çocuklar için ortanca emzirme süresi 16 aydır.²⁸ Bebeklerin 18 aydan daha uzun emzirilmesi gerektiğini düşünenlerin oranı ABD'de yalnızca %9, İngiltere'de %5 ve Almanya'da %4 olarak görülmüştür.²¹ Bu sonuçların DSÖ'nün önerdiği 24 ayın çok altında olduğu görülmektedir.

En son TNSA verilerine göre; Türkiye'de ilk 6 ayda sadece anne sütü ile beslenme %30'a kadar düşmüştür.²⁸ Annelerin bebeklerine 6 aydan önce ek gıda ve mama başlamalarında genellikle bebeğin doymadığı düşüncesi etkili olmaktadır. Araştırmadaki annelerin %95,3'ü ek gıdaya başlama zamanını doğru bilse de, pek çok nedenle olabilecek bebeğin ağlama durumunu, bebeğin aç olduğu şeklinde yorumlama eğiliminin fazla olduğu (%71,3) görülmektedir. Dinçtürk (2006) bir ve birden fazla çocuğu olan annelerin anne sütü ve emzirme konusundaki bilgi düzeylerini araştırdığı çalışmada, annelerin yaklaşık %85'inin bebeklerinin ağlamasını açlık belirtisi olarak yorumladığını belirlemiştir.⁹ Elde edilen veriler Dinçtürk'ün çalışmasına benzer şekilde, annelerin bebeğin

ağlamasını aç olduğu şeklinde yorumlama eğilimlerinin fazla olduğu ve taburcu olduktan sonra bebeklerine ağlama nedeniyle mama başlama potansiyellerinin yüksek olduğu düşünüldü.

Araştırma grubundaki annelerin büyük çoğunluğunun (%92) sütün sağılıp saklanabileceğini bildiği fakat %62,6'sının saklanma süresini bilmediği belirlendi. Dinçtürk (2006) çalışmasında annelerin yaklaşık %42'sinin anne sütünü saklanabileceğini bildiğini belirlemiştir.⁹ Elde edilen sonuçlar Dintürk'ün çalışmasındaki annelerden belirgin şekilde yüksektir. Bu sonuçlar Dinçtürk'ün çalışmasını yaptığı yıllara göre annelerin sütün saklanabileceği konusunda bilinçlendiğini düşündürdü.

Araştırmaya katılan annelerin çoğunluğu (%85,3) bebek ishal olduğunda emzirmeye devam edileceğini bilmıştır. Tatar ve Günay (2009) çalışmasında da annelerin %73,1'i bebek ishal olduğunda emzirmeye devam edilmesi gerektiğini belirtmiştir.²⁵ İshalin en ciddi sonucu olan sıvı kaybı çocuk ölümlerinin en önemli sebeplerinden biridir.²³ Annelerin büyük çoğunluğunun ishalin emzirmeye engel olmadığını bilmesi sevindiricidir.

Araştırmaya katılan annelerin büyük çoğunluğu (%75,3) emzirme sırasında meme ucunun tamamının ve kahverengi kısmın büyük bir bölümünün bebeğin ağzında olması gerektiğini bilmıştır. Eskibozkurt (2008) çalışmasında bu oran %37 bulunmuştur.¹⁶ Annelerin doğru emme tekniğini bilmeleri bu konuda etkin bilgilendirildiklerini düşündürdü.

Annelerin %65,3'ünün bebeğe emzik vermenin, %45,3'ünün biberon kullanımının emzirmeyi olumsuz etkileyeceğini bilmediği görülmektedir (Tablo 3). Emzik kullanımının emzirmeye olumsuz etkisi olduğu araştırmalarla da ortaya konulmuştur.^{1,18,24} Anne sütü alan bebeklere emzik verilmesi, anne memesi ve emziği emme biçimi farklı olduğu için bebeklerde "meme şaşkınlığı"na neden olabilmekte ve emzirmeyi olumsuz etkileyebilmektedir. Biberon kullanımı emzik kullanımına benzer şekilde emzirmeyi

olumsuz etkilemektedir. Bunun yanı sıra biberon temizliğinin yeterli yapılmaması enfeksiyon riskini arttırmaktadır.¹⁹ Türkiye'de bebek ve çocukların biberonla beslenmesi yaygın bir uygulamadır. 6 aylıktan küçük bebeklerin %40'ı biberonla beslenmekte, 8-9 aylık bebeklerde bu oran %64'e yükselmektedir.²⁷ Ünsal ve ark. (2005) çalışmasında annelerin %63,5'inin anne sütü verdikleri dönemde emzik veya biberon kullandıkları ve bu annelerin bebeklerinin ilk altı ay sadece anne sütü ile beslenme yüzdelerinin anlamlı derecede düşük olduğunu bulmuştur.²⁹ Yıldız ve ark. (2008) çalışmasında da biberonla beslenmeyen bebeklerde, beslenenlere göre emzirmenin daha fazla sürdüğü sonucuna varmıştır. Araştırma sonuçları doğrultusunda annelerin emzirmede sorun yaşamamaları için, emzik ve biberon kullanımı konusunda daha etkin bilgilendirilmesi gerektiği söylenebilir.³¹

Araştırmaya katılan annelerin LATCH puan ortalamalarının oldukça yüksek olduğu görülmektedir (8,83±1,46/min:5, max:10) (Tablo 4). Çalışmaya katılan annelerin LATCH puanlarının yüksek olması, çalışmanın yapıldığı hastanenin bebek dostu olmasının yanı sıra başarılı emzirme tekniği konusunda annelere verilen destekle ilişkili olabilir.

Annelerin LATCH puan ortalamaları ile yaşı, eğitim düzeyi, toplam çocuk sayısı, doğumda anestezi alma durumu, gebeliğin planlı olma durumu, doğum şekli ve bebeğin gestasyon haftası arasında anlamlı bir ilişki saptanmazken ($p>0,05$), eşin eğitim durumu ve bebeğin doğum kilosu arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir ($p=0,011$, $p=0,005$) (Tablo 5). Elde edilen sonuçlar yükseköğretim mezunu eşlerin anneleri emzirme açısından daha etkin desteklediğini düşündürdü. Bununla birlikte bebeğin doğum kilosu arttıkça LATCH puanlarının artması, doğum kilosu arttıkça bebeklerin emme becerisinin arttığını düşündürdü.

Sonuç ve Öneriler

Elde edilen veriler doğrultusunda, annelerin LATCH puanlarının yüksek olması etkin

emzirme danışmanlığı hizmeti aldıklarını göstermektedir. Ancak emzirmeyi olumsuz etkileyebilecek bazı yanlış bilgi ve uygulamalar oldukça yaygındır. Bu nedenle taburculuktan sonraki süreçte etkin emzirme danışmanlığının sürdürülebilmesi durumunda annelerin emzirme problemleri yaşama potansiyelleri yüksektir.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Taburculuk eğitimlerinin bir protokole bağlı olarak yapılması,
- Başta hemşireler olmak üzere tüm sağlık çalışanlarının annelerin emzirme konusundaki yanlış/eksik bilgi ve uygulamalarını belirleyerek bunları düzeltmeye yönelik eğitim ve danışmanlık yapması,
- Annelerin taburcu olduktan sonra da ev ziyareti ve telefon görüşmeleriyle eğitim danışmanlığının sürdürülmesi,
- Hemşire ve diğer sağlık personeli eğitimlerinin hizmet içi programları ile düzenli olarak yapılarak, emzirme danışmanlığı konusundaki eğitimlerinin artırılması ve bilgilerinin güncellenmesi önerilebilir.

Kaynaklar

1. Akgün T. Anne Sütü İle Beslenme Durumu ve Bu Durumu Etkileyen Faktörler. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2006.
2. Akyüz A, Kaya T, Şenel N. Annenin emzirme davranışının ve emzirmeyi etkileyen durumların belirlenmesi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2007; 6(5):15-19.
3. Ateş Y. Anne sütü ile besleme el kitabı. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü, 2008.
4. Atıcı A, Polat S, Turhan AH. Anne Sütü ile Beslenme. Türkiye Klinikleri Journal Of Medical Sciences, 2007; 3(6):1-5.
5. Bayram F. Postpartum Dönemdeki Annelerin Anne Sütünün Önemi Hakkında Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Uzmanlık Tezi, Afyon, 2006.
6. Behrman RE, Kliegman RE, Jenson H. Nelson Pediatri. 2008; Cilt:1, p:268-79.
7. Coşkun T. Anne sütü ile beslenme. Katkı Pediatri Dergisi, 2003; 2:163-83.
8. Curran JS, Barness LA, Nutricion I, Berman RE, Kliegman RM, Jenson HB. Nelson Text Book of Pediatrics, 2000; p:150-4.
9. Dinçtürk C. Bir ve Birden Fazla Çocuğu Olan Annelerin Anne Sütü ve Emzirme Konusundaki Bilgi Düzeylerinin Karşılaştırılması. Afyonkarahisar Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Uzmanlık Tezi, Afyonkarahisar, 2006.
10. DSÖ/UNICEF. 2000'li yıllarda bebeklerin anne sütü ile beslenmesi. UNİCEF Türkiye Temsilciliği, Ankara, 2000.
11. Duran S. Ebe ve Hemşirelerin Anne Sütü ve Emzirme Konusundaki Bilgi ve Tutumlarının, Danışmanlık Verdikleri Annelerin Bebeklerini Anne Sütü İle Besleme Davranışlarına Etkisi. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Edirne, 2008.
12. Eker A, Yurdakul M. Annelerin Bebek Beslenmesi ve Emzirmeye İlişkin Bilgi ve Uygulamaları. [özet] Mersin Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Mersin, 2006; Cilt:15, Sayı:9, s:159.
13. Emzirme Danışmanlığı El Kitabı, T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, 2010.
14. Er P. Annelerin Bebek Beslenmesi Konusuna İlişkin Bilgi Tutum ve Davranışları. Ankara Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi, Ankara, 2001.
15. Ertem IO, Votto N, Leventhal JM. The timing and predictors of early termination of breastfeeding. Pediatrics, 2001; 107(3):543-548.
16. Eskibozkurt F. Yetişkin Eğitimi Açısından Yeni Doğum Yapmış Annelerin Anne Sütü ve Emzirme İle İlgili Bilgi Düzeyinin Tespiti. Marmara

- Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2008.
17. Görgeç Ö, İleri S, Altun A, Darknoğlu D, Aslan Ö, Gökmen Z. Bir Çocuk Hastanesine Başvuran 0-12 Aylık Bebeklerin Annelerinin Anne Sütü İle İlgili Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi. [özet] Göztepe Tıp Dergisi, 2007; 22(4):124-127.
 18. Nascimento MB, Reis MA, Franco SC, Issler H, Ferraro AA, Grisi SJ. Exclusive Breastfeeding in Southern Brazil: Prevalence and Associated Factors, 2005.
 19. Onbaşı Ş. Doğum Öncesinde Anne Adaylarına Verilen Anne Sütü ve Emzirme Eğitiminin Emzirme Oranına ve Süresine Etkisi. [özet] Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Edirne, 2009.
 20. Özer A, Taş F, Ekerbiçer H. 0-6 Aylık Bebeği Olan Annelerin Anne Sütü ve Emzirme Konusundaki Bilgi ve Davranışları. [özet] TAF Preventive Medicine Bulletin, 2010; 9(4).
 21. Samur G. Anne Sütü, Sağlık Bakanlığı Yayın no: 726, Ankara, 2008.
 22. Şahan H. 0-24 Aylık Bebeği Olan Annelerin Anne Sütü ve Emzirme Konusunda Bilgi, Tutum ve Davranışları. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, Kayseri, 2008.
 23. Şahin G. Emziren Annelerin Emzirme İle İlgili Bilgi, Uygulama ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. İstanbul Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Koordinatörlüğü, Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2008.
 24. Şencan İ. Anne Sütü İle Beslenme Süresine Etki Eden Faktörlerin Araştırılması. Fatih Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, 2008.
 25. Tatar GM, Günay O. Kahramanmaraş il merkezindeki gebelerin emzirme konusundaki bilgi ve tutumları. [özet] Sağlık Bilimleri Dergisi, 2009; 18(3):175-186.
 26. Tezergil B. Doğum Sonu Dönem Annelerin Emzirmeye İlişkin Düşünceleri ve Uygulamaları. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2007.
 27. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması Temel Bulgular. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Ankara, 2008.
 28. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması Temel Bulgular. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Ankara, 2013.
 29. Ünsal H, Atlıhan F, Özkan H, Targan F, Hassoy H. Toplumda anne sütü verme eğilimi ve buna etki eden faktörler. [özet] Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi, 2005; 48:226-33.
 30. Yenal K, Okumuş H. LATCH emzirme tanılama aracının güvenilirliğini inceleyen bir çalışma. [özet] Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 2003.
 31. Yıldız A, Baran E, Akdur R, Ocaktan E, Kanyılmaz O. Bir sağlık ocağı bölgesinde 0-11 aylık bebekleri olan annelerin emzirme durumları ve etkileyen faktörler. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı AD Maya Tüp Bebek ve Kadın Sağlığı Merkezi. [özet] Journal of Ankara University Faculty of Medicine, 2008; 61(2).
 32. <http://www.hastane.com.tr/saglik/2014/09/13/sezaryen>. (Erişim tarihi: 10.12.2014).
 33. <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-11574/anne-sutunun-tesviki-ve-bebek-dostu-saglik-kuruluslari.html?vurgu=bebek+dostu+hastane>. (Erişim tarihi: 15.07.2012).
 34. <http://www.saglikplatformu.com/haberler/Ayrinti.asp?HaberNo=3747> (Erişim Tarihi: 15.12.2012).

Kanser Hastalarında Hastalık Algısının Değerlendirilmesi

Evaluation of Cancer Patients Perception of Illness

Elanur YILMAZ KARABULUTLU^a, Seda KARAMAN^b

ÖZET Amaç: Bu araştırma kanser hastalarının hastalıklarını nasıl algıladıklarını ve bu algıyı etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır. **Yöntem:** Tanımlayıcı olarak yapılan bu araştırma Atatürk Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Hastanesi Medikal Onkoloji Kliniği'nde yürütülmüştür. Araştırma verileri Ocak-Eylül 2010 tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırmaya belirtilen tarihler arasında klinikte yatarak tedavi gören 18 yaş ve üzerinde, Türkçe okuyabilen ve anlayabilen, araştırmaya gönüllü olarak katılan, araştırmaya katılmayı engelleyebilecek fiziksel ve zihinsel bir engeli bulunmayan 192 hasta dahil edilmiştir. Araştırmanın verileri soru formu ve Hastalık Algısı Ölçeği ile toplanmıştır. **Bulgular:** Hastaların hastalığın başlangıcından beri en fazla yorgunluk yaşadığı ve en çok bu belirtiyi hastalıkları ile ilişkilendirdikleri tespit edilmiştir. Hastaların hastalık hakkındaki görüşleri ile ilgili alt boyutlar incelendiğinde; kişisel kontrol algısı ve sonuçlar algısı puan ortalamalarının diğer alt boyutlara göre yüksek olduğu ve süre (döngüsel) algısı ve hastalığı anlayabilme puan ortalamalarının ise en düşük olduğu bulunmuştur. Hastaların en fazla hastalık nedeni olarak risk faktörlerini algıladıkları belirlenmiştir. Sonuç; hastaların hastalığın süresi, seyri ve tedavisi üzerindeki iç kontrol algılarının yüksek ve hastalığı anlama ve kavramalarının düşük olduğu belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Hastalık algısı, hemşire, kanser

ABSTRACT Objectives: The purpose of this study is to determine how cancer patients perceive their illness and factors affecting the perception illness. **Methods:** The study was a descriptive and cross-sectional study. Data were collected Erzurum Atatürk University Research Hospital Medical Oncology Clinic between February and September, 2010. The study population was consisted of 192 cancer patients, who was over 18 years of age, who understand and can speak Turkish, without any psychiatric illness diagnosis and awareness of the illness. Data collection tools were Patient Questionnaire and Illness Perceptions Questionnaire. **Results:** Since the beginning of the disease patients experienced fatigue symptoms and associated this symptom with their illness. When examined subscales related to their views on the disease patients; the score mean for perception of personal control and perception of consequences all sub-scales regarding the patients' view on their illness, was higher in comparison to all other sub-scales of the scale. The score mean for perception of time (cyclical) and perception of illness coherence was the lowest. Risk factors attributions were determined as the most common reasons behind the patient illness. **Conclusion;** It is determined high internal control on duration of illness and course illness, treatment. It is determined low understanding of illness.

Keywords: Illness perceptions, nurse, cancer

Giriş

İnsanların sağlık ve hastalıklarıyla ilgili algıları ve bunların birbiriyle ilişkisinin belirlenmesinin sağlığı sürdürme, hastalıkların önlenmesi, tedavi ve rehabilitasyon, tedaviye uyum ve hasta eğitiminde etkili girişimlerin planlanması ve uygulanması için önemi her geçen gün artmaktadır.¹

Hastalık kavramı hem objektif hem de subjektif boyutları içerdiğinden, benzer bir hastalıkla karşılaşan kişiler farklı tepkiler göstermektedir.² Bu farkı yaratan birçok faktör kişinin tepkisinde belirleyici rol oynar. Hastalar kişisel deneyimleri, bilgileri, değerleri, inançları ve gereksinimleri ışığında hastalıklarını açıklamaya çalışırlar. Üstelik aynı hastalığa sahip olan insanların hastalık algıları

Geliş Tarihi/Received:20.04.2015/Kabul Tarihi/Accepted: 01.07.2015

^a Sorumlu Yazar: Doç. Dr. Adres: Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, e mail: elanurkarabulutlu@hotmail.com

^b Arş. Gör. Adres: Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, e mail: sd.krmn@hotmail.com

farklılık gösterebileceği gibi sağlık profesyonellerinin de o hastalıkla ilgili algıları da farklılık gösterebilmektedir.³ Bu nedenle her hastanın bireysel algısı değerlendirilmelidir.

Hastalık algısı hastaların hastalık hakkında sahip oldukları inançları ve hastalığın bilişsel görünümüdür. Bu temsiller hastalık hakkındaki fikirler ve algılarda değişimlere cevap olarak ortaya çıkan dinamik bir süreçtir. Bireye bir hastalık tanısı konduğu zaman genellikle kendi durumu hakkındaki inançları ile organize bir model geliştirir. Bu da hastalığı yönetmede önemli bir belirleyicidir.⁴ Hastalık algısı modeli hastalığı yorumlama, baş etme ve değerlendirme aşamalarını içeren döngüsel bir süreç olarak kabul edilmektedir. Bu model hastalığa bağlı ortaya çıkan semptomlar hakkındaki inanışlar, hastalığın dönemleri ve beklenen süresi, algılanan sonuçları, hastalığın tedavi ve kontrol edilebilirliği ve olası nedenleri ile ilgili özel inançları ortaya koymaktadır.^{4,5}

Hastalar, hastalığın semptomları ile ilgili olarak ta benzer modelleri geliştirirler.⁶ Genellikle durumlarıyla ilişkilendirdikleri semptomlarda hastalıklarıyla ilgili temsiller kurarlar. Çoğu insan sık görülen hastalıklar hakkında çeşitli semptomlar bilmektedir fakat farklı hastalıklara gelince net bir fikre sahip olmayabilir. Buna rağmen tanı aldıklarında hastalığın sebep olduğu semptomlar hakkında zamanla bazı inanışlar geliştirirler. Hastanın hastalığın semptomlarına bakış açısı, tedaviyi düzenleyen sağlık profesyonellerinin bakış açısından çok farklı olabilir. Hastalar sıklıkla tedavinin yan etkileri hakkında ya da hiç ilişki olmasa bile görülen semptomlar hakkında yanlış yorumlar yapabilirler.³ Hastalık algısı bireylerin bir hastalığa yakalanma riskini azaltmak için nasıl davranacağını da etkiler. Sonuç olarak bir hastalıkla ilgili algılar bireylerin risk azaltıcı sağlıklı davranışlarının gelişimi için de önemlidir.⁷ Hastanın hastalığına ilişkin algısı, yorumu ve değerlendirmeleri;

duygusal ve davranışsal tepkilerini, başetme biçimini, psikososyal durumunu ve yaşam kalitesini doğrudan etkilemektedir.²

Kanser, fiziksel, psikolojik, sosyal ve manevi boyutları etkileyerek bireyin yaşamında önemli değişimler meydana getiren çok boyutlu bir olaydır. Kronik ve ciddi bir hastalık olmanın ötesinde, belirsizlikler içeren ağrı ve acı içinde ölümü çağrıştıran, suçluluk, terk edilme, panik ve kaygı uyandıran bir hastalık olarak algılanmaktadır.⁸ Öte yandan tedavi sürecinde ve sonrasında belirsizliğin oldukça yoğun yaşandığı, bireyin psikososyal dünyasında yalnızca iz bırakmayan aynı zamanda anlamlı değişimler yaratan çok boyutlu bir yaşam deneyimidir.⁹ Bu durumlar da hastalığın seyrini ve tedaviye yanıtı olumsuz etkilemektedir. Kanser hastalarının psikolojik kaygı ve acılarını azaltmak, tedaviye uyumunu sağlamak, yaşam kalitesini arttırmak, duyguların ifadesine yardımcı olmak ve hastalığın yarattığı çok yönlü krizle sağlıklı baş etmeye yardımcı olmak için hastaların kanseri nasıl algıladıkları ve bu algıyı etkileyen faktörlerin belirlenmesi önemlidir. Bu nedenle özellikle son yıllarda çok sayıda çalışma yapılmış olup, bu çalışmalarda kanser hastalarında hastalığa atfedilen anlamın ve algının farklı toplumlarda değişiklik gösterdiği, hastaların sosyodemografik, kültürel ve hastalık özelliklerinin hastaların algısında belirleyici olduğu da belirtilmektedir.¹¹⁻²¹

Ülkemizde birçok kronik hastalık gruplarında yapılan konuyla ilgili çalışmalar mevcut olmasına karşın kanserli bireylerin hastalık algısının araştırıldığı az sayıda çalışmaya rastlanılmıştır.^{22,23} Bu nedenle bu araştırma kanser hastalarının hastalıklarını nasıl algıladıklarını ve bu algıyı etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem

Tanımlayıcı olarak yapılan bu araştırma Atatürk Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Medikal Onkoloji Kliniği'nde yürütülmüştür. Araştırma

verileri Ocak – Eylül 2010 tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırmanın evrenini belirtilen tarihler arasında klinikte yatarak tedavi gören 280 kanser hastası oluşturmuştur. Örneklem seçimine gidilmeden araştırmaya katılabilme kriterlerine uyan 192 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Araştırmaya katılabilme kriterleri 18 yaş ve üzerinde olmak, araştırmaya gönüllü olarak katılmak, araştırmaya katılmayı engelleyebilecek fiziksel ve zihinsel bir engeli bulunmamak, Türkçe okuyabilmek ve anlayabilmektir.

Araştırmanın verileri hastaların tanıtıcı ve hastalığa ait özelliklerini belirlemek amacıyla oluşturulan soru formu ve hastalık algısını belirlemek amacıyla Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ) ile toplanmıştır. Veriler hastalarla yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır. Görüşmeler yaklaşık 10 dk. sürmüştür.

Soru Formu: Bu form hastaların cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, aile tipi, çalışma durumu ve ailede başka kanser hastası varlığı gibi demografik özelliklerini ve hastalık tanısı, hastalık süresi, kemoterapi kür sayısı ve komorbid hastalık varlığı gibi özelliklerini belirleyen sorulardan oluşmaktadır.

Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ):1996 yılında Weinmann tarafından geliştirilmiş ve 2002 yılında Moss-Morris ve arkadaşları tarafından yenilenmiştir. Ölçeğin Türk toplumunda geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları Kocaman ve arkadaşları tarafından 2007 yılında yapılmıştır.²⁴ HAÖ: hastalıktipi, hastalık hakkındaki görüşleri ve hastalık nedenleri boyutlarını içermektedir. 1) *Hastalık Tipi Boyutu*: Sık görülen 14 hastalık belirtisini (ağrı, boğazda yanma, bulantı, soluk almada güçlük, kilo kaybı, yorgunluk, eklem sertliği, gözlerde yanma, hırıltılı soluma, baş ağrısı, mide yakınmaları, sersemlik hissi, uyku güçlüğü, güç kaybı) içerir. Bu belirtilerin her biri için kişiye önce, ‘hastalığın başlangıcından bu yana yaşayıp yaşamadığı’, daha sonra ‘bu belirtiyi hastalığıyla ilgili görüp görmediği’ sorulmaktadır. Bu boyut, her belirti için iki soruya da evet/hayır biçiminde yanıt

verilecek biçimde düzenlenmiştir. Hastalık tipi boyutunda puan yüksekse hastanın hastalığa iştirak eden semptom sayısının yüksek olduğuna dair güçlü inancı olduğu ortaya çıkar. 2) *Hastalık Hakkındaki Görüşleri Boyutu*: Bu boyut yedi alt ölçeği içermektedir. Bunlar: süre (akut/kronik), sonuçlar, kişisel kontrol, tedavi kontrolü, hastalığı anlayabilme, süre (döngüsel) ve duygusal temsiller olarak isimlendirilmiştir. Süre alt ölçekleri, kişinin hastalığının süresiyle ilgili algılarını araştırır ve akut, kronik, döngüsel olarak gruplanır. Süre (akut/kronik) alt boyutunda yüksek puan, durumun kronik olduğunu gösterir. Süre (döngüsel) alt boyutunda yüksek puan durumun sıklık-döngüsel doğası olduğunu gösterir. Sonuçlar alt ölçeği, kişinin hastalığının şiddetine, fiziksel, sosyal ve psikolojik işlevselliğine olası etkileriyle ilgili inançlarını araştırır. Sonuçlar alt boyutunda yüksek puan, hastalığın negatif sonuçları olduğunu gösterir. Kişisel kontrol, kişinin hastalığının süresi, seyri ve tedavisi üzerindeki iç kontrol algısını araştırır. Tedavi kontrolü, kişinin, uygulanan tedavinin etkinliği hakkındaki inançlarını araştırır. Kişisel ve tedavi kontrol alt boyutlarında yüksek puan, kişinin hastalığı ve tedaviyi kontrol edebildiği hakkında pozitif inançlara sahip olduğunu gösterir. Hastalığı anlayabilme, kişinin hastalığını ne kadar anladığını ya da kavradığını araştırır. Hastalığı anlayabilme alt boyutunda yüksek puan durumun kişisel anlaşılabilirliğini gösterir. Duygusal temsiller, kişinin hastalığıyla ilgili endişelerini araştırır. Duygusal temsiller alt boyutunda yüksek puan, hastalıkla provoke olan negatif duyguların arttığını gösterir. 3) *Hastalık Nedenleri Boyutu*: Bu boyut, kişinin hastalığının olası nedenleri hakkındaki düşüncelerini araştırır ve dört alt ölçek içerir. Bunlar, psikolojik atıflar (örneğin stres ya da endişe, aile problemleri, kişilik özellikleri), risk etkenleri (örneğin kalıtsal, sigara, alkol kullanımı, yaşlanma), bağışıklık (örneğin mikrop ya da virüs, vücut direncimin az olması), kaza veya şansır (örneğin kaza, yaralanma, kötü talih

vb.). Ölçeğin Türk toplumunda yapılan geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında hastanın hastalığı hakkında görüşlerini içeren boyutun alt ölçeklerinin alfa katsayılarının 0.69- 0.77 arasında ve hastalık nedenlerinin alt ölçeklerinin alfa güvenilirlik katsayılarının 0.25-0.72 arasında değiştiği saptanmıştır.²⁴ Bu çalışmada ise hastanın hastalığı hakkında görüşleri içeren boyutun alt ölçeklerinin alfa katsayılarının 0.63 ile 0.92 arasında ve hastalık nedenlerinin alt ölçeklerinin alfa güvenilirlik katsayılarının 0.54 -0.68 arasında değiştiği belirlenmiştir.

Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi: Verilerin kodlanması ve istatistiksel analizleri bilgisayarda, SPSS 16.0 paket programında yapılmıştır. Hastaların tanıtıcı ve hastalığa ait özellikleri için yüzdeler testi kullanılmıştır. Elde edilen verilerin normallik analizi için grupta Kolmogorov-Smirnov Uyum İyiliği Testi uygulanmıştır. Normal dağılım göstermeyen verilerde nonparametrik testlerden Mann-

Whitney U ve Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Normal dağılım gösteren veriler için iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi kullanılmıştır. Hastalık süresi ve hastalık hakkındaki alt boyutları arasındaki ilişkiyi belirlemek için de korelasyon testi kullanılmıştır.

Araştırmanın etik ilkeleri: Araştırmanın yürütülebilmesi için Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Etik Kurul'undan, Atatürk Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Hastanesi Başhekimliği'nden gerekli izinler alınmıştır. Hastalara çalışmanın amacı açıklanarak sözlü izinleri alınmıştır. Araştırma da gönüllülük ve gizlilik ilkesine bağlı kalmıştır.

Bulgular

Hastaların tanıtıcı özellikleri incelendiğinde; hastaların %54.7' sinin kadın, %33.3' ünün 51-60 yaş aralığında, %70.3' ünün evli, % 52.1' inin ilköğretim mezunu olduğu belirlenmiştir.

Tablo1. Hastalık tipi: Hastalık belirtileri ve hastalıkla ilişkilendirmesi

Belirtiler	Hastalığın başlangıcından beri bu belirtiyi yaşadım		Bu belirti hastalığımla ilgili	
	n	%	n	%
Ağrı	133	69.3	132	68.8
Boğazda yanma	45	23.4	40	20.8
Bulantı	107	55.7	104	54.2
Soluk almada güçlük	63	32.8	58	30.2
Kilo kaybı	144	75.0	142	74.0
Yorgunluk	154	80.2	152	79.2
Eklem sertliği	28	14.6	21	10.9
Gözlerde yanma	31	16.1	21	10.9
Hırıltılı soluma	27	14.1	25	13.0
Baş ağrıları	68	35.4	45	23.4
Mide yakınmaları	95	49.5	74	38.5
Uyku güçlükleri	81	42.2	75	39.1
Sersemlik hissi	99	51.6	95	49.5
Güç kaybı	142	79.8	141	73.4

Tablo 2. Hastaların hastalık hakkındaki görüşler ve olası nedenler alt ölçeğinden aldıkları puanlar

	X ± SD	Madde Sayısı	Ölçekten alınan en düşük ve en yüksek değerler
Hastalık hakkındaki görüşler			
Süre (akut/kronik) algısı	15,82±6.80	6	6-30
Sonuçlar algısı	23.00±4.75	6	8-30
Kişisel kontrol algısı	24.09±5.44	6	6-30
Tedavi kontrolü algısı	21.36±4.42	5	5-25
Hastalığı anlayabilme algısı	15.77±5.32	5	5-25
Süre (döngüsel) algısı	15.08±3.91	4	4-20
Duygusal temsiller algısı	22.63±6.45	6	6-30
Olası Nedenler			
Psikolojik atıflar	10.89±4.68	5	6-28
Risk Faktörleri	12.48±4.28	8	8-26
Bağıışıklık	3.42±1.99	2	2-10
Kaza yada Şans	3.08±1.70	2	2-9

Hastaların %85.9' unun çalışmadığı, %69.8' inin aile tipinin çekirdek aile olduğu, %70.8' inde aile başka kanserli bireyin olduğu tespit edilmiştir. Hastalığa ait özellikler incelendiğinde; hastaların %33.9' unun gastrointestinal sistem kanseri ve hastalık süresi ortalamasının ise 18.03±19.46 ay olduğu, %68.2' sinin 5 ve daha fazla kür kemoterapi aldığı ve %85.9' ununda başka bir hastalığın olmadığı belirlenmiştir.

Hastalık algısı ölçeğinin hastalık tipi alt ölçeği incelendiğinde; hastaların hastalığın başlangıcından beri en fazla yorgunluk, kilo kaybı ve güç kaybı belirtilerini yaşadığı ve bu belirtilerin hastalıkları ile ilgili olduğunu belirttikleri tespit edilmiştir. Hastaların en az hırıltılı soluma ve eklem sertliği belirtilerini yaşadığı tespit edilmiş olup yaşanan tüm belirtilerden en az eklem sertliği ve gözlerde yanma belirtilerini hastalıkları ile ilişkilendirdikleri tespit edilmiştir.

Hastaların hastalık hakkındaki görüşleri ile ilgili alt boyutlar incelendiğinde; kişisel kontrol algısı ve sonuçlar algısı puan ortalamalarının diğer alt boyutlara göre yüksek olduğu belirlenmiştir. Süre (döngüsel) algısı ve

hastalığı anlayabilme puan ortalamaları ise en düşük bulunmuştur. Hastalık nedenleri alt boyutu incelediğinde hastaların en fazla hastalık nedeni olarak risk faktörlerini gördükleri belirlenmiştir (Tablo 2).

Tablo 3 te hastaların tanıtıcı ve hastalığa ait özelliklerine göre hastalık hakkındaki görüşler alt boyut ortalama puanları verilmiştir. Kadın hastaların duygusal temsil algısının yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$). Yaşın hastalık hakkındaki görüşler alt boyutlarından sonuçlar algısı, hastalığı anlayabilme algısı ve duygusal temsiller algısı ortalama puanlarını istatistiksel olarak etkilediği tespit edilmiştir ($p<0.05$). 41-50 yaşları arasında olan hastaların sonuçlar algısı ortalama puanları en yüksek, 18-30 yaş arasında olanların hastalığı anlayabilme algısı ortalama puanları en düşük ve 31-40 yaş arasında olanların ise duygusal temsiller algısı ortalama puanları en yüksek bulunmuştur. Evli olanların sonuçlar algısı ortalama puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Çekirdek ailede yaşayan hastaların süre (akut/kronik) algısı ortalama puanları düşük kişisel kontrol algısı ortalama puanları ise yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Hastaların hastalık tipine göre hastalık hakkındaki görüşler alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde; meme kanseri olan hastaların duygusal temsiller algısı ortalama puanları en yüksek, süre (döngüsel) algısı puanı en düşük bulunmuştur ($p<0.05$). Ailede başka kanser hastası olmayanların sonuçlar algısı ortalama puanları yüksek olup fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Komorbid hastalığı olanlarda süre (akut/kronik) algısı puan ortalamaları yüksek ve kişisel kontrol ve tedavi kontrol

Tartışma

Hastalık algısı kişilerin hastalık dönemleri boyunca yaşadıkları deneyimler, hastalık süreci, baş etme mekanizmaları üzerinde doğrudan etkisi olan bir kavramdır. Kişinin olayları nasıl algıladığının hastalığın gidişatına ve kişinin iyilik haline etkisi vardır.² Bu nedenle çalışma kanser hastalarının hastalıklarını nasıl algıladıklarını ve bu algıyı etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır ve çalışma sonuçları ilgili literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

Çalışmaya katılan hastaların hastalık algısı ölçeğinin hastalık tipi alt boyutu incelendiğinde; hastaların en fazla yorgunluk belirtisini yaşadığı ve yorgunluk yaşayan hastaların neredeyse tamamının bu belirtiyi hastalıklarıyla ilişkilendirdiği tespit edildi. Kayır'ın çalışmasında hastaların %76.1'inin yorgunluk yaşadığı ve %63.8'inin ise bu belirtiyi hastalıkla ilişkilendirdiği tespit edilmiştir.²² Kayış'ın çalışmasında ise hastaların %76.7'sinin yorgunluk yaşadığı ancak sadece %47.8'inin bu belirtiyi hastalığı ile ilişkilendirdiği belirlenmiştir.²³ Yorgunluk kanserli hastalarının yaşadığı en önemli fiziksel semptomlardan birisidir ve hastalarının yaklaşık 1/3'ünde görüldüğü bildirilmektedir.²⁵ Zordan ve ark.²⁶ hematolojik kanser hastalarının %69'unda yorgunluğun görüldüğünü tespit etmiştir. Kanser hastalarının yaşadığı fiziksel yorgunluk ve güçsüzlük; beden işlevlerinde zayıflama ve duygusal alanda çevreye olan

algısı ortalama puanları düşük bulunmuştur ($p<0.05$). Hastalık süresi ile süre (akut/kronik) algısı ortalama puanları arasında pozitif yönde, kişisel kontrol ortalama puanları ile zayıf ve tedavi kontrol algısı ortalama puanları ile çok zayıf negatif yönde ilişki bulunmuştur ($p<0.001$). Hastalık süresi arttıkça süre (akut/kronik) algısı ortalama puanları artmakta, kişisel kontrol ve tedavi kontrol algısı ortalama puanları ise azalmaktadır.

ilgiyi yitirme gibi sorunlara neden olmaktadır. Bu sorunlarda kanser hastalarında yaşam kalitesinin önemli oranda düşmesine neden olmaktadır.²⁷ Bu nedenle yorgunluk ve diğer semptomların tanılanması ve hastaların semptomu nasıl algıladıklarının belirlenmesi kanserli hastalarda bakım ve tedavinin etkinliğinin değerlendirilmesinde önemlidir.

Hastaların hastalık hakkındaki görüşleri incelendiğinde; en yüksek puanın kişisel kontrol algısı boyutunda olduğu belirlendi. Bu sonuç hastaların hastalığın süresi, seyri ve tedavisini kontrol edebildiği ile ilgili güçlü inançlara sahip olduklarını göstermektedir. Konu ile ilgili literatür incelendiğinde kanser hastalarında kişisel kontrol puanlarının genel olarak düşük olduğu tespit edilmiş olmasına rağmen^{15,17,19,20} kişisel kontrol algısının yüksek olduğu kısıtlı sayıda çalışmaya da rastlanılmıştır.^{21,23} Kanser tanısıyla birlikte birey, yaşamının tüm temel gerçeklerini ve kendi yaşamını anlayabilme ve kendi yaşamı üzerindeki kontrolü yeniden kazanabilmek için sorgulamaya başlar.²⁸ Ayrıca bizim toplumumuzda özellikle hastalık dönemlerinde hasta bireye hem manevi hem de fiziksel destek artmaktadır. Tüm bunlar hastaların hastalık üzerindeki kontrol algısının artmasına neden olabilir.

Bu araştırmada hastaların sonuçlar algısı puanları da kişisel kontrol algısı puanları gibi yüksek bulundu. Bu sonuç hastaların hastalığın şiddetine, fiziksel, sosyal ve psikolojik işlevselliğine olan etkileriyle ilgili olumsuz inançlarının

yüksek olduğunu göstermektedir. Araştırma sonuçlarına benzer olarak Scharloo ve ark¹⁴ baş ve boyun kanserli hastaların hastalığın negatif sonuçlarına ilişkin algılarının yüksek olduğunu bildirmiştir. Çağımızın önde gelen sağlık sorunlarından birisi olan kanser, çaresizlik ve belirsizlik içeren, ağrı ve acı içinde ölümü çağrıştıran ciddi ve kronik bir hastalık olarak algılanmaktadır. Akut hastalığın tedavisinde olumlu ya da olumsuz belirgin bir sonuç ortaya çıkarken, kanser gibi kronik bir hastalığın tedavisinde

sonuç çoğu zaman daha az belirgindir. Bu nedenle kanser tanısı alan bireyin yaşadığı duygular daha travmatiktir.^{29,30} Kanser tanısı birçok birey için varoluşun tehdidi anlamına gelir. Hastalık bireyin yaşamına yaşamı tehdit edici bir güç olarak girip kişinin hem fiziksel hem de ruhsal dünyasını tehdit etmeye başlar.²⁸ Bu duygular hastaların kanser hastalığının olumsuz algılamasında etkili olabilmektedir.

Tablo 3. Hastaların tanıtıcı ve hastalık özelliklerine göre hastalık hakkındaki görüşler

Özellikler	n	Süre (Akut/Kr)	Sonuçlar	Kişisel kontrol	Tedavi kontrolü	Hastalığı anlayabilme	Süre döngüsel	Duygusal temsiller
Cinsiyet								
Kadın	105	16,52±7.23	23,43±4.46	23.55±5.65	21.02±4.57	15.12±5.29	15.13±3.72	24.20±5.94
Erkek	87	14,97±6.18	22,47±5.05	24.74±5.14	21.78±4.21	16.55±5.27	15.02±4.14	20.72±6.55
		t:1.573 p>0.05	t:1.406 p>0.05	t: -1.519 p>0.05	t: -1.175 p>0.05	t: -1.86 p>0.05	t:,194 p>0.05	t:3.860 p<0.001
Yaş								
18-30	17	14.00±7.60	22.05±4.52	24.11±6.29	21.52±5.40	13.05±3.88	16.41±2.31	20.94±7.37
31-40	15	14.40±7.84	23.93±6.12	23.26±7.39	20.53±5.27	14.13±4.76	13.33±5.76	26.53±4.95
41-50	51	15.54±6.44	24.33±4.21	24.29±4.93	21.21±4.39	15.72±5.00	14.98±3.50	24.37±5.14
51-60	64	17.01±7.18	22.81±4.52	23.98±5.80	21.57±4.61	16.87±5.87	15.03±3.98	22.56±6.28
61 ve üzeri	45	15.60±5.94	21.80±4.99	24.28±4.53	21.46±3.56	15.82±5.17	15.35±3.92	20.08±7.06
		KWU: 4.571 p>0.05	KWU:9.482 p<0.05	KWU: ,354 p>0.05	KWU:2.189 p>0.05	KWU:11.502 P<0.05	KWU:2.768 p>0.05	KWU:16.210 p<0.05
Medeni Durum								
Evli	135	15.91±6.76	23.50±4.40	24.25±5.15	21.39±4.28	15.89±5.48	14.89±4.06	23.05±5.99
Bekar	57	15.59±6.97	21.80±5.34	23.70±6.10	21.31±4.77	15.47±4.94	15.52±3.51	21.63±7.37
		t:,299 p>0.05	t:2.284 p<0.05	t:,647 p>0.05	t:,110 p>0.05	t: ,502 p>0.05	t:-1,020 p>0.05	t:1.397 p>0.05
Aile tipi								
Çekirdek aile	134	15.10±6.80	22.95±4.71	24.70±5.16	21.55±4.26	15.75±5.42	14.79±3.99	22.73±6.39
Geniş aile	58	17.48±6.57	23.10±4.87	22.67±5.84	20.93±4.77	15.81±5.11	15.75±3.64	22.39±6.62
		t:-2,246 p<0.05	t:-,198 p>0.05	t:2,409 p<0.05	t:,904 p>0.05	t:-,068 p>0.05	t:-1,580 p>0.05	t:,329 p>0.05
Hastalık Tipi								
Hematolojik Kanserler	14	15.71±8.42	23.35±5.15	23.85±6.73	20.07±6.67	14.85±5.17	15.14±4.53	22.64±6.45
GİS kanserleri	65	15.90±6.38	22.95±4.51	23.95±4.85	21.73±3.81	15.84±5.46	16.00±3.44	23.21±6.25
Akciğer Kanseri	21	16.33±5.94	23.23±5.78	25.52±4.70	21.76±4.63	16.66±6.36	15.90±3.88	19.66±7.33
Meme Kanseri	29	15.10±7.86	24.75±3.91	24.51±6.54	21.65±3.70	15.34±4.46	13.93±3.99	25.20±5.14
Baş boyun kanserleri	22	15.95±7.94	21.59±4.43	24.68±4.66	21.00±5.00	17.36±5.05	14.04±4.00	22.04±7.10
Diğer	41	15.90±6.19	22.34±5.00	23.04±5.83	21.02±4.59	14.95±5.30	14.56±4.08	21.70±6.28
		KW:1.853 p>0.05	KW:4.189 p>0.05	KW:3822 p>0.05	KW: ,307 p>0.05	KW: 2.243 p>0.05	KW:7.992 p<0.05	KW: 8.089 p<0.05
Ailede başka kanser varlığı								
Var	56	15.75±6.42	21.60±5.16	24.48±5.19	21.44±3.64	15.98±5.09	14.26±4.26	22.16±6.89
Yok	136	15.85±6.98	23.57±4.46	23.93±5.55	21.33±4.71	15.68±5.42	15.41±3.71	22.82±6.27
		t: -,095 p>0.05	t: -2.64 p<0.05	t: ,633 p>0.05	t:,154 p>0.05	t:,352 p>0.05	t:-1.866 p>0.05	t:-,646 p>0.05
Komorbid hastalık varlığı								
Var	27	19.03±6.81	22.59±5.08	21.44±6.08	19.74±4.78	15.88±4.51	14.96±4.06	21.70±6.32
Yok	165	15.29±6.68	23.06±4.71	24.52±5.22	21.63±4.31	15.75±5.45	15.10±3.89	22.78±6.47
		MWU: 535.000 p<0.05	MWU:2105.000 p>0.05	MWU: 1530.000 p<0.05	MWU: 1677.000 p<0.05	MWU: 2201.500 p>0.05	MWU: 2221.000 p>0.05	MWU: 2000.500 p>0.05
Hastalık süresi		r: ,191 p<0.001	r: -,014 p>0.05	r: -,303 p<0.001	r: -,222 p<0.001	r: ,027 p>0.05	r: -,068 p>0.05	r: -,065 p>0.05

Araştırmada en düşük puana sahip boyutun süre döngüsel algı boyutu olduğu belirlendi. Bu araştırma bulgusuna benzer olarak Kayış'ın²³ çalışmasında da kanser hastalarının süre döngüsel puan ortalamaları en düşük bulunmuştur. Diğer önemli bir bulguda hastaların hastalığı anlayabilme algısının düşük olmasıdır. Hastaların hastalığı ile ilgili bilgilendirilmelerinden dolayı memnuniyetleri arttıkça tedavi ve medikal tavsiyelere uyumunun arttığı,³¹ olumlu hastalık algısının geliştiği ve buna bağlı olarak yaşam kalitelerinin yükseldiği tespit edilmiştir.³² Hastanın sağlık bakım vericilerinden hastalığıyla başa çıkmasına yardımcı olacak bilgi alması ve tedaviye bağlı olası yan etkiler hakkında bilgilendirilmesi hastanın kendisini iyi hissetmesine neden olduğu gibi, sağlığıyla ilgili pozitif davranış değişikliğini de beraberinde getiren önemli bir gereksinimdir.³³ Bireyin hastalık hakkında bilgisinin yeterli olması baş etmesini kolaylaştıracağından ve felaketçi algılamayı engelleyeceğinden dolayı hastalık hakkındaki tepkilerini de olumlu yönde etkileyecektir. Hastaların en fazla risk faktörlerini hastalık nedenleri olarak algıladıkları saptandı. Risk faktörlerinden ise en fazla sigara hastalığın ortaya çıkışından sorumlu tutulmaktaydı. Kanser ve kanser risk faktörleri hakkında Türk halkının bilgi düzeyinin araştırıldığı bir çalışmada bireylerin %84' ünün kanserin nedeni olarak sigarayı gördüğü belirtilmiştir.³⁰ Açık göz ve ark.³⁴ yaptıkları çalışmada da katılımcıların %90.8' inin sigaranın kansere neden olan etkenler arasında birinci sırada olduğunu ifade ettikleri belirtilmiştir.

Hastaların tanıtıcı ve hastalığa ilişkin bazı özelliklerinin hastalık hakkındaki görüşleri alt boyutlarından bir veya birkaçında farklılık oluşturduğu belirlendi. Bu çalışmada kadın hastaların duygusal temsil algısının yüksek olduğu belirlenmiştir. Duygusal temsiller algısının yüksek olması kişinin hastalıkla birlikte

ortaya çıkan duygusal etkinin özellikle negatif duyguların yüksek olduğunu göstermektedir. Kanser ciddi ve kronik bir hastalık olmanın ötesinde; korku, umutsuzluk, çaresizlik, terk edilme ve ölüm duygusu tepki ve düşüncelerini çağrıştıran bir hastalık olarak algılanmaktadır. Bu nedenle kanser bir yıkım gibi algılanır ve dramatik anlamıyla kişinin ruhsal dengesinde bozulmaya neden olur.³⁵ Bu algı kadınlarda daha belirgin olarak ortaya çıkmaktadır. Nitekim konuyla ilgili araştırmalarda bunu desteklemektedir. Kanser hastalarında psikolojik sorunların daha çok kadınlarda görüldüğü ve kadın olmanın psikolojik problemler için önemli bir risk faktörü olduğu belirtilmektedir.³⁶ Bu nedenle hastaları anlayabilmek, yeni durumuna uyumunu kolaylaştırmak ve uygun girişimleri planlamak için duygusal durumu etkileyebilecek tüm etmenlerin belirlenmesi önemlidir. Bu çalışmada hastaların yaşının hastalığı algılamada önemli bir değişken olduğu ve 41-50 yaşları arasında olan hastaların sonuçlar algısının yüksek olduğu bulundu. Bu yaş döneminde; aile yapısında olan değişiklikler, meslek hayatında ulaşılan aşama, anne-babalarla olan ilişkiler, bedensel yaşlanma ve ölümün kaçınılmazlığının algılanması bir krizin yaşanmasına sebep olabilir.³⁷ Tüm bu yaşananların yanında kanser gibi kabullenilmesi ve tedavisi oldukça zor bir hastalık tanısı alan hastayı uzun ve sıkıntılı bir tedavi dönemi beklemektedir. Bunlar hastaların yaşayabilecekleri krizi daha da arttırabilir ve hastaların geleceğe yönelik olumsuz algılarının artmasına katkı sağlayabilir.

Evli hastaların sonuçlar algısı yüksek bulunmuştur. Kanser sadece kişinin ruhsal ve fiziksel bütünlüğüne değil, aile sisteminin işlevselliğine de etki eden bir hastalıktır. Aile bireylerinden birisinin hayatı tehdit edici hastalığı karşısında, ailenin tümünün yaşam şekilleri, rol dağılımları ve beklentileri etkilenmektedir.³⁸ Bu nedenle evli olan bireylerin eş ve çocuklarının hayatının da

değişeceği kaygısı ile hastalığın negatif sonuçlarını daha fazla algıladığı düşünülmektedir. Çekirdek ailede yaşayan bireylerin kişisel kontrol algıları yüksek ve süre (akut/kronik) algısı düşük bulunmuştur. Çekirdek ailede yaşayan hastaların kişisel kontrol algılarının yüksek olması süre (akut/kronik) algısını etkilemiş olabilir. Yani hastaların bu hastalıkla baş edebileceği, hastalığı ve belirtilerini kontrol altına alabileceği inancı ile hastalığın zamanla iyileşeceği ve uzun süremeyeceği inancının arttığı düşünülmektedir. Kronik hastalığın varlığı yalnızca ailenin yaşam biçimini değil, aynı zamanda aile içindeki atmosferi ve aile bireyleri arasındaki ilişkileri de etkileyebilir. Bu etki ilk olarak çekirdek aile içinde yaşanmaktadır. Bizim toplumumuzda hastalık (özellikle kanser gibi ciddi bir hastalık) halinde aile bağları güçlenmekte ve hastaya olan destek artmaktadır. Hastanın algıladığı desteğe bağlı olarak kontrol algısının arttığı düşünülebilir.

Hastaların hastalık tipine göre hastalık hakkındaki görüşler alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde; meme kanseri olan hastaların duygusal temsiller algısı ortalama puanları diğer gruplara göre yüksek bulunmuştur. Bu sonuç meme kanseri olan hastaların hastalığa bağlı negatif duyguları yoğun olarak algıladığını göstermektedir. Günümüzde meme kanseri, fiziksel yetersizlikler, psikolojik, mesleki ve cinsel sorunları içeren, kısa ve uzun süreli uyum bozuklukları yaratan bir hastalık olarak algılanmaktadır.³⁹ Ülkemizde yapılan bir çalışmada da meme kanserli hastaların duygusal temsiller boyutu puanlarının diğer boyut puanlarına göre yüksek olduğu tespit edilmiştir.²³ Psikososyal rehabilitasyon uygulanan meme kanserli hastalarda hastalık algısı ve psikososyal uyumun incelendiği bir çalışmada psikososyal rehabilitasyon öncesinde hastaların duygusal temsiller alt boyut puanları diğer boyutlara göre yüksek bulunmuştur.⁴⁰ Başka bir çalışmada da duygusal temsiller algısı ile mental sağlık arasında negatif korelasyon olduğu

duygusal temsiller algısının hastaların mental sağlıklarını etkileyen önemli bir faktör olduğu belirtilmiştir.⁴¹ Bu nedenle meme kanseri olan hastalarda olumsuz duyguların iyileştirilmesine yönelik girişimlerin yapılması gereklidir. Bu araştırmada meme kanseri olan hastaların süre (döngüsel) algısı en düşük bulundu. Süre döngüsel algısı hastalık belirtilerinin zaman içerisinde farklılığını ve hastalığın iyi ve kötü dönemlerinin olup olmadığı inancını içermektedir. Bu araştırma sonucu meme kanseri olan hastaların hastalığın zaman içerisinde farklılık göstermediği inancının diğer hasta gruplarına göre daha düşük olduğunu göstermektedir. Çalışma grubundaki meme kanseri olan hastaların yaşadıkları yoğun negatif duyguların bu sonuca katkı sağladığı düşünülmektedir.

Ailede başka kanser hastası olmayanlarda sonuçlar algısı ortalama puanları yüksek bulundu. Kanser için genelde söylenen, “trajik ve ölümcül hastalık” gibi toplumsal ve kültürel olarak atfedilmiş tanımlamalar ve kanserin önlenmesine yönelik çalışmalarda başvurulan “kanserele savaş” gibi tanımlamalarda kişilerin hastalık algısında olumsuz etkiler yapmaktadır. Bu nedenlerle kanser hastalık sürecinin nasıl olduğu ile ilgili fikri olmayan kişilerin bu toplumsal ön yargılardan etkilenecek kanserin olumsuz sonuçlarını daha yüksek olarak algıladıkları düşünülmektedir. Komorbid hastalığı olanlarda süre (akut/kronik) algısı puan ortalamaları yüksek ve kişisel kontrol ve tedavi kontrol algısı puanlarının düşük olduğu bulundu. Kanser yaşla birlikte sıklığı artan bir hastalıktır. İleri yaşlarda aynı zamanda başka birçok komorbid hastalığın da görülme sıklığı artar. Komorbid hastalıklar kanser hastalarının yaşam süresi, yaşam kalitesi, tedavi toleransı ve hastaneye yatış oranları dahil birçok parametreyi etkilemektedir.⁴² Bu nedenlerle komorbid hastalıkların, yaşam kalitesindeki düşmeye bağlı olarak hastalık üzerindeki kişisel kontrolün azalmasına ve tedavi toleransında azalmaya bağlı olarak ta tedavi üzerindeki kontrolün azalmasına

neden olarak hastalığın uzun süreceği inancına katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Hastalık süresi arttıkça süre (akut/kronik) algısı ortalama puanları artmakta, kişisel kontrol ve tedavi kontrol algısı ortalama puanları azalmaktadır. Bu sonuç hastalık süresi uzadıkça hastalığın kısa sürede geçemeyeceği algısının arttığını ve hastalıktan etkilenme düzeyinin artmasına bağlı olarak ta bireylerin hastalık üzerindeki kontrollerinin azaldığına dair inançlarını göstermektedir. Araştırmayla benzer şekilde özofagus kanseri olan hastalarla yapılan bir çalışmada özofagus kanseri olan hastaların zaman içerisinde tedavi kontrol algılarının değiştiği ve hastalıkla geçirilen süre arttıkça hastalığın tedavi edilebileceği ile ilgili algılarının azaldığı belirtilmiştir.¹¹

Sonuç ve Öneriler

Sonuç olarak araştırmada, hastaların en fazla yorgunluk semptomunu yaşadığı ve bu belirtiyi hastalıkları ile ilişkilendirdiği, hastalık üzerindeki kişisel kontrollerinin yüksek olduğu ve hastalığın döngüsel bir doğası olduğuna ilişkin inançlarının ve hastalığı anlayabilme algılarının düşük olduğu, ayrıca risk faktörlerinin en sık hastalık nedeni olarak algılandığı, sosyodemografik ve hastalığa ilişkin özelliklerin de hastaların hastalık algılarını farklı alt boyutlarda etkilediği belirlendi.

Araştırma sonucunda; hastaların algıladıkları semptomların iyileştirilmesine, kontrol duygusunu devam ettirmeye ve geliştirmeye yönelik hemşirelik girişimlerinin düzenlenmesi, hastalığın doğası ve hastalık, bu süreçte yaşanabilecekler ve tedavi ve yan etkileri hakkında bilgilendirilmesi, hastalarda mevcut olumsuz algının değiştirilmesine yönelik, hastalık ve tedaviyle ilgili yaşanan sorunları ortadan kaldıracak, hastalığa ve tedaviye uyumu arttıracak girişimlerin uygulanması önerilmektedir.

Yazar Katkısı

Çalışmanın tasarımı, literatür araştırması, veri analizi ve yazının hazırlanması: EYK

Veri toplama ve yazının hazırlanması: SK

Kaynaklar

1. Leventhal H, Leventhal EA, Cameron L. Representations, procedures, and affect in illness self-regulation: a perceptual-cognitive model. In: Baum A, Revenson TA, Singer JE, editors. Handbook of health psychology. Mahwah: Lawrence Erlbaum; 2001. p.19-48.
2. Armay Z, Özkan M, Kocaman N, Özkan S. Hastalık algısının ölçeğinin kanser hastalarında Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması. [The Turkish reliability and validity study in cancer patients of illness perception questionnaire] *Klinik Psikiyatri* [Clinical Psychiatry] 2007;10:192-200.
3. Petrie JK, Weinman J. Why illness perceptions matter. *Clin Med* 2006; 6(6):536-539.
4. Petrie JK, Jago AL, Devhich DA. The role of illness perceptions in patients with medical conditions. *Current Opinion in Psychiatry* 2007;20(2):163-167.
5. Hagger MS, Orbell S. A meta-analytic review of the common-sense model of illness representations. *Psychol Health* 2003;18(2):141-84.
6. Weinman J, Petrie KJ, Moss-Morris R, Horne R. The Illness Perception Questionnaire: A new method for assessing the cognitive representation of illness. *Psychol Health* 1996;11(3):431-445.
7. Yeon Kye S, Young Park E, Oh K, Park K. Perceptions of cancer risk and cause of cancer risk in Korean adults. *Cancer Res Treat.* 2014 Sep 1547(2): 158-165. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25483748/DOI:10.4143/crt.2014.024>.
8. Tan M, Karabulutlu E. Social Support and hopelessness in Turkish patients with cancer. *Cancer Nursing* 2005;28(3):236-240.
9. Tuncay T. Genç Kanser Hastalarının Hastalık Anlatılarının Güçlendirme Yaklaşımı Temelinde Analizi [Analysis of the Illness Narratives of the Young Cancer Patients on the Basis of Empowerment Approach] *Toplum ve Sosyal Hizmet*

[Community and Social Services] 2009;20(2):69-87.

10. Traeger L, Penedo FJ, Gonzalez JS, Dahn JR, Lechner SC, Schneiderman N et al. Illness perceptions and emotional well-being in men treated for localized prostate cancer. *Journal of Psychosomatic Research* 2009;67(5):389–397.

11. Dempster M, McCorry KN, Brennan E, Donnelly M, Murray LJ, Jonston TB. Do changes in illness perceptions predict changes in psychological distress among oesophageal cancer survivors? *Journal of Health Psychology* 2010;16(3):500–509.

12. Zivkovic MV, Dediol I, Ljubicic I, Situm M. Sun behaviour patterns and perception of illness among melanoma patients. *JEADV* 2011 Jun 21;26(6):724-729. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21689168/> DOI: 10.1111/j.1468-3083.2011.04154.x.

13. McCorry KN, Dempster M, Quinn J, Hogg A, Newell J, Moore M et al. Illness perception clusters at diagnosis predict psychological distress among women with breast cancer at 6 months post diagnosis. *Psycho-Oncology* 2013;22(3):692–698.

14. Scharloo M, Baatenburg de Jong RJ, Langeveld TPM, Velzen-Verkaik E, Akker MD, Kaptein AA. Illness cognitions in head and neck squamous cell carcinoma: predicting quality of life outcome. *Support Care Cancer* 2010;18(9):1137–1145.

15. Fischer MJ, Wiesenhaan ME, Heijer AD, Kleijn WC, Nortier JWR, Kaptein AA. From despair to hope: A longitudinal study of illness perceptions and coping in a psycho-educational group intervention for women with breast cancer. *British Journal of Health Psychology* 2013;18(3):526–545.

16. Wu LM, Mohammed NE, Winkel G, Diefenbach MA. Patient and spouse illness beliefs and quality of life in prostate cancer patients. *Psychol Health*. 2013;28(4):355–368.

17. Iskandarsyah A, Klerk C, Suardi DR, Sadarjoen SS, Passchier J. Consulting a traditional healer and negative illness perceptions are associated with non-adherence to treatment in Indonesian

women with breast cancer. *Psycho-Oncology* 2014;23(10):1118–1124.

18. Castillo DA, Godoy-Izquierdo D, Vazquez ML, Godoy JF. Illness beliefs about cancer among healthy adults who have and have not lived with cancer patients. *International Society of Behavioral Medicine* 2011 Dec;18(4):342-351. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21308426/DOI> 10.1007/s12529-010-9141-6.

19. Hopman P, Rijken M. Illness perceptions of cancer patients: relationships with illness characteristics and coping. *Psycho-Oncology* 2015; 24(19):11–18.

20. Keeling M, Bambrough J, Simpson J. Depression, anxiety and positive affect in people diagnosed with low-grade tumours: the role of illness perceptions. *Psycho-Oncology* 2013;22(6):1421–1427.

21. Richters A, Derks J, Husson O, Van Onna IE, Fossion LM, Kil PJ, et al. Effect of surgical margin status after radical prostatectomy on health-related quality of life and illness perception in patients with prostate cancer. *Urologic Oncology* 2015;33(1):9-15.

22. Kayır G. Onkoloji hastalarının hastalık algısı ve Stresle başa çıkma biçimleri [Disease perception of oncology patients and their ways to deal with stress] [Yüksek Lisans]. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü [Istanbul University Institute of Health Sciences] İstanbul, Türkiye, 2014.

23. Kayış A. Kanser hastalarının hastalık algısı ve umutsuzluk düzeyleri [Illness perception and hopelessness levels in cancer patients] [Yüksek Lisans]. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü [Institute of Medical Sciences, Haliç University], İstanbul, Türkiye, 2009.

24. Kocaman N, Özkan M, Armay Z, Özkan S. Hastalık Algısı Ölçeğinin Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. [The reliability and the validity study of Turkish adaptation of the revised Illness Perception Questionnaire] *Anadolu Psikiyatri Dergisi [Anatolian Journal of Psychiatry]* 2007;8(4):271-280.

25. Minton O, Berger A, Barsevick A, Cramp F, Goedendorp M, Mitchell SA, et al. Cancer-related fatigue and its impact on functioning. *Cancer* 2013;119(11):2124-2130.
26. Zordan R, Manitta V, Nandurkar H, Cole-Sinclair M, Philip J. Prevalence and predictors of fatigue in haem-oncological patients. *Internal Medicine Journal* 2014;44(10):1013-1017.
27. Ruffer JU, Flechtner H, Tralls P, Josting A, Sieber M, Lathan B et al. Fatigue in long-term survivors of Hodgkin's lymphoma; a report from the German Hodgkin Lymphoma Study Group (GHSG). *Eur J Cancer* 2003;39(15):2179-2186.
28. Bağ B. Kanser hastalarında uzun dönemde görülen sorunlar. [Long term psychosocial problems in cancer patients] *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar [Current Approaches in Psychiatry]* 2013;5(1):109-126.
29. Turan Kavradım S, Canlı Özer Z. Kanser tanısı alana hastalarda umut [Hope in patients with cancer]. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar [Current Approaches in Psychiatry]* 2014;6(2):154-164.
30. Gültekin M, Özgül N, Olcayto E, Tuncer M. Kanser ve kanser risk faktörleri hakkında Türk Halkı'nın bilgi düzeyinin ölçülmesi ve araştırılması. [Level of knowledge among Turkish people for cancer and cancer risk factors] *Journal of Turkish Society of Obstetrics and Gynecology [J Turk Soc Obstet Gynecol]* 2011;8(1):57-61.
31. Mallinger JB, Griggs JJ, Shields CG. Patient centered care and breast cancer survivors' satisfaction within formation. *Patient Educ Couns* 2005;57(3):342-349.
32. Husson O, Thong MSY, Mols F, Oerlemans S, Kaptein AA, Poll-Franse LV. Illness perceptions in cancer survivors: what is the role of information provision? *Psycho-Oncology* 2013;22(3):490-498.
33. Lam WWT, Au AHY, Wong JHF, Lehmann C, Koch U, Fielding R et al. Unmet supportive care needs: a cross-cultural comparison between Hong Kong Chinese and German Caucasian women with breast cancer. *Breast Cancer Res Treat* 2011;130(2):531-541.
34. Açıkgöz A, Çehrelı R, Ellidokuz H. Kadınların kanser konusunda bilgi ve tutumları ile erken tanı yöntemlerine yönelik davranışları. [Women's knowledge and attitude about cancer and the behaviour for early diagnosis procedures] *DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi [DEU Journal of Faculty of Medicine]* 2011;25(3):145-154.
35. Ülger E, Alacacıoğlu A, Gülseren AŞ, Zencir G, Demir L, Tarhan MO. Kanserde psikososyal sorunlar ve psikososyal onkolojinin önemi [Psychosocial problems in cancer and the importance of psychosocial oncology] *DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi [DEU Journal of Faculty of Medicine]* 2014;28(2):85-92.
36. Ateşçi FÇ, Oğuzhanoğlu NK, Baltarlı B, Karadağ F, Özdel O, Karagöz N. Kanser Hastalarında Psikiyatrik Bozukluklar ve İlişkili Etmenler [Psychiatric Disorders in Cancer Patients and Associated Factors]. *Türk Psikiyatri Dergisi [Turkish Journal of Psychiatry]* 2003;14(2):145-152.
37. Aksu T, Okçay H. Yaşam Dönemlerine Göre Ölüm Algısı ve Hemşirelik Yaklaşımı [Death Perception to Life Periods and Nursing Approach] *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2010;14(5):113-126.
38. Özkan S. Kanser hastası- aile- tedavi ekibi. [Cancer patients-family-treatment team] *Psiko-onkoloji*. 1. baskı. İstanbul: Form Reklam Hiz; 2007. p.169-185.
39. Işık I. Meme kanseri hastalarında tedavi sonrası dönemde gelişen psikososyal sorunlar ve destekleyici hemşirelik girişimleri. [Psychosocial problems of breast cancer patients in the post-treatment period and supportive nursing interventions] *Hemşirelikte eğitim ve araştırma dergisi [Journal of education and research in nursing]* 2014;11(3):58-64.
40. Jorgensen LI, Frederiksen K, Boesen E, Elsa P, Johansen C. An exploratory study of associations between illness perceptions and adjustment and changes after psychosocial rehabilitation in survivors of

breast cancer. *Acta Oncologica* 2009;48(8):1119-1127.

41. Rozema H, Völlink T, Lechner. The role of illness representations in coping and health of patients treated for breast cancer. *Psycho-Oncology* 2009;18(8):849-857.

42. Kaya M. İleri yaştaki küçük hücreli dışı akciğer kanserli hastalarda klasik

prognostik faktörlerle birlikte komorbiditelerin sağkalım üzerine olan etkisinin değerlendirilmesi [Uzmanlık Tezi]. Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı [Başkent University Faculty of Medicine, Department of Internal Medicine], Ankara, Türkiye, 2013.

Ateş Şikayeti İle Acil Servise Getirilen Çocuklarda Ateş Olgularının Değerlendirilmesi*

Evaluation of Fever Incidences for Children Carried to Emergency Services with Fever Complaint

Özlem ÖZTÜRK¹, Aysel TOPAN², Tülay KUZLU AYYILDIZ³

ÖZET Amaç: Bu çalışma, ateş şikâyeti ile acil servise getirilen çocuklarda ateş olgularının değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. **Gereç ve Yöntemler:** Tanımlayıcı kesitsel tipte araştırmadır. Araştırma, 1 Şubat-1 Mayıs 2014 tarihleri arasında Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi Acil Servisi'nde gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın örneklemini belirtilen tarihlerde araştırmaya katılmayı kabul eden 112 çocuk ve ebeveyni oluşturmuştur. Veri toplama aracı olarak 17 sorudan oluşan anket formu kullanılmıştır. Veriler yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır. **Bulgular:** Acil servise getirilen çocukların, %54.5'inin erkek, %52.7'sinin 0-3 yaş arasında olduğu; annelerin çocukların ateşi yükseldiğinde, %76.8'inin doktor önerisi olmadan antipiretik ilaç verdiği, %54.5'inin ise çocuklarının giysilerini çıkarttığı; acil servise ateş şikayeti ile getirilen çocukların tıbbi tanılarının, %47.3'ünün solunum yolu enfeksiyonu, %18.7'sinin tanımlanmamış ateş olduğu belirlenmiştir. Acil serviste %58.9 ile alın bölgesi, ateş ölçüm bölgelerinde ilk sırada yer alırken, %52.7'sinin ateş değerlerinin "37.1-38.0" derece olarak belirlenmiştir. Acilde yapılan müdahale ve tedavilerde, sağlık personeli tarafından çocuğa antipiretik ilaç verilmesi %74.1 ile ilk sırada yer almıştır. Acilde ılık uygulama yapma ile acile başvuru sırasında ölçülen ateş değerleri ve acilde ateş ölçmek için kullanılan ateş ölçüm bölgesi ile acile başvuru sırasında ölçülen ateş değerleri karşılaştırılmış olup aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). **Sonuç:** Acile yüksek ateş şikâyeti ile getirilen çocuklarda ateş ölçüm değerlerinin çok yüksek olmadığı görülmüştür. Evde anneler ve acil serviste sağlık profesyonelleri tarafından antipiretik kullanım oranlarının yüksek olduğu görülmüştür.

Anahtar kelimeler: Ateş, çocuk, ebeveynler

ABSTRACT Aim: This research is definitively carried for the purpose of evaluation of children brought to the emergency service with fever complaint. **Material and Methods:** This research is a definitely cross-sectional research carried between 1st February-1st May 2014 in Maternity and Children's Hospital Emergency Service. The universe of research consists of 112 children and their parents who accepted to join the research between these dates. A survey form containing 17 questions has been used, and the data was collected by face-to-face interview. **Results:** Of all the students, 54.5% is male, and 52.7% is between 0-3 years old. 76.8% of mothers gives antipyretic medicines without medical advice whereas 54.5% takes off their clothes. Of all the children carried to the emergency service, 47.3% has respiratory tract infection, 18.7% is defined as undefined fever. Of all the fever measurement method, 58.9% is measured by forehead, 52.7% is between 37.1 and 38.0. Antipyretic medication by emergency medical personnel is the first with 74.1% in the medical intervention and care applied to the children. The warm application in emergency service and the fever measuring part of body were compared with fever value during entering the emergency service, and a statistical difference has been estimated ($p<0.05$). **Conclusion:** Although the fever values of children carried to the emergency services were not too high, the antipyretic medicines are widely used by both the mothers in houses and the health professions in emergency services.

Keywords: Child, fever, parents

Geliş Tarihi/Received:26.05.2015 /Kabul Tarihi/Accepted:21.08.2015

¹ Yrd. Doç. Dr., Karabük Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Karabük, İş tel: 0 370 433 02 02 – 2880, E-mail: zlemzturk@hotmail.com, Adres: Demir Çelik Kampüsü 78050 Karabük/Türkiye

² Yrd. Doç. Dr., Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Zonguldak, İş tel: 0 372 261 33 62 ,E-mail: ayskose@hotmail.com, Adres: BEÜ Zonguldak Sağlık Yüksekokulu, Kozlu 67600 Zonguldak/Türkiye

³ Yrd. Doç. Dr. Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Zonguldak, İş tel: 0 372 261 33 62,E-mail: tayyildiz@hotmail.com, Adres: BEÜ Zonguldak Sağlık Yüksekokulu, Kozlu 67600 Zonguldak/Türkiye

**Bu makale 10-13 Haziran 2014 tarihleri arasında İzmir'de düzenlenen 8. Ege Pediatri ve 4. Ege Pediatri Hemşireliği Kongresinde poster bildiri olarak sunulmuş ve üçüncülük ödülü almıştır.

Giriş

Ateş, vücut sıcaklığının ölçüldüğü yere göre ortalamadan 1°C daha yüksek olmasıdır. Normal ortalama vücut sıcaklığı 37°C'dir. Sıcaklık ölçümünün; rektal 38 °C, oral 37.8 °C, aksillar 37.2 °C'nin üzerinde oluşu çoğu kaynakta ateş olarak tanımlanmaktadır.¹

Ateş; infeksiyon, ödem, doku hasarı, aşı gibi nedenlerle vücut ısısını düzenleyen termoregülatör merkezdeki dengenin bozulması ile ortaya çıkar. Neredeyse tüm çocuklar, çocuklukları boyunca 37.8°C ile 40°C arasında ateş deneyimlemektedirler. Bu nedenle çocukluk çağının da en yaygın klinik bulgularından olan ateş, acil servis başvurularının da önemli bir kısmını oluşturur.^{2,3} Yapılan çalışmalarda üç yaşın altındaki çocukların yaklaşık %19-30'unun ateş nedeniyle acile başvurdukları saptanmıştır.⁴ Bunun yanı sıra ateşli çocukların çok az bir kısmında yaşamı tehdit eden veya sonraki dönemlerde yaşam kalitesini etkileyebilecek infeksiyonlar söz konusudur.²

Çocukluk çağının en sık yakınmalarından biri olan ateş yüksekliği, aileler tarafından yanlış değerlendirilen ve bu nedenle de çoğu zaman uygunsuz tedavi edilen klinik bir durumu tanımlar.⁵ Ateşli çocukların çok az bir kısmında yaşamı tehdit eden ciddi hastalıklar olmasına rağmen aileler çocukları ateşlendiğinde hemen endişelenmekte, gereksiz korku ve panik ile yanlış veya zararlı olabilecek ateş düşürme yöntemlerine başvurabilmektedir.^{2,6} Çocuktaki en ufak ısı artışı ateşin hemen düşürülmesi gerektiği fikrini tetiklemekte ve ailede paniğe neden olmaktadır. Öyle ki, zaman zaman normal vücut ısılarında bile ateş düşürücü ilaç kullanmak, uyuyan çocuğu uyandırmak, ateşi düşürmek için soğuk su, alkol veya sirke gibi uygulamalar yapmak, antibiyotikleri ateş düşürücü olarak kullanmak, birden fazla antipiretik kullanmak gibi gereksiz hatta zararlı olabilecek uygulamalar yapılmakta ve sonuçta çocukların sağlığı olumsuz olarak etkilenmektedir. Ülkemizde ve yurt dışında yürütülmüş olan çalışmalarda, ateşli çocuğa

yaklaşım konusunda gerek ailelerin gerekse sağlık personelinin hatalı yaklaşımının yaygın olduğu bildirilmektedir.²

Bu çalışma, ateş şikâyeti ile acil servise getirilen çocuklarda ateş olgularının değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem

Tanımlayıcı ve kesitsel tipteki bu çalışma, 1 Şubat-1 Mayıs 2014 tarihleri arasında Zonguldak Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi Acil Servisi'nde gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın yürütüldüğü tarihlerde acil servise ateş yakınmasıyla 0-18 yaş grubu 149 çocuk getirilmiştir. Araştırmanın örneklemini belirtilen tarihlerde araştırmaya katılmayı kabul eden 112 çocuk ve ebeveyni oluşturmuştur (Evrenin %75.2'sine ulaşılmıştır). Araştırmada veri toplama aracı olarak; uzman görüşü alınarak hazırlanmış, açık uçlu ve çoktan seçmeli soruların yer aldığı toplam 17 sorudan oluşan anket formu kullanılmıştır. Anket formunda demografik özelliklerle ilgili 8 soru ve ateşe yönelik 9 soru bulunmaktadır. Araştırmanın yapılabilmesi için, gerekli kurum izinleri alınmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden ebeveynlere araştırma hakkında bilgi verilerek yazılı ve sözlü onamları alınmıştır. Veriler yüz yüze görüşme tekniği ile toplanarak, her görüşme yaklaşık 10 dakika sürmüştür.

Verilerin istatistiksel değerlendirmesinde SPSS 15.0 programı kullanılmıştır. Sayısal değişkenlerin normal dağılıma uygunlukları Shapiro-Wilk testi ile incelenmiştir. Tanımlayıcı istatistiklerde, sayısal veriler için ortalama±standart sapma (minimum-maksimum) değerleri; kategorik yapıdaki veriler sayı ve yüzde olarak ifade edilmiştir. Sayısal değişkenler bakımından parametrik test varsayımları sağlandığından iki grubun karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi; üç grubun karşılaştırılmasında Kruskal-Wallis varyans analizi yapılmıştır. Sonuçlar %95 güven aralığında değerlendirilmiş ve p<0.05 değeri anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular

Acil servise getirilen çocukların sosyodemografik özellikleri incelendiğinde; çocukların %54.5'inin erkek, %52.7'sinin 0-3 yaş, %33'ünün 4-8 yaş, %14.3'ünün 9 yaş ve üzeri olduğu saptanmıştır. Çocukların ebeveynlerinin

sosyodemografik özellikleri incelendiğinde; annelerinin %25.9'unun 27-30 yaş arasında, babaların %26.8'inin 35-38 yaş arasında olduğu, annelerin %71.4'ünün ev hanımı, babaların ise %42.8'inin işçi olduğu saptanmıştır (Tablo 1).

Tablo 1. Ebeveynlerin Sosyodemografik Özellikleri

Özellikler	Sayı (n=112)	%
Anne yaş		
19-22 yaş	7	6.3
23-26 yaş	16	14.3
27-30 yaş	29	25.9
31-34 yaş	22	19.6
35-38 yaş	24	21.4
39 ve üzeri	14	12.5
Baba yaş		
23-26 yaş	7	6.3
27-30 yaş	26	23.2
31-34 yaş	22	19.6
35-38 yaş	30	26.8
39-42 yaş	13	11.6
43 ve üzeri	14	12.5
Anne mesleği		
Ev hanımı	80	71.4
İşçi	8	7.1
Memur	19	17.0
Özel sektör	5	4.5
Baba mesleği		
İşçi	48	42.8
Memur	28	25.0
Serbest meslek	24	21.4
Özel sektör	5	4.5
Emekli	2	1.8
İşsiz	5	4.5

Annelerin, ateş ölçme uygulamalarına yönelik dağılımı incelendiğinde; annelerin %23.2'si evde çocuğunun ateşini ölçmediğini ifade ederken, ateş ölçen annelerin %70.9'unun çocuğunun ateşini koltuk altı bölgesinden ölçtüğü belirlenmiştir (Tablo 2). Annelerin çocukların ateşi yükseldiğinde evde yaptıkları girişimler incelendiğinde; annelerin %76.8'i doktor

önerisi olmadan antipiretik ilaç verdiğini, %54.5'i ise çocuklarının giysilerini çıkarttığını ifade etmiştir (Tablo 3). Çocukların ateş ile birlikte acil servise getirilme nedenleri incelendiğinde; başvuru şikayetlerinde %68.8 ile "halsizlik" ilk sırada yer alırken, bunu %66.1 ile "bulantı-kusma" ve %63.4 ile "iştahsızlığın" izlediği görülmüştür (Tablo 4)

Tablo 2. Annelerin Ateş Ölçme Uygulamalarına Yönelik Dağılımı

Özellikler	Sayı	%
Evde ateş ölçme (n=112)		
Evet	86	76.8
Hayır	26	23.2
Ateş ölçme yöntemi (n=86)		
Koltuk altı	61	70.9
Alın	10	11.7
Ağız	2	2.3
Kulak	13	15.1
Ateş sınırı (n=86)		
36.0-37.0 derece	1	1.2
37.1-38.0 derece	33	38.4
38.1-39.0 derece	40	46.5
39.1-40.0 derece	12	13.9

*: % değerleri ateş ölçenlerin sayısı olan 86'ya göre hesaplanmıştır.

Tablo 3. Annelerin Çocukların Ateşi Yükseldiğinde Yaptıkları Girişimlere Göre Dağılımı

Yapılan girişimler	Sayı	%
Doğru uygulamalar (n=137)*		
Ilık su ile uygulama yapma	35	31.3
Çocuğun giysilerini çıkarma	61	54.5
Çocuğa ılık su ile duş aldirmek	41	36.6
Yanlış uygulamalar (n=90)*		
Doktor önerisi olmadan antipiretik verme	86	76.8
Sirke, alkol, kolonya uygulama durumları	1	0.9
Doktor önerisi olmadan antibiyotik verme	3	2.7

*: Birden fazla seçenek işaretlenmiştir. **: % değerleri genel katılımcı sayısı olan 112'ye göre hesaplanmıştır.

Tablo 4. Çocukların Ateş İle Birlikte Acil Servise Başvuru Şikâyetlerine Göre Dağılımı

Özellikler	Sayı	%
Başvuru şikâyeti (n=464)*		
Bulantı-Kusma	74	66.1
Halsizlik	77	68.8
İştahsızlık	71	63.4
Huzursuzluk	61	54.5
Öksürük	46	41.1
Burun akıntısı	36	32.1
Hırıltılı solunum	28	25.0
Kulak ağrısı	9	8.0
Sık nefes alma	24	21.4
İshal	19	17.0
Karın ağrısı	14	12.5
Kas ve eklem ağrısı	5	4.5

*: Birden fazla seçenek işaretlenmiştir. **: % değerleri genel katılımcı sayısı olan 112'e göre hesaplanmıştır.

Acil servise ateş şikayeti ile getirilen çocukların tıbbi tanıların neler olduğu incelendiğinde; %25'inin "Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu (ÜSYE)", %22.3'ünün "Alt Solunum Yolu Enfeksiyonu (ASYE)", %18.7'sinin "tanımlanmamış ateş" ve %17.9'unun "Gastrointestinal Sistem

(GİS) enfeksiyonları" olduğu belirlenmiştir. Acil serviste %58.9 ile alın bölgesi ateş ölçüm bölgelerinde ilk sırada yer alırken, %52.7'sinin ateş değerleri "37.1-38.0" derece olarak bulunmuştur. Çocukların %33.9'unun acilde ortalama 1 saat kaldığı, çocukların %74.1'ine ateş düşürücü ilaç verildiği belirlenmiştir (Tablo 5).

Tablo 5. Çocukların Acil Serviste Aldıkları Tanı, Ateş Ölçüm Bölgesi, Ateş Ölçüm Değerleri, Yapılan Girişimler ve Acil Serviste Kalış Sürelerine Göre Dağılımı

Özellikler	Sayı	%
Tanı (n=112)		
ÜSYE	28	25.0
ASYE	25	22.3
Tanımlanmamış ateş	21	18.7
GİS enfeksiyonları	20	17.9
Otit	5	4.5
Kanserler	5	4.5
Diğer***	8	7.1
Acil serviste ateş ölçüm bölgesi (n=112)		
Alın	66	58.9
Koltuk altı	40	35.7
Kulak	6	5.4
Acil servis ateş ölçüm değerleri (n=112)		
36.0-37.0 derece	2	1.8
37.1-38.0 derece	59	52.7
38.1-39.0 derece	46	41.1
39.1-40.0 derece	5	4.4
Acil serviste kalış süresi (n=112)		
30 dk	24	21.4
1 saat	38	33.9
2 saat	28	25.0
3 saat-23 saat	8	7.1
1 gün	4	3.6
2 gün	4	3.6
3 gün ve üstü	6	5.4
Acil serviste yapılan müdahale ve tedaviler (n=163)*		**
Ateş düşürücü ilaç verilmesi	83	74.1
Antibiyotik tedavisi	20	17.9
Ilık uygulama	52	46.4
Takip	8	7.1

*: Birden fazla seçenek işaretlenmiştir. **: % değerleri genel katılımcı sayısı olan 112'e göre hesaplanmıştır.

***: Diğer seçeneğinde belirtilen tanıların her biri birbirinden farklıdır.

Ateş şikâyeti ile acil servise getirilen çocukların tıbbi tanıları ile acil servise başvuru sırasında ölçülen ateş değerleri karşılaştırılmış olup, aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0.920$). Ailelerin evde çocuğun ateşini düşürmek için müdahale yapma durumu ile acile başvuru sırasında ölçülen ateş değerleri karşılaştırılmış olup, aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0.566$). Çocukların yaşı ile acile başvuru sırasında ölçülen ateş

değerleri karşılaştırılmış olup, aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0.292$). Acilde ılık uygulama yapma ile acile başvuru sırasında ölçülen ateş değerleri karşılaştırılmış olup, aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0.024$). Acilde ateş ölçmek için kullanılan ateş ölçüm bölgesi ile acile başvuru sırasında ölçülen ateş değerleri karşılaştırılmış olup, aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0.029$) (Tablo 6).

Tablo 6. Çocuklara Ait Özelliklere Göre Ateş Durumlarının Değerlendirilmesi

Özellikler	Sayı	Ortalama± Std. Sapma	Median (min-max)	Test değerleri (U-KW; p)
Tanı				
ÜSYE	28	38.27±0.69	(37.2-40.0)	
ASYE	25	38.07±0.58	(37.0-39.0)	
Tanımlanmamış ateş	21	38.25±0.45	(37.3-39.0)	
GİS enfeksiyonları	20	38.17±0.57	(37.3-39.0)	2.002;0.920*
Otit	5	37.98±1.03	(36.6-39.5)	
Kanserler	5	38.16±0.39	(37.7-38.7)	
Diğer***	8	38.31±0.68	(37.3-39.1)	
Evde müdahale				
Evet	99	38.19±0.62	(36.6-40.0)	-0.574;0.566**
Hayır	13	38.20±0.41	(37.5-39.0)	
Yaş				
0-3 yaş	59	38.12±0.61	(37.0-40.0)	
4-8 yaş	37	38.23±0.64	(36.6-39.5)	2.460;0.292*
9 yaş ve üzeri	16	38.33±0.44	(37.4-39.0)	
Acilde ılık uygulama yapma				
Evet	52	38.33±0.61	(37.3-40.0)	2.275;0.024**
Hayır	60	38.07±0.58	(36.6-39.0)	
Acilde ateş ölçüm bölgesi				
Alın	66	38.11±0.59	(36.6-40.0)	
Koltuk altı	40	38.36±0.59	(37.3-39.5)	7.112;0.029*
Kulak	6	37.90±0.60	(37.3-39.0)	
Toplam	112	38.19±0.60	(36.6-40.0)	

*: Kruskal Wallis testi için KW değeri alınmıştır. **: Mann Whitney U testi için U değeri alınmıştır. ***: Diğer seçeneğinde belirtilen tanıların her biri birbirinden farklıdır.

Tartışma

Bu çalışma tanımlayıcı bir çalışma olup, ateş şikâyeti ile acil servise getirilen çocuklarda ateş olgularının değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır. Çalışmanın planlama aşamasında ateş şikâyeti ile acil servise getirilen çocukların ebeveynleri ile görüşülmesi tasarlanmış olup, verilerin değerlendirilmesi aşamasında çalışmaya katılan ebeveynlerin tamamının annelerin olduğu görülmüştür. Bu sonuç, toplumsal aile yapımıza uygun olacak şekilde çalışmadaki çocukların tamamının muayeneye anneleri ile birlikte geldiğini göstermiştir. Çalışmada, ateş şikâyeti ile acil servise getirilen çocukların %54.5 gibi yarıdan fazlasının erkek olduğu belirlenmiştir. Celasin ve arkadaşlarının (2008)⁷ yüksek ateş şikâyeti ile çocuk hastanesine getirilen 0-6 yaş grubu çocuklarda yaptıkları çalışmada; çocukların %62.2'sinin erkek olduğu belirlenmiştir. Agrawal ve arkadaşlarının (2013)⁸ Hindistan'da bir hastanede şikâyetlerinden biri ateş olan 14 yaşından küçük çocuklar ile yaptıkları çalışmada ise

çocukların %65.9'unun erkek olduğu bildirilmiştir. Yapılan diğer çalışmalarda da nedeni tam olarak bilinmemekle birlikte ateş şikâyeti ile sağlık kuruluşlarına getirilen erkek çocukların oranlarının kız çocuklarının oranlarına göre daha yüksek olduğu görülmüş ve çalışmamız ile uyumlu bulunmuştur.^{9,10}

36 aylıktan küçük çocuklarda ateş yaygın olup, potansiyel olarak ciddi sonuçları bulunmaktadır.¹¹ Çalışmada yer alan çocukların %52.7'sinin 0-3 yaş, %33'ünün 4-8 yaş, %14.3'ünün 9 yaş ve üzeri olduğu saptanmıştır. Halıcıoğlu ve arkadaşlarının (2011)⁹ çocuk acil servis ve polikliniğine ateş nedeni ile başvuran 14 yaş ve altı 500 çocuk ile yaptıkları çalışmada; %54.8'inin 0-3 yaş, %23.4'ünün 4-6 yaş, %21.6'sinin 7-14 yaş olduğu belirlenmiştir. Literatürde yapılan benzer çalışmalarda da ateş şikâyeti ile sağlık kuruluşlarına getirilen çocukların önemli bir oranının 0-3 yaş grubu çocuklara ait olduğu görülmüş ve çalışma sonuçlarımızla uyumlu bulunmuştur.^{7,8,10}

Çalışmaya katılan annelerin %81.2'sinin 23-38 yaş, %71.4'ünün ev hanımı olduğu, babaların ise büyük çoğunluğunun bir işte çalıştığı veya emekli, %4.5 gibi düşük bir oranının işsiz olduğu belirlenmiştir. Celasin ve arkadaşlarının (2008)⁷ yaptıkları çalışmada, annelerin %63.7'sinin 20-29 yaş grubunda, %91'inin ev hanımı olduğu bildirilmiştir. Yapılan diğer bir çalışmada da annelerin %93.2'sinin 21-40 yaşında olduğu belirlenmiştir.⁹ Çalışmamızın sonuçları yapılan bu çalışmalar ile uyumlu bulunmuştur. Çalışmamızda yer alan annelerin büyük çoğunluğunun bir işte çalışmaması ve ev hanımı olması nedeniyle çocukların günlük bakımlarında veya hastalık durumlarında annelerin babalardan daha çok sorumluluk aldıklarını akla getirmektedir. Ayrıca bu yorum, ülkemizde çocuklarda ateş yönetimi ile ilgili yapılan çalışmaların çoğunun annelerle yapılmış olması ile desteklenebilir.

Çalışmaya katılan annelerin %76.8'i çocuğunu acile getirmeden önce evde ateşini ölçtüğünü belirtirken, evde çocuğunun ateşini ölçen 86 annenin %70.9'u koltuk altı, %15.1'i kulak, %11.7'si alın ve %2.3'ü ise ağız bölgesinden ateşi ölçtüğünü ifade etmiştir. Erdağ ve arkadaşlarının (2010)¹² çocuk acil polikliniğine ateş şikâyeti ile çocuğunu getiren ebeveynler ile yaptıkları çalışmada; ebeveynlerin %82'sinin ateş ölçerken koltuk altı bölgesini tercih ettiği belirlenmiştir. Matziou ve arkadaşlarının (2008)¹³ Yunanistan'da bir çocuk hastanesi acil servisine ateş şikâyeti ile getirilen çocukların anneleri ile yaptıkları çalışmada; annelerin %95.4 gibi büyük çoğunluğunun koltuk altı bölgesinden ateşi ölçtüğü bildirilmiştir. Çalışmamızda literatürle uyumlu olarak anneler tarafından ateş ölçümlerinde "koltuk altı" bölgesinin yüksek bir oranla ilk tercih edilen bölge olduğu görülmüştür.^{2,3,5-7,9,14} Ayrıca İtalyan Pediatri Topluluğu'nun "Italian Pediatric Society (IPS)" Çocuklarda Ateş Yönetimi başlıklı yayınladığı (2009) rehberine göre;

ebeveynler ya da bakım vericiler için tüm çocukların evde vücut sıcaklığının ölçümünde, dijital termometre kullanılarak koltuk altı bölgesinden ölçüm yapılması önerilmektedir.¹⁵

Çalışmada annelerin çocuklarının ateşi yükseldiğinde evde yaptıkları girişimler doğru ve yanlış uygulamalar olmak üzere iki şekilde incelenmiştir. Annelerin ateş yönetiminde doğru yaptıkları girişimlerde %54.5 ile "çocuğun giysilerini çıkarma", %36.6 ile "çocuğa ılık su ile duş aldırma", %31.3 ile "ılık su ile uygulama yapma" yer alırken, yanlış yaptıkları girişimlerde %76.8 ile "doktor önerisi olmadan antipiretik verme", %2.7 ile "doktor önerisi olmadan antibiyotik verme", %0.9 ile "sirke, alkol, kolonya uygulama durumları" yer almıştır. Literatürde yapılan benzer çalışmalarda çocukların ateşini düşürmede soğuk su ile duş aldırmanın ve soğuk uygulama yapmanın anneler tarafından yanlış girişim olarak uygulandığı^{5,16,17}, ayrıca annelerin sirke, alkol, kolonya gibi geleneksel ve hatalı uygulama durumlarının çalışmamızdaki oranlardan çok daha yüksek (sırasıyla %25.4, %48.8, %10.5, %7.7) olduğu görülmüştür.^{2,3,7,14} Literatürde yapılan diğer çalışmalarda çocuklarda ateşin düşürülmesinde bazı annelerin aspirin kullandıkları⁷ ve doktor önerisi olmadan antibiyotik kullanımının çalışmamızdaki oranlardan çok yüksek (sırasıyla %16.9, %14.4, %26.31) olduğu görülmüştür.^{2,5,8} Çocuklarda çoğu olguda ateş, kendiliğinden geçmesi beklenen viral enfeksiyonlara bağlıdır. Bu nedenle antibiyotiklerin uygunsuz ve aşırı kullanımı çocuğun iyileşmesine katkıda bulunmayacağı gibi, sık kullanılan ampirik antibiyotiklere karşı bakteriyel direnç gelişimi söz konusudur.¹⁸ Çalışmamızda annelerin ateş düşürmek için soğuk su ve aspirin kullanmaması, ayrıca sirke, alkol gibi geleneksel uygulamaların ve antibiyotik kullanımının diğer çalışmalara göre çok daha düşük olması olumlu bir sonuç olarak yorumlanabilir. Çalışmamızdan elde edilen bu sonuç,

çalışma grubunu oluşturan annelerin çocuklarında ateş yönetiminde istendik davranış sergilediklerini akla getirmektedir.

Çocuklarda ateş yönetiminde antipiretik kullanımı yer almasına rağmen, çalışmamızda annelerin çocuklarına doktor önerisi olmadan antipiretik vermesi nedeniyle, bu girişim yanlış uygulamalar başlığı altında incelenmiştir. Çataklı ve arkadaşlarının (2012)⁶ yaptıkları çalışmada; annelerin %94.7'sinin doktora danışmadan evde ateş düşürücü ilaç kullandığı belirlenmiştir. Walsh ve Edwards'ın (2006)¹⁹ yaptıkları sistematik derleme çalışmasında; ailelerin antipiretiklerin uygun doz ve zamanı konusunda yeterli bilgiye sahip olmadıkları, antipiretikleri bazen normal vücut sıcaklığında kullandıkları belirlenmiştir. Zyoud ve arkadaşlarının (2013)¹⁶ Filistin'de yaptıkları çalışmada, ailelerin %24.9'unun aynı hasta çocuk için önceki yazılmış reçetelerden, %4.5'inin hasta çocuğunun kardeşlerinden biri için önceki yazılmış reçetelerden ve %11.9'unun ise reçetesiz olarak antipiretik kullandığı bildirilmiştir. Literatürde yapılan benzer çalışmalarda da annelerde doktor önerisi olmadan antipiretik kullanımının yüksek oranlarda (sırasıyla %78.5, %99, %97, %49.2, %45.7) olduğu görülmüş ve bu sonuç çalışmamızla uyumlu bulunmuştur.^{3,9,12,13,20} Diğer çalışmalarda olduğu gibi çalışmamızda da antipiretik kullanım oranlarının çok yüksek olmasının nedeni, antipiretiklerin ateşi düşürmekten çok ailelerin kendi stresini ve çocuğunun huzursuzluğunu azaltma amacıyla kullanıldığı söylenebilir. Hekimlerin, ciddi enfeksiyon belirtilerinin eşlik etmediği hafif ateş durumlarında bile çocuğu rahatlatmak amacıyla ateş düşürücü ilaç önermeleri de ailelerin ateş konusundaki yanlış inanç ve düşüncelerini desteklemektedir.⁹ Buna karşın Sarrell ve arkadaşlarının (2002)²¹ yaptıkları çalışmada, literatürün önerdiği şekilde 38-40 derece ateşte antipiretik kullanmaya başlamanın, doktorlarda %92.3 ve

hemşirelerde %84 gibi yüksek bir oranda olduğu görülürken ailelerin genelinin ise 37-38 derece ateşte antipiretik kullandığı belirlenmiştir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ise sağlıklı çocuklarda antipiretik ajanların ateş düşürmek amacıyla rutin olarak kullanılmamasını, vücut ısısının 39°C ve üzerinde olduğu durumlarda kullanılmasını önermektedir.²² Antipiretiklerin dönüşümlü/aralıklı kullanılmasının etkin olduğunu gösteren bilimsel olarak kesinleşmiş veya resmi bir öneri olmamasına rağmen günümüzde farklı antipiretiklerin dönüşümlü/aralıklı kullanımı artmaktadır. Özellikle en sık parasetamol ve ibuprofen kullanımı yaygındır.^{6,23} Ancak Amerikan Pediatri Akademisi "American Academy of Pediatrics (AAP)" ve İngiltere'de yayınlanan ateş yönetimi ile ilgili son rehberler parasetamol ve ibuprofenin kombine ve dönüşümlü kullanımını önermemektedir.²⁴⁻²⁶

Çalışmada, çocukların %68.8'inin halsizlik, %66.1'inin bulantı-kusma, %63.4'ünün iştahsızlık, %54.5'inin huzursuzluk, %41.1'inin öksürük, %25'inin hırıltılı solunum, %17'sinin ishal ve %12.5'inin karın ağrısı şikayeti olduğu belirlenmiştir. Çocukların %47.3'ünde solunum yolu enfeksiyonu, %18.7'sinde tanımlanmamış ateş, %17.9'unda gastrointestinal sistem enfeksiyonu, %4.5'inde ise kanser gibi tıbbi tanılarının olduğu saptanmıştır. Agrawal ve arkadaşlarının (2013)⁸ yaptıkları çalışmada; çocukların %72'sinde iştah azalması, %40.9'unda aktivite kaybı, %36'sında kusma, %32.9'sunda irritabilite/ağlama, %27.4'ünde hızlı solunum, %27.4'ünde ishalin ateşe eşlik eden, diğer bulgular olduğu belirlenmiştir. Halicioğlu ve arkadaşlarının (2011)⁹ yaptıkları çalışmada; ateş nedeni ile hastaneye getirilen çocukların %75.2'sinde solunum yolu enfeksiyonu, %11.4'ünde gastroenterit, %9'unda idrar yolu enfeksiyonu, %3.6'ında viral döküntü olduğu bildirilmiştir. Öztürk ve arkadaşlarının (2011)¹⁰ çocuk acil servise

febril konvülsiyon nedeniyle getirilmiş beş yaş altı çocuklarda yaptıkları çalışmada; çocukların %83.8'inde solunum yolu enfeksiyonu, %9.8'inde akut gastroenterit, %3.1'inde idrar yolu enfeksiyonu, %1.5'inde aşı reaksiyonu olduğu bildirilmiştir. Çalışmamızda, yapılan diğer çalışmalar ile uyumlu olarak ateşi olan çocukların tıbbi tanılarında solunum yolu ve gastrointestinal sistem enfeksiyonlarının yüksek oranlar ile ilk sıralarda yer aldığı görülmüştür. Çalışmada, çocuklarda ateşe eşlik eden şikâyetlerin ise genel olarak solunum yolu ve gastrointestinal sistem hastalıklarına özgü şikâyetler olduğu söylenebilir. Ayrıca çalışmamızda diğer çalışmalardan farklı olarak tıbbi tanılarda tanımlanmamış ateş ve kanser olgularının yer aldığı görülmüştür. Literatürde immün sistemin baskılandığı kanser gibi durumlarda ateşin yükselebileceği bildirilmiştir.¹¹ Nedeni bilinmeyen ateş ise; enfeksiyondan malignansiye kadar çok geniş bir yelpazeyi kapsamakta ve 38.3 °C üzerinde en az üç kez ölçülen, en az üç hafta süren ve bir hafta süreyle hastanede yatarak araştırma sonrası tanı konulamamış rektal ateş olarak tanımlanmaktadır.²⁷ Çalışmamızda tanımlanmamış ateş olgularının yüksek çıkmasının nedeni olarak; acil serviste tanılama işlemlerinin uzun sürmesi ya da acil müdahale yapılması gerekmeyen çocukların acil sağlık personelleri tarafından polikliniklere yönlendirilmeleri olarak düşünülebilir.

Çalışmada çocukların acil servisteki ateş ölçüm değerleri incelendiğinde; 40 °C'nin üzerinde ateş olgularının olmadığı, "39.1-40.0" °C'de %4.4 gibi düşük bir oranın yer aldığı belirlenirken, %54.5 gibi yarıdan fazla bir oranın "36.0-38.0" °C'de olduğu görülmüştür. Literatürde yapılan benzer çalışmalarda ise acile ateş nedeni ile getirilen çocuklarda 40 °C'nin üzerinde ateş olgularının olduğu²⁸, ateş ölçüm değerlerinin bizim çalışmamızdaki değerlerden yüksek (%85.3'ünde 38 °C ve yukarısında ateş) olduğu görülmüştür.¹⁰ Çalışmamızda çocuklarda ateş ölçüm değerlerinin çok yüksek olmaması yapılan

bu çalışmalar ile uyumlu bulunmazken, yapılan diğer bir çalışmada ise acil servise ateş şikâyeti ile başvuruların önemli bir bölümünün aslında gerekli olmadığı, çocukların ateş yüksekliğinin saptanmadığı ve başvuruların nedeninin ateşin çocuğa zarar verebileceği düşüncesi olduğu belirtilmiş ve çalışmamızla uyumlu bulunmuştur.⁹ Çalışmamızda da çocuklarda ateş ölçüm değerlerinin çok yüksek bulunmaması, ailelerin çocuklarına bir şey olacakları nedeniyle endişe yaşamaları ve bunun sonucunda sağlık kuruluşuna başvurularını ile açıklanabilir. Yapılan çalışmalarda, çocuklarda ateş nedeniyle fiziksel rahatsızlık yaşamının 39 °C üstünde olduğu bildirilmektedir.^{24,29} Çalışmamızda ise 39 °C üstünde olgu sayısının çok düşük olmasına rağmen çocuklarda huzursuzluk şikâyetlerinin %54.5 gibi yüksek oranda görüldüğü belirlenmiş ve bu sonuç literatür ile uyumlu bulunmamıştır.

Acilde ölçülen ateş değerleri ortalamaları ile çocukların tanı, yaş ve evde müdahale uygulanma durumları arasında anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır. Acilde ılık uygulama yapılan çocukların ateş değerleri ortalamalarının (38.33±0.61), ılık uygulama yapılmayan çocukların ateş değerleri ortalamalarına göre (38.07±0.58) daha yüksek olduğu belirlenmiş olup aralarındaki fark anlamlı bulunmuştur. Ayrıca acilde ölçülen ateş değerleri ortalamaları ile ateş ölçüm bölgeleri arasında anlamlı fark olduğu görülmüştür. Çalışmamızda ılık uygulama yapılmasına karar verilen çocukların ateş değerlerinin daha yüksek olması ve ateş ölçüm bölgelerine göre ateş değerleri ortalamalarında farklılık olması beklenen bir sonuç olarak yorumlanabilir.

Çalışmada çocukların %80.3 gibi büyük çoğunluğunun acil serviste en fazla 2 saat kaldığı saptanırken, yapılan müdahalelerde %74.1 ile sağlık personeli tarafından antipiretik uygulanması ilk sırada yer almıştır. Çalışmamızda ateş şikâyeti olan çocukların ateş ölçüm değerlerinin çok yüksek (%54.5'inde 36.0-

38.0 °C) ve acilde kalış sürelerinin uzun olmadığı görülmesine rağmen sağlık personeli tarafından antipiretik kullanım oranının yüksek olması, düşük ateş değerlerinde bile gereksiz antipiretik kullanımını akla getirmektedir. Walsh ve arkadaşlarının (2006)³⁰ Avustralya'da pediatri hastanesinde çalışan 51 hemşire ile yaptıkları çalışmada hemşirelerin çocuklarda ateş yönetiminde uygulamayı etkileyen olumsuz tutum ve bilgi yetersizliklerinin olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızda da çocuklarda ateş ölçüm değerlerinin çok yüksek olmamasına karşın uygulanan gereksiz antipiretik kullanımı acil serviste çalışan sağlık personellerinin ateş yönetiminde olumsuz tutum ve bilgi yetersizliğine sahip olabileceklerini düşündürmektedir.

Sonuç

Çalışmada, acile yüksek ateş şikâyeti ile getirilen çocuklarda ateş ölçüm değerlerinin çok yüksek olmadığı görülmesine rağmen, evde anneler ve acil serviste sağlık profesyonelleri tarafından antipiretik kullanım oranlarının yüksek olduğu görülmüştür. Çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda; çocuklarda ateş yönetiminde kullanılabilecek literatürde en son bulunan mevcut kanıtlara ulaşılması ve bu kanıtların uygulamalara aktarılması için pediatri ve acil servis hemşirelerinin sürekli eğitimi gereklidir. Ayrıca pediatri hemşirelerinin, primer bakım verici rollerinden biri olan eğitici rollerini kullanarak; çalıştıkları sağlık kurumlarında eğitim toplantıları düzenleyerek ebeveynleri ateş yönetimi konusunda bilgilendirmeleri önerilir.

Yazarların Sorumlulukları

Araştırmanın tasarımı ÖÖ; verilerin toplanması AT, TKA; verilerin analizi ÖÖ, AT, TKA; makalenin yazımı ÖÖ, AT, TKA tarafından yapılmıştır.

Kaynaklar

1. Kara B. Çocuklukta ateşle ilgili bilgilerin gözden geçirilmesi [Treating

childhood fire related information review]. Sürekli Tıp Eğitim Dergisi [Journal of Continuing Medical Education] 2003;12(1):10-14.

2. Özkan H, Öztürk S. Doğu Anadolu Bölgesinde bir kent merkezinde iki aile sağlığı merkezine başvuran annelerin çocukları ateşlendiğinde yaptığı uygulamalar [The applications made by mothers applying to two family health centres in Eastern Anatolia region when their children had fever]. İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastanesi Dergisi [Journal of Dr. Behçet Uz Children's Hospital] 2013;3(2):121-126.
3. Araz NÇ. Ailelerin ateşli çocuğa yaklaşımı: bilgi, tutum ve uygulamaları [Parents' approach to fever in childhood: Knowledge, attitudes and applications]. Türkiye Çocuk Hast Derg [Turkish Journal of Pediatric Disease] 2013;1:27-32.
4. Luszczak M. Evaluation and management of infants and young children with fever. American Family Physician 2001;64(7):1219-1226.
5. Saz EU, Koturoğlu G, Duyu M, Ozananar Y, Kurugöl Z, Sever M. Türk ailelerinin ateş yönetimi ile ilgili bilinç düzeyi ve korkuları [Fears of fever and fever management in Turkish families]. Çocuk Enf Derg [J Pediatr Inf] 2009;3:161-164.
6. Çataklı T, Can V, Dallar Y. Annelerin ateş düşürücü kullanma bilgileri yeterli mi? [Is Mothers' Knowledge of Antipyretics Enough?] J Pediatr Inf 2012;6:139-143.
7. Celasin NŞ, Ergin D, Atman Ü. Yüksek ateş şikâyeti ile hastaneye yatırılan 0-6 yaş grubu çocukları olan annelerin yüksek ateşe ilişkin bilgi ve tutumları [Attitudes and knowledge concerning high temperature of mothers have 0-6 age group infants who are hospitalized due to high temperature ailments]. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi

- [Firat University Journal of Health Science] 2008;22(6):315-322.
8. Agrawal RP, Bhatio SS, Kaushik A, Sharma CM. Perception of fever and management practices by parents of pediatric patients. *Int J Res Med Sci* 2013;1(4):397-400.
 9. Halicioğlu O, Koç F, Akman SA, Teyin A. Ateşli çocuklarda; annelerin evde ateşe yaklaşımı, bilgileri ve sosyodemografik özellikler ile ilişkisi [In febrile children, mothers' knowledge and home management about fever and its relationship with sociodemographical characteristics]. *İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastanesi Dergisi [Journal of Dr. Behçet Uz Children's Hospital]* 2011;1(1):13-19.
 10. Öztürk B, Nalbantoğlu B, Güzel EÇ, Hatipoğlu S, Nalbantoğlu A. Çocuk acil ünitesine febril konvülsiyon tanısıyla başvuran beş ay-beş yaş arasındaki çocukların retrospektif olarak incelenmesi [Retrospective analysis of febril convulsion patients aged between 5 months-5 years old]. *Çocuk Dergisi [J Child]* 2011;11(3):114-121.
 11. Hamilton JL, John SP. Evaluation of fever in infants and young children. *Am Fam Physician* 2013;87(4):254-260.
 12. Erdağ GÇ, Akın Y, Girit N, Altuğ H. Ailelerin ateş ve febril konvülsiyon hakkında bilgi düzeyleri [Parent behaviour regarding fever and febrile convulsion]. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni [Medical Bulletin of Zeynep Kamil]* 2010;41(1):1-8.
 13. Matziou V, Brokalaki H, Kyritsi H, Perdikaris P, Gymnopoulou E, Merkouris A. What greek mothers know about evaluation and treatment of fever in children: An interview study. *International Journal of Nursing Studies* 2008;45:829-836.
 14. Esenay FI, İşler A, Kurugöl Z, Conk Z, Koturoğlu G. Annelerin ateşli çocuğa yaklaşımı ve ateş korkusu [Mothers' approach to febrile child and fever phobia]. *Türk Ped Arş [Turk Arch Ped]* 2007;42:57-60.
 15. Chiappini E, Principi N, Longhi R, Tovo PA, Becherucci P, Bonsignori F, Esposito S, Festini F, Galli L, Lucchesi B, Mugelli A, Martino M. Management of fever in children: summary of the Italian pediatric society guidelines. *Clinical Therapeutics* 2009;31(8):1826-1843.
 16. Zyoud SH, Al-Jabi SW, Sweileh WM, Nabulsi MM, Tubaila MF, Awang R, Sawalha AF. Beliefs and practices regarding childhood fever among parents: A Cross-sectional study from palestine. *BMC Pediatrics* 2013;13(66):1-8.
 17. Rkain M, Rkain I, Safi M, Kabiri M, Ahid S, Benjelloun BDS. Knowledge and management of fever among moroccan parents. *EMHJ* 2014;20(6):397-402.
 18. Hacımustafaoğlu M. Ateşli çocukta antibiyotik: Ne zaman? [Children in the fiery antibiotics: When?] *Güncel Pediatri [The Journal of Current Pediatrics]* 2006;3:88-91.
 19. Walsh AM, Edwards HE. Management of childhood fever by parents: Literature review. *Journal of Advanced Nursing* 2006;54(2):217-227.
 20. Yiğit R, Esenay F, Şen E, Serinol Z. Annelerin yüksek ateş konusunda bilgi ve uygulamaları [Mothers' information and applications about high fever]. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi [Journal of Atatürk University School of Nursing]* 2003;6(3):48-56.
 21. Sarrell M, Cohen HA, Kahan E. Physicians', Nurses', and Parents' attitudes to and knowledge about fever in early childhood. *Patient Education and Counseling* 2002;46:61-65.
 22. Eichenwald HF. Fever and Antipyresis. *Bull World Health Organ* 2003;81(5):372-374.
 23. Çiftdoğan DY, Gönülal DA, İkizoğlu HT, Onağ A. Çocuklarda parasetamol sonrasında ibuprofen kullanımının ateş

- kontrolü üzerine etkisi [Efficacy of ibuprofen use after paracetamol on fever control in febrile children]. *Ege Pediatri Bülteni [Aegean Paediatric Bulletin]* 2008;15(2):69-74.
24. Vitrinel A. Ateşli çocuğa yaklaşım [Management of children with fever]. *Türk Aile Hek Derg [Turkish Journal of Family Practice]* 2009;13(3):113-118.
25. Richardson M, Lakhanpaul M. Assesment and initial management of feverish illness in children younger than 5 years: Summary of NICE Guidance. *BMJ* 2007;334(7604):1163-1164.
26. Mayoral CE, Marino RV, Rosenfeld W, Greensher J. Alternating antipyretics: Is this an Alternative? *Pediatrics* 2000;105(5):1009-1012.
27. Bozkaya D, Koçak Ü. Çocukluk çağında nedeni bilinmeyen ateş [Fever of unknown origin during childhood]. *Türkiye Çocuk Hast Derg [Turkish J Pediatr Dis]* 2009;3(4):57-61.
28. Poirier MP, Collins EP, McGuire E. Fever phobia: A survey of caregivers of children seen in a pediatric emergency department. *Clin Pediatr* 2010;49(6):530-534.
29. Broome ME, Dokken DL, Broome CD, Woodring B, Stegelman MF. A study of parent/grandparent education for managing a febrile illness using the calm approach. *J Pediatr Health Care* 2003;7:176-183.
30. Walsh AM, Edwards HE, Courtney MD, Wilson JE, Monaghan SJ. Paediatric fever management: Continuing education for clinical nurses. *Nurse Education Today* 2006;26:71-77.

Genç Erişkinlerde Fiziksel Aktivite Düzeyi ile Vücut Kompozisyonu İlişkisi: Pilot Çalışma

The Relationship between Body Composition and Physical Activity Level in the Young Adults: Pilot Study

Aysel YILDIZ¹, Devrim TARAKCI², Fatma KARANTAY MUTLUAY³

ÖZET Amaç: Genç erişkinlerde fiziksel aktivite düzeyi ile vücut kompozisyonu ve cinsiyet arasındaki ilişkiyi araştırmaktır. **Materyal ve Metod:** Son 6 ay içinde kardiyopulmoner, ortopedik, romatizmal ya da metabolik hastalık hikayesi olmayan 62 öğrenci çalışmada yer aldı. Öğrencilerin demografik ve fiziksel özellikleri kaydedildi. Fiziksel aktivite düzeyi FIT Skoru ile belirlendi, vücut kompozisyonunu değerlendirmesinde Beden Kütle İndeksi ile skinfold kaliper ölçümlerinden elde edilen değerler kullanılarak hesaplanan vücut yağ oranı ve ideal vücut ağırlığı kullanıldı. **Bulgular:** Katılımcıların fiziksel aktivite ortalaması 27,08±18,74 olarak bulundu. Fiziksel aktivite seviyesi çok iyi olan öğrenciyi rastlanmadı. Kızların fiziksel aktiviteleri (26,53±19,73) ve erkeklerin fiziksel aktivite (27±18,55) ortalamaları arasında fark bulunmadı (p=0,936). Erkeklerin beden kütle indeksi (24,92±3,15 kg/m²) kızlardan (21,23±3,18 kg/m²) yüksekti (p=0,004). Kızların vücut yağ oranı (%22,74±6,93) erkeklerin vücut yağ oranından (%16,60±5,46) yüksekti (p=0,003). Her iki cinsiyet arasında fazla kilo yüzdesi bakımından fark yoktu (kızlar:0,05±0,12 erkekler:0,06±0,11, p=0,804). Korelasyon analizinde kızlarda fiziksel aktivite ve beden kütle indeksi arasında anlamlı ilişki saptanmadı (p=0,055) ancak erkeklerde fiziksel aktivite ile beden kütle indeksi (r_s=0,662, p=0,007), vücut yağ oranı (r_s=0,602, p=0,018), ideal vücut ağırlığı (r_s=0,544, p=0,036) ve fazla kilo yüzdesi arasında pozitif yönde anlamlı ilişki saptandı (r_s=0,560, p=0,030). **Sonuç:** Katılımcıların fiziksel aktivite düzeylerinin düşük seviyede olup beden kütle indekslerinin ve yağ oranlarının normal sınırlar içerisinde olması çalışmanın genç popülasyonda yapılmış olması ile açıklanabilir. Gençlerin vücut kompozisyonlarının sağlıklı olması sevindiricidir ancak ileride inaktiviteye bağlı olarak ortaya çıkabilecek sorunları önlemek açısından fiziksel aktiviteye daha fazla teşvik edilmesi gerektiği düşünülmektedir. **Anahtar kelimeler:** Fiziksel aktivite, genç erişkin, vücut kompozisyonu

ABSTRACT Aim: The aim of this study was to investigate the relationship between body composition and physical activity level in the young adults. **Materials and Methods:** 62 student with no history of cardiopulmonary, orthopedic, rheumatic or metabolic diseases in last 6 months were participate in the study. Their demographic and physical characteristics were recorded. The physical activity levels were determined by FIT score. Body mass index and fat tissue measurements with skinfold caliper, body fat percentage, and ideal weight were calculated by special formulas. **Results:** Participant's FIT score was found 27,08±18,74. There was no perfect FIT score. There wasn't statistically significant difference between males' (27±18,55) and females' (27,08±18,74) physical activity levels (p=0,936). The males' body mass index (24,92±3,15 kg/m²) were higher than the females's (21,23±3,18 kg/m²) (p=0,004). The females' body fat percentage (22,74±6,93%) was found higher than the males' (16,60±5,46%) (p=0,003). There wasn't statistically significant difference between males' percentage of overweight (0,06±0,11) and females' percentage of overweight (0,05±0,12), (p=0,804) There wasn't significant relation between physical activity and body mass index in females (p=0,055) but there were significantly positive correlation between physical activity, body mass index (r_s=0,662, p=0,007), the ideal body weight (r_s=0,544, p=0,036), body fat percentage (r_s=0,602, p=0,018) and overweight percentage (r_s=0,602, p=0,018) in males. **Conclusion:** The low physical activity level, however, their normal body mass index can be explained by conducting the experiment coming young population. Young adults' body compositions are healthy that is something good. However, they should be encouraged to engage with more physical activity.

Key words: Physical activity, young adult, body composition

Geliş Tarihi/Received:08.05.2015 /Kabul Tarihi/Accepted:01.08.2015

¹ Yrd. Doç. Dr., İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, e-mail:ayselyildiz@medipol.edu.tr

² Yrd. Doç. Dr. İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü e-mail: dtarakci@medipol.edu.tr.

³ Doç. Dr., İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, e-mail:fmutluay@medipol.edu.tr

Yazışma adresi/ correspondence: Ayşe Yıldız, e-mail:ayselyildiz@medipol.edu.tr, İstanbul Medipol Üniversitesi Kavacık Kampüsü C Blok, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, Beykoz

Giriş

Fiziksel inaktivite sağlığın (fiziksel uygunluğun) iyi bir şekilde sürdürülebilmesi için “gerekenden daha düşük” fiziksel aktivite düzeyi olarak tanımlanmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), fiziksel inaktiviteyi global mortalite için dördüncü büyük risk faktörü ve 21. Yüzyılın en büyük halk sağlığı problemi olarak bildirmektedir.¹

Fiziksel inaktivite, DSÖ’nce “Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar (BOH)” olarak tanımlanan ve bireyin yaşam kalitesi kadar sağlık bakım maliyetine de negatif etkileri olan diyabet, kardiyovasküler problemler, kanser ve kronik akciğer hastalıklarına zemin hazırlayan temel faktörlerden biridir.^{2,3}

Fiziksel uygunluk, genel sağlığın bir göstergesi olarak, fiziksel eforlara uygun cevap verebilme kapasitesidir. Fiziksel uygunluğu ölçmede kullanılan parametrelerden biri olan vücut kompozisyonu Beden Kütle İndeksi (BKİ) ve Vücut Yağ Oranı (VYO) hesaplamaları ile değerlendirilir. Bu ölçümler, obezite başta olmak üzere klinik bilimler, spor bilimleri ve halk sağlığı ile ilgili alanlarda bireylerin sağlık durumu hakkında bilgi edinmek amacı ile kullanılmaktadır.⁴⁻⁷

Fiziksel aktivite, bedeninin enerji dengesini düzenleyerek kilo kontrolünü sağlamakta ve vücut kompozisyonunu belirlemektedir. Fiziksel aktivite düzeyinin doğru ve güvenilir yöntemlerle ölçümü için doğrudan ve dolaylı yöntemler kullanılabilir.^{8,9}

Bu çalışmanın amacı, sağlıklı genç erişkinlerde fiziksel aktivite düzeyini belirlemek ve vücut kompozisyonu ile ilişkisini incelemek, aynı zamanda cinsiyetler arası farklılıkları araştırmaktır.

Materyal ve Metod

Katılımcılar

Gönüllülük prensibine göre çalışmaya katılmayı kabul eden, bilinen sağlık problemi olmayan 21-25 yaş arası üniversite öğrencileri araştırmada yer aldı. Katılımcılar çalışmanın içeriği hakkında

bilgilendirilerek onamları alındı. Fiziksel aktiviteyi engelleyecek konjenital problemi olanlar ile son 6 ay içinde kardiyopulmoner, ortopedik, romatizmal ya da metabolik hastalık hikayesi olan bireyler çalışma dışında tutuldu.

Çalışma prosedürü

Katılımcıların yaş, cinsiyet, boy ve kilo, kas iskelet ve kronik hastalık varlığı sorgulandı. Alınma kriterlerine uymayan 5 gönüllü çalışma dışı bırakıldı.

Fiziksel Aktivite düzeyi

Fiziksel aktivite düzeyi, yapılan aktivitenin şiddeti, süresi ve frekansı ile hesaplanabilmektedir. Çalışmamızda katılımcıların fiziksel aktivite düzeyi Fiziksel aktivite indeksi (FIT skoru) ile değerlendirildi.¹⁰ Fiziksel aktivite skoru Kasari FIT Skoru ile aktivitenin yapılma sıklığı (frequency), şiddeti (intensity) ve süresinin (time) çarpımı ile elde edildi (Tablo 1). FIT puanına göre fiziksel aktivite düzeyi 0-20 arası sedanter, 21-40 arası zayıf, 41-60 arası normal, 61-80 puan arası iyi ve 81-100 arası çok iyi olarak yorumlanmaktadır.

Vücut kompozisyonu

Vücut kompozisyonu, fiziksel uygunluğun en önemli göstergelerinden birisi olup vücuttaki kas, kemik ve yağ oranlarını ifade etmektedir. Yağlı ve yağsız vücut kütlelerinin toplamı aynı zamanda vücut ağırlığını oluşturmaktadır. Vücutun toplam yağ oranının yarısı deri altı yağ depolarında biriktiği için skinfold kaliper ile derialtı yağ ölçümü yapılarak toplam yağ miktarı klinik olarak ölçülebilir.

Vücut kompozisyonu için stadiometre ile katılımcıların boy ve kiloları ölçüldü; BKİ hesaplandı, sonrasında skinfold kaliper ile yağ dokusu ölçümleri yapıldı. Skinfold ölçümlerinden elde edilen değerlerden vücut yağ yüzdeleri ve ideal vücut ağırlıkları hesaplanarak kaydedildi.

BKİ, kilogram cinsinden vücut ağırlığının, metre cinsinden boy uzunluğu karesine oranı alınarak hesaplandı. $BKİ \leq 18.5 \text{ kg/m}^2$

zayıf, 18.6-24.9 kg/m² arası normal, 25.0-29.9 kg/m² arası fazla kilolu, ≥ 30.0 kg/m² obez olarak tanımlandı.

Skinfold kaliper (Holtain) ölçümleri karın (abdomen), kol (triceps), ve uyluk bölgelerinden yapılarak ikişer ölçümün ortalaması alındı. Ölçüm için deri ve deri altı yağı baş ve işaret parmağıyla tutularak kastan uzaklaştırıldı. Skinfold aletinin

kolları deri kıvrımına yerleştirildi ve kalibre milimetre cinsinden okundu. Karın ölçümü göbeğin 2 cm yan tarafından; kol ölçümü triceps kası üzerinden; uyluk ölçümü quadriceps femoris kası üzerinden dikey olarak yapıldı. İki ölçüm arasında %5' den fazla fark bulunması durumunda ölçüm tekrarlandı.¹¹

Tablo 1. Kasari FİT Skoru

SIKLIK (Frequency)	5: Haftada ≥ 6 defa (her gün)
	4: Haftada 3-5 defa
	3: Haftada 1-2 defa
	2: Ayda birkaç defa
ŞİDDET (Intensity)	5: Sürekli ağır nefes aldırarak şekilde orta düzeyde yüksek aerobik aktivite ve aralıklı sportif aktiviteler (step aerobikler, hızlı yürüme, tenis/squash vb)
	4: Sürekli ağır nefes aldirmayan orta düzeyde yüksek aerobik aktivite ve aralıklı sportif aktiviteler (step aerobik, hızlı yürüme, tenis/squash vb)
	3: Orta aerobik aktiviteler (Normal bisiklet, jogging, vb)
	2: Düşük-orta aerobikler ve sportif aktiviteler (eğlence amaçlı voleybol, orta hızda yürüme)
	1: Hafif aerobik egzersizler (normal hızda yürüme, örn; golf yürüyüşü)
SÜRE (Time)	4: > 30 dk.
	3: 20-30 dk.
	2: 10-20 dk.
	1: < 10 dk.
F.I.T. Skoru = (F) x (I) x (T)	

Skinfold (S) ölçümlerinden vücut yağ yüzdesinin (%VY) hesaplanması^{12,13}

1. **Basamak:** Skinfold ölçümlerinin toplamı alındı.
 $S_3(\text{Erkek/Kadın}) = S_f(\text{triceps} + \text{abdomen} + \text{uyuluk})$
2. **Basamak:** Cinsiyete göre geliştirilmiş formüllerle vücut yoğunluğu (Body Density-BD) bulundu.
 Erkekler için: $BD = 1.109 - (0.8267 * S_3 - 1.6 * S_3^2 / 1000 + 0.25740 * \text{Yaş}) / 1000$
 Kadınlar için: $BD = 1.099 - (0.9929 * S_3 - 2.30 * S_3^2 / 1000 + 0.13920 * \text{Yaş}) / 1000$
3. **Basamak:** "Siri denklemi" kullanılarak VY%'si hesaplandı.
 $VY\% = 100 \times (4.95 / BD - 4.5)$

Cinsiyete göre yapılan VYO değerlendirmesinde
 Kritik (zayıf) → E/K = <14 / <21
 Optimal → E/K = 14-18 / 21-25
 Yağlı → E/K = 18-25 / 25-32
 Şişman → E/K = >25 / >32 olarak kabul edildi.

İstatistiksel analiz

Veriler SPSS 15.0 istatistik programıyla (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) değerlendirildi. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov Smirnov testiyle yapıldı. İstatistiksel analizlerde yüzde dağılım oranları, Mann-Whitney U ve Spearman korelasyon analizi kullanıldı. Ölçümle belirtilen değişkenler ortalama±standart sapma ($\bar{x} \pm ss$); sayımla belirtilen değişkenler yüzde olarak ifade edildi. Anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak alındı.

Bulgular

Çalışmamızda 47 kız, 15 erkek olmak üzere toplam 62 üniversite öğrencisi yer aldı. Erkek öğrencilerin BKİ değerleri ($24,92 \pm 3,15 \text{ kg/m}^2$) kız öğrencilerden ($21,23 \pm 3,18 \text{ kg/m}^2$) daha yüksek olarak bulundu ($p=0,004$). Tüm öğrencilerden %65'i BKİ'ne göre normal, %15'i zayıf, %18'i fazla kilolu ve %2'si obez olarak

yorumlandı. Öğrencilerin fiziksel özelliklerine Tablo 2'de yer verildi.

Kız öğrencilerin VYO değerleri ($\%22,74 \pm 6,93$) erkek öğrencilerden ($\%16,60 \pm 5,46$) yüksekti ($p=0,003$). Fakat bu değerler kadın ve erkek için farklılık gösterdiğinden kendi içerisinde normal olarak kabul edildi. Kız öğrencilerin %63'ü normal, %21'i yağlı, %14'ü kritik (zayıf), %2'si çok yağlı olarak yorumlanırken, erkek öğrencilerin %68'i normal, %13'ü yağlı, %13'ü çok yağlı olarak yorumlandı.

Kız öğrencilerin ortalama FIT skoru ile ($26,53 \pm 19,73$) erkek öğrencilerin ($27 \pm 18,55$) FIT skoru ortalamaları arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmadı ($p=0,936$). Öğrencilerin FIT skoru ortalamasına bakıldığında %83'ü sedanter, %10'u iyi, %7'si normal olarak değerlendirildi. FIT skoru çok iyi çıkan öğrenciye rastlanmadı. FIT skoru sonuçlarına göre kızların %53,2'si erkeklerin %46,7'si sedanter; kızların %25,6'sı erkeklerin %26,7'si zayıf derecede fiziksel aktivite seviyesine sahipti. Normal ve iyi düzey fiziksel aktivite derecesi kızlarda %10,6 erkeklerde %13,3 olarak saptandı. Hem kızlar hem de erkeklerde fiziksel aktivite derecesi çok iyi olan bir öğrenci gözlenmedi (Tablo 3).

Tablo 2. Katılımcıların fiziksel özellikleri

	Kız (n=47)	Erkek (n=15)	p	Genel (n=62)
Yaş (yıl)	21,01±0,93	21,89±2,02	0,892	21,72±1,33
Boy (cm)	166±0,05	179±0,07	0,001	169±0,08
Vücut Ağırlığı (kg)	58,13±8,5	80,53±11,07	0,001	63,55±13,27
Beden Kütle İndeksi (kg/m²)	21,23±3,18	24,92±3,15	0,004	22,14±3,52
≤18,5 (%)	%21,2	-	0,000	%15
18,6-24,9 (%)	%63,8	%53,3	0,011	%65
25,0-29,9 (%)	%15	%40	0,003	%18
≥30,0 (%)	-	%6,7	0,000	%2

Tablo 3. Katılımcıların vücut kompozisyonu ve FIT düzeyleri

	Kız (n=47)	Erkek (n=15)	p
FIT	26,53±19,73	27±18,55	
Sedanter (%)	%53,2	%46,7	
Zayıf (%)	%25,6	%26,7	0,936
Normal (%)	%10,6	%13,3	
İyi (%)	%10,6	%13,3	
Çok İyi (%)	-	-	
İdeal Yağ oranı (%)	55,77±7,11	76,30±7,03	0,001
Fazla Kilo Yüzdesi (%)	0,05±0,12	0,06±0,11	0,804
Vücut Yağ Oranı (%)	22,74±6,93	16,60±5,46	
Kritik	%14	%6	
Optimal	%63	%68	0,003
Yağlı	%21	%13	
Şişman	%2	%13	

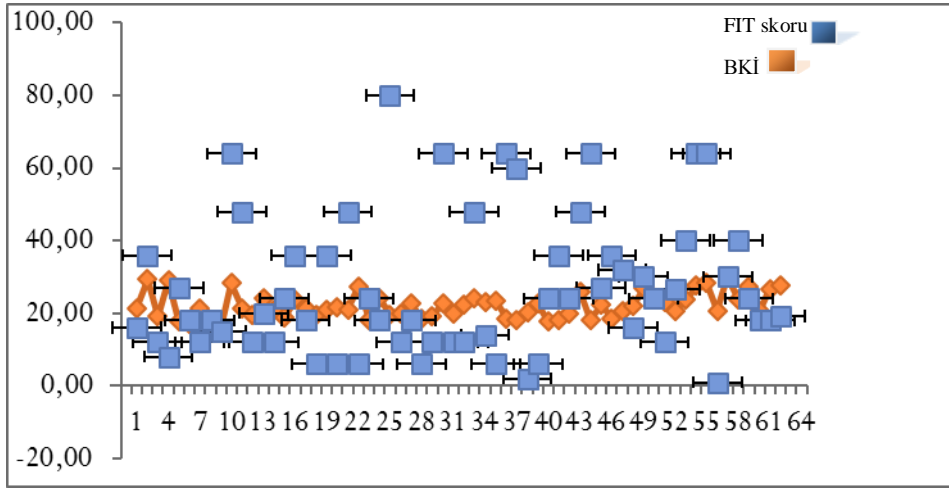
Cinsiyete göre yapılan istatistiksel analizlerde kız öğrencilerde ideal yağ oranı ile hem vücut ağırlığı ($r_s=0,662$, $p=0,000$) hem de BKİ ($r_s=0,481$, $p=0,001$) arasında pozitif yönde ilişki vardı.

Kızlarda fazla kilo yüzdesi ile VYO ($r_s=0,626$, $p=0,000$), BKİ ($r_s=0,538$, $p=0,000$) ve ayrıca vücut ağırlığının ($r_s=0,472$, $p=0,001$) pozitif yönde ilişkili olduğu da görüldü.

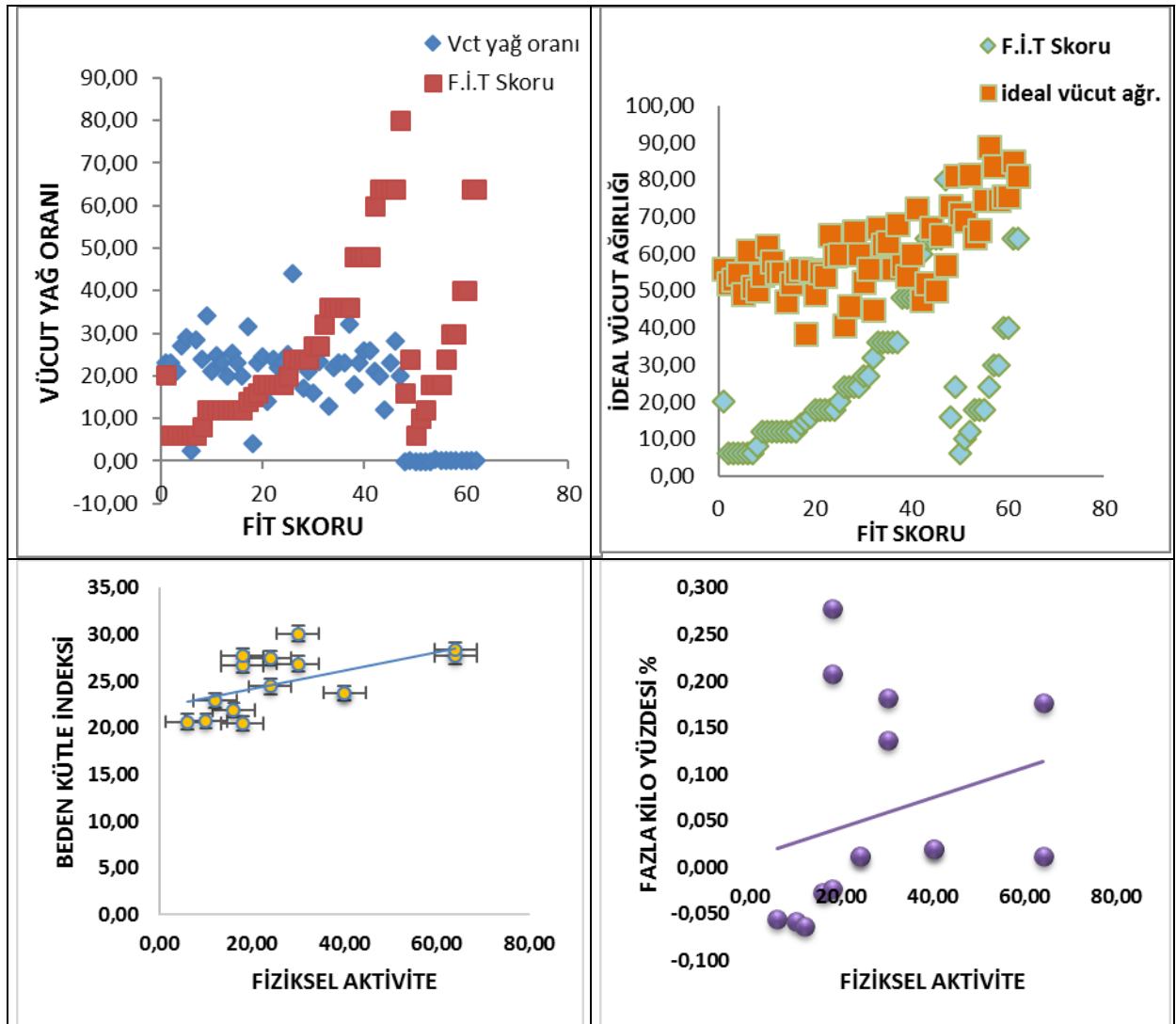
Erkek öğrencilerde ise ideal yağ oranı ile boy ($r_s=0,776$, $p=0,001$) ve BKİ ($r_s=0,520$,

$p=0,047$) arasında pozitif yönde ilişki bulundu.

Genel değerlendirme bazında FIT Skoru ve BKİ arasında anlamlı ilişki saptanmadı ($p>0,05$) (Şekil 1). Ancak FIT skorunun erkeklerde vücut ağırlığı ($r_s=0,592$, $p=0,02$), BKİ ($r_s=0,662$, $p=0,007$), VYO ($r_s=0,602$, $p=0,018$), ideal yağ oranı ($r_s=0,544$, $p=0,036$) ve fazla kilo yüzdesi ($r_s=0,560$, $p=0,03$) ile pozitif yönde ilişkili olduğu saptandı (Şekil 2)



Şekil 1. Katılımcıların ortalama BKİ ve FIT skorları arasındaki ilişki



Şekil 2. Erkek katılımcılarda FA ile VYO, ideal vücut ağırlığı, BKİ ve fazla kilo yüzdesi arasındaki ilişki

Tartışma

Sağlık Bakanlığı'na yürütülen "Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı" çalışması¹⁵ sonuçlarına göre ülkemizde 15-24 yaş arası erkeklerin %22,1'i; kızların ise %19,9'u fazla kilolu ve şişman olarak değerlendirilmiştir. Sağlık bakanlığı sonuçlarının daha geniş yaş aralığını kapsamamasının sonuçların farklılığında etkili olduğu düşüncesindeyiz. Zira aynı çalışmanın cinsiyete göre yapılan analizlerinde fazla kilolu ve obez bireylerin oranının 15-24 yaş aralığında minimum iken 45 yaş sonrasında maksimum değerlerine ulaştığı görülmektedir. Bu durum yaş artışı ile BKİ artışının paralel olarak ilerlediğini düşündürmektedir.

Teo ve ark.²¹ adölesan erkeklerde vücut yağ yapısı gelişiminin kızlara göre daha farklı olduğunu bu nedenle fiziksel aktivite düzeyinin kızlardan yüksek olduğunu ifade etmiştir. Buna ek olarak adölesan erkeklerin vücut ağırlığı, boy, bel çevresi ve bel kalça oranlarının da beklediği gibi kızlardan daha yüksek olduğunu; kızlarda ise bizimde çalışmamızda saptadığımız gibi toplam vücut yağ yüzdesinin erkeklerden daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Ayrıca FA düzeyi ile alt ekstremite yağ miktarı arasında negatif yönde ilişki olduğunu bildirmişlerdir. Çalışmamızda Teo ve ark benzer olarak FA düzeyi ile BKİ, vücut yağ oranı, ideal yağ oranı ve fazla kilo yüzdesi arasında negatif yönde anlamlı ilişki saptadık.

Fiziksel aktivite düzeyi ile vücut kompozisyonu ilişkisini araştırmak için yaptığımız analizler doğrultusunda özellikle erkeklerde FA ile vücut yağ oranı, ideal yağ oranı ve fazla kilo yüzdesi ile ilgili saptadığımız bulgular Jiménez-Pavón ve ark.'nın²² da ifade ettiği fiziksel aktivite ile yağlanma arasındaki negatif yönlü ilişki olduğu sonuçlarını desteklemektedir.

Sonuç

Kronik hastalıkların alt yapısını hazırlayan iki majör risk faktörü olan fiziksel inaktivite ve obezite oranları toplumun her kesiminde artmaya devam etmektedir. 20-23 yaş arası üniversite gençlerini değerlendirdiğimiz pilot çalışmamız kapsamında gençlerin büyük çoğunluğunun sedanter veya fiziksel aktivite katılımlarının düşük seviyelerde oluşu ve özellikle fazla kilolu birey insidansındaki artış korkutucu boyutlardadır. Bu durum toplumun diğer kesimlerine ek olarak üniversite öğrencilerinde de fiziksel aktiviteyi teşvik edici çalışmaların gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Yazarlar Katkısı

Literatür araştırması, çalışmanın tasarımı: AY, FKM, DT

Verilerin toplanması: AY, FKM

Verilerin analizi, raporlama ve yazım: AY, DT

Kaynaklar

1. World Health Organization. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020 [updated 2013; cited 2015 July 14] Available from: <http://www.who.int/entity/nmh/publications/ncd-action-plan/en/> - 29k
2. Baltacı G, Irmak H, Kesici C, Çelikcan E, Çakır B. Fiziksel aktivite bilgi serisi. 1 inci Baskı. Ankara, Sağlık Bakanlığı Yayını, 2008. [Güncellenme tarihi: Şubat 2008; Erişim tarihi: Mayıs 2015] Erişim adresi: <http://www.eskisehir.gov.tr/sarici/saglik/fiziksel-aktivite-serisi/E-A4-FIZIKSEL-AKTIVITE-BILGI-SERISI-TUMU.pdf>
3. Boyce WR, Boone EL, Cioci BW, Lee AH. Physical activity, weight gain and occupational health call centre employees. *Occup Med*, 2008; 58:238-44.
4. Heyward VH. Advanced Fitness Assessment and Exercise Prescription.

- 5th ed. Illinois: Human Kinetics, 2006. p.1-5.
5. Barbosa-Silva MC, Barros AJ, Post CL, Waitzberg DL, Heymsfield SB. Can bioelectrical impedance analysis identify malnutrition in preoperative nutrition assessment? *Nutrition* 2003;19:422-426.
 6. Daniels SR, Morrison JA, Sprecher DL, Khoury P, Kimball TR. Association of body fat distribution and cardiovascular risk factors in children and adolescents. *Circulation* 1999;99:541-545.
 7. Erselcan T, Candan F, Saruhan S, Ayca T. Comparison of body composition analysis methods in clinical routine. *Ann Nutr Metab* 2000;44:243-248.
 8. Gutin B, Manos T, Strong W. Defining Health and Fitness: First Step Toward Establishing Childrens Fitness Standarts. *Res Q Exerc Sport* 1992;63(2):128-132.
 9. Vanhees L, Lefevre J, Philippaerts R, Martens M, Huygens W, Troosters T, et al. How to assess physical activity? How to assess physical fitness? *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2005;12:102-14.
 10. Kasari D. Effects of exercise and fitness on serum lipids in college women [Master Thesis]. University of Montana, Montana, 1976.
 11. Sarıtaş N, Özkarafaki İ, Pepe O, Büyükiyekeçi S. Üniversiteli erkek öğrencilerin vücut yağ yüzdelerinin üç farklı yöntemle değerlendirilmesi [Evaluation of Body Fat Percentage of Male University Students According to Three Different Methods]. *Sağlık Bilimleri Dergisi [Journal of Health Sciences]*. 2011;20(2):107-115.
 12. MacIntyre NR. Muscle dysfunction associated with chronic obstructive pulmonary disease. *Respir Care* 2006;51:840-8.
 13. Wood LG, Fitzgerald DA, Gibson PG, Cooper DM, Collins CE, Garg ML. Oxidative stress in cystic fibrosis: dietary and metabolic factors. *J Am Coll Nutr* 2001;20:157-65.
 14. T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Fiziksel Aktivite Rehberi 2014. Ankara: Kuban Matbaacılık Yayıncılık. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 940. [Güncellenme tarihi:2014; Erişim tarihi: Mayıs 2015] Erişim adresi: http://beslenme.gov.tr/content/files/basin_materyal/Fiziksel_aktivite_rehberi/fa_rehberi_tr.pdf
 15. T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması 2013. Ankara: Anıl Matbaa Ltd. Şti. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 909. [Güncellenme tarihi:2013; Erişim tarihi: Mayıs 2015] Erişim adresi: <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/khrrfat.pdf>
 16. World Health Organization. Global Recommendations on Physical Activity for Health. 2010. [updated 2010; cited 2015 July 14] Available from: <http://www.who.int/entity/dietphysicalactivity/publications/9789241599979/en/-30k>
 17. Gökçay G, Furman A, Neyzi O. Updated growth curves for Turkish children aged 15 days to 60 months. *Child Care Health Dev.* 2008 Jul; 34(4):454-63.
 18. Neyzi O, Günöz H, Furman A, Bundak R, Gökçay G, Darendeliler F ve ark. Türk çocuklarında vücut ağırlığı, boy uzunluğu, baş çevresi ve vücut kitle indeksi referans değerleri [Weight, height, head circumference and body mass index references for Turkish children]. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi [J of Child Health and Dis]* 2008;51-14.
 19. Savcı S, Öztürk M, Arıkan H, İnce Dİ, Tokgözoğlu L. Üniversite öğrencilerinin fiziksel aktivite düzeyleri [Physical activity levels of university students]. *Türk Kardiyol Dern Arşivi [Arch Turk Soc Cardiol]* 2006;34(3):166-172.
 20. Şanlıer N. Gençlerde Biyokimyasal Bulgular, Antropometrik Ölçümler,

Vücut Bileşimi, Beslenme ve Fiziksel Aktivite Durumlarının Değerlendirilmesi [Biochemical Findings among the Youth, Anthropometrical Measurements, Body Composition, Evaluation of Nutritional and Physical Activity Status]. GÜ, Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi [GU, Journal of Gazi Educational Faculty], 2005;25(3):47-73.

21. Teo PS, Nurul-Fadhilah A, Aziz ME, Hills AP, Foo LH. Lifestyle practices and obesity in Malaysian adolescents. *Int J Environ Res Public Health*. 2014 May 30;11(6):5828-38.
22. Jiménez-Pavón D, Kelly J, Reilly JJ. Associations between objectively measured habitual physical activity and adiposity in children and adolescents: Systematic review. *Int J Pediatr Obes*. 2010;5(1):3-18.

Primipar Ve Multipar Gebelerde Doğum Ve Doğum Sonu Döneme İlişkin Endişelerin Belirlenmesi

Determination of Anxieties Related To Delivery and Postpartum Period in Primiparous and Multiparous Pregnant Women

Zehra Demet ÜST^a, Türkan PASİNLİOĞLU^b

ÖZET Amaç: Bu araştırma; primipar ve multipar gebelerde doğum ve doğum sonu döneme ilişkin endişelerin belirlenmesi amacıyla karşılaştırmalı tanımlayıcı olarak yapılmıştır. **Materyal ve Metod:** Araştırma Sağlık Bakanlığı Erzurum Nenehatun Kadın Doğum Hastanesi'ne doğum öncesi izlem için başvuran gönüllü 300 gebe üzerinde yapılmıştır. Veriler, 15 Mayıs-30 Aralık 2011 tarihleri arasında toplanmıştır. Verilerin toplanmasında "Kişisel Bilgi Formu" ve "Doğum ve Doğum Sonrası Döneme İlişkin Endişeler Ölçeği" kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde; yüzdelik dağılımlar, ortalama, t testi, tek yönlü varyans, Kruskall Wallis ve Mann-Whitney U testleri kullanılmıştır. **Bulgular:** Primipar gebelerin Doğum ve Doğum Sonrası Döneme İlişkin Endişeler Ölçeği toplam puan ortalamasının 5.80±1.41, multiparların 5.22±1.29 olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (p<0.001). Primipar ve multipar gebelerin her ikisinde de ilgili ölçek alt boyutlarından alınan en yüksek puan ortalamasının "Doğum Sırasında Sağlık Personelinin Davranışına Yönelik Endişeler" alt boyutuna, en düşük puan ortalamasının ise "Doğum Sonrası Eşinden Destek Alamama Endişesi" alt boyutuna ait olduğu saptanmıştır. **Sonuç:** Gebelerin endişe düzeylerinin genel olarak orta derecede olduğu ve primipar gebelerde multiparlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Gebelik, endişe, doğum, doğum sonu dönem.

ABSTRACT: Aim:The purpose of this comparative descriptive study is to determine anxieties related to delivery and postpartum period in primiparous and multiparous pregnant women. **Material and Method:** The study was conducted on 300 voluntary pregnant women who applied for prenatal control to Erzurum Nenehatun Maternity Hospital of Ministry of Health. The data was collected between May 15, 2011 and December 30, 2011. "Personal Information Form" and "Scale of Fears of Childbirth and Postpartum Period" were used to collect data. Percentage distributions, mean, t test, one-way variance analysis, Kruskall Wallis test and Mann-Whitney U test were used to evaluate data. **Results:** It was determined that total mean score of Scale of Fears of Childbirth and Postpartum Period of primiparous pregnant women was 5.80±1.41 and multiparous was 5.22±1.29 and there was statistically significant difference (p<0.001). The highest mean score obtained by primiparous and multiparous pregnant women from sub-scales of the related scale was of the sub-scale "anxieties towards behaviors of healthcare personnel during delivery"; and the lowest mean score was of the sub-scale "anxiety of not receiving any support from her husband during postpartum period". **Conclusion:** It was determined that level of anxiety in pregnant women was generally medium; and higher in primiparous pregnant women in comparison to others.

Keywords: Pregnancy, anxiety, delivery, postpartum period.

Geliş Tarihi/Received:26.06.2015 /Kabul Tarihi/Accepted:06.09.2015

^a Yazışma Adresi/Correspondence: Arş. Gör., Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, Kampüs/Erzurum, e-mail: zehra.ust@hotmail.com, Tlf: 0(442)2311233/5791

^b Prof.Dr., Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Kampüs/Erzurum, e-mail: tpasin@atauni.edu.tr, Tlf: 0(442)2311233

*Çalışma Atatürk Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri birimi tarafından desteklenmiş olup, 20-22 Haziran 2013 tarihleri arasında İzmir'de yapılan I. Ulusal Doğum Sonrası Bakım Kongresi'nde poster bildiri olarak sunulmuştur.

*Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi-2012

Giriş

Psikolojik, biyolojik ve duygusal değişimlerin yaşandığı bir dönem olan gebelik, kadın hayatının en önemli olaylarından biridir.¹ Bu dönemde bazı kadınlarda çelişki, belirsizlik, içe dönüklük, pasif kişilik, bağımlılık, korku, kaygı gibi psikolojik değişikliklerle ortaya çıkan ruhsal sorunlar görülebilmektedir. Kaygı özellikle doğum ve doğum sonrası dönemde kadınları olumsuz yönde etkilemektedir.²⁻⁴

Kaygı, yaşamın belirli dönemlerinde zaman zaman yaşanan rahatsız edici endişe ve korku duygusudur.⁵ Kaygının yaşanması bir yere kadar sağlıklı iken, bir süre sonra kişinin yaşamını, olumsuz yönde etkilemektedir. Duygusal gerilimin, özellikle depresyon ve kaygının, gebelik ve doğum komplikasyonlarını artırdığı, yenidoğanın sağlığını olumsuz etkilediği, erken doğuma, düşük doğum ağırlığına ve rahim içi gelişim geriliğine neden olduğu bildirilmiştir.^{6,7} Bundan dolayı gebelik dönemini sağlıklı ve rahat geçirmek kadın ve doğacak çocuk için çok önemlidir.⁸

Fizyolojik bir olay olarak değerlendirilen gebelik ve doğum kadın için büyük bir stres oluşturur. Özellikle ilk gebeliğinde kadın, tanımlayamadığı birçok yeni duyguyu bir arada yaşamakta, doğum anında karşılaşılabileceği olayları tahmin edememektedir.⁹ Anne adayını bir taraftan kendisi için bilinmeyen doğum olayının meydana geleceği anı korku ve heyecanla beklerken, diğer taraftan bir canlı dünyaya getirilenin gururunu yaşar.⁹

Gebelik döneminde bazı kadınlar doğum eylemine yönelik farklı nedenlerden kaynaklanan korku duygusunu da yaşarlar.¹⁰ Yapılan çalışmalara göre doğumda bebeğin ölmesi ya da zarar görmesi, bebeğin malformasyonlu olması, ağrı yaşama, sezaryen doğumun gerekli olması, doğum personeline güvenmeme, doğumda panik yaşama, kontrolsüz çığlık atma, kontrol kaybı yaşama, doğum eylemi boyunca yalnız olma, doğumun nasıl olacağını bilmeme ve ölüm gibi birçok

düşünce korkuların nedenini oluşturmaktadır.¹¹⁻¹⁴ Eylemin sona ermesi ve laktasyonun başlaması ile başlayan doğum sonu dönemde, önemli anatomik, fizyolojik ve psikolojik değişimler yaşanmaktadır. Bu dönemde annenin değişikliklere uyum sağlayıp, kendisi ve bebeğine bakabilmesi beklenmektedir. Doğum sonu ilk birkaç gün anne pasif ve bağımlı olup, daha çok alıcı konumundadır. Anne doğum sonu sürece uyum sağladıkça ilgisi bebeğe yönelir ve sütünün yetmeyeceği, ona bakamayacağı gibi endişelerle karşı karşıya kalır.^{15,16}

Gebelik, doğum ve doğum sonu dönem ile ilgili fizyolojik değişiklikler, fiziksel komplikasyonlar, yorgunluk, yetersizlik, izolasyon, bebeğin gereksinimleri, rol çatışması, hem bebek hem de ailedeki diğer kişilerin sorumluluğunun devamı gibi nedenler annenin bu dönemdeki adaptasyonu zorlaştırmaktadır. Dinamik değişikliklerin olduğu bu dönemde bilgi verme, danışmanlık yapma ve ebeveynlerin endişelerini giderme gibi yaklaşımlar verilen hizmetin verimliliğini artırarak bu sürecin daha sağlıklı bir şekilde geçirilmesine katkı sağlayacaktır.

Bu araştırma, primipar ve multipar gebelerin doğum ve postpartum döneme ilişkin yaşadıkları endişeleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntemler

Tanımlayıcı ve gruplar arası karşılaştırmalı olan bu araştırma, Erzurum'da Sağlık Bakanlığı'na ait bir doğum hastanesinde 15 Mayıs 2011 -30 Aralık 2011 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmanın evrenini, yukarıda belirtilen tarihler arasında hastanenin polikliniklerine başvuran ve araştırmaya katılabilme kriterlerini taşıyan (en az ilkokul mezunu olan, gebelikte riskli bir durumu bulunmayan ve doğal yolla gebe kalmış olan) gebeler oluşturmaktadır.

Çalışmaya alınması gereken minimum örneklem büyüklüğünü hesaplamak için evrendeki eleman sayısının bilinmediği

durumlardaki örneklem seçme formülü kullanılmış ve 233 kişi olarak hesaplanmıştır. Örneklemin evreni temsil etme gücü düşünülerek çalışmaya 300 gebe (150 primipar, 150 multipar) dahil edilmiştir.¹⁷

Veriler araştırmacı tarafından geliştirilen "Kişisel Bilgi Formu" ve Kitapçioğlu ve ark. tarafından 2007 yılında geliştirilen "Doğum ve Doğum Sonrası Döneme İlişkin Endişeler Ölçeği" kullanılarak toplanmıştır.

Kişisel Bilgi Formu; bu form, literatür bilgileri doğrultusunda araştırmacı tarafından geliştirilmiştir. Gebelerin sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerini belirleyebilecek türde toplam 16 soru içermektedir.

Doğum ve Doğum Sonrası Döneme İlişkin Endişeler Ölçeği (DDSEÖ); Kitapçioğlu ve ark. tarafından 2007 yılında geliştirilmiştir. Ölçek, doğum ve doğum sonrası dönemde kadınların yaşadıkları endişeleri belirleyebilecek türde 10 alt boyuttan (61 ifadeden) oluşup, 5'li likert tiptedir. Her bir ifade için en düşük 1, en yüksek 5 puan verilmiştir. Ölçekte ters puanlanan ifadeler bulunmamaktadır. Ölçekte standartlaştırma sonrası elde edilen puanlar 1-10 arasında değişmektedir ve sandardizasyon sonrası puanlar; 0.00-2.00: Çok düşük, 2.01-4.00: Düşük, 4.01-6.00: Orta, 6.01-8.00: Yüksek, 8.01-10.00: Çok yüksek olarak değerlendirilmektedir.¹⁰

Araştırmadan elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 13.0 paket programında değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde; yüzdeler, dağılımlar, ortalama, t testi, tek yönlü varyans, Kruskal Wallis ve Mann-Whitney U testleri kullanılmıştır.

Araştırmaya başlanmadan önce Kitapçioğlu ve ark. geliştirmiş olduğu "Doğum ve Doğum Sonrası Döneme İlişkin Endişeler Ölçeği" için kullanma izni, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurulu'ndan onay ve Kadın

Doğum Hastanesi'nden uygulama izni alınmıştır.

Araştırma verilerinin toplanması esnasında gebelere araştırma hakkında bilgi verilerek "Aydınlatılmış Onam" ilkesi, araştırmaya katılıp katılmama konusunda özgür oldukları belirtilerek "Özerkliğe Saygı" ilkesi, araştırmaya katılan gebelerin bilgilerinin gizli tutulacağı belirtilerek "Gizlilik ve Gizliliğin Korunması" ilkesi yerine getirilmiştir. Anket ve ölçek uygulaması tamamlandıktan sonra gebelerin soruları yanıtlanmış, bilgi almak isteyen gebeler bilgilendirilmiştir.

Bulgular

Primipar gebelerin sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerinin DDSEÖ puan ortalamaları ile karşılaştırılması Tablo 1'de verilmiştir. Buna göre; primipar gebelerin %44.7'sinin 20-24 yaş aralığında, %37.3'ünün eğitim durumunun ilköğretim düzeyinde, %77.3'ünün çalışmadığı ve %77.3'ünün ev hanımı olduğu saptanmıştır. Primipar gebelerin eşlerinin %41.3'ünün eğitim durumunun yükseköğretim düzeyinde olduğu, %46.7'sinin kamuda çalıştığı, %62.0'mın ekonomik durumunun orta düzeyde olduğu, % 72.7'sinin il merkezinde yaşadığı ve % 67.3'ünün çekirdek aile yapısında olduğu saptanmıştır. Primipar gebelerin %84.7'sinin 3. trimesterde olduğu, %80.0'mın normal doğum yapmayı planladıkları, %85.3'ünün gebeliğini planladığı, %90.7'sinin sosyal desteğinin olduğu ve %82.7'sinin daha öncesinde herhangi bir eğitim/danışmanlık hizmeti almadığı saptanmıştır. Primipar gebelerin sosyo-demografik ve obstetrik özellikleri ile DDSEÖ puan ortalamaları ile karşılaştırıldığında eğitim durumu, eşin eğitim durumu, eşin mesleği ve planlanan doğum şekli ile DDSEÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (p<0.05).

Tablo.1. Primipar Gebelerin Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özelliklerinin DDSEÖ Puan Ortalamaları ile Karşılaştırılması

	Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özellikler	Primipar Gebeler (n=150)		DDSEÖ Puan ortalaması	SS	Test ve p Değeri
		n-	%			
Yaş	15-19	13	8.7	5.72	1.75	KW= 3.854 p>0.05
	20-24	67	44.7	6.01	1.36	
	25-29	53	35.3	5.59	1.48	
	30 ve üstü	17	11.3	5.64	1.06	
Eğitim Durumu	İlköğretim	56	37.3	6.16	1.40	F=4.427 p<0.05
	Ortaöğretim	54	36.0	5.78	1.44	
	Yükseköğretim	40	26.7	5.31	1.26	
Çalışma Durumu	Çalışıyor	34	2.7	5.92	1.22	t=0.60 p>0.05
	Çalışmıyor	116	77.3	5.76	1.47	
Mesleği	Kamu	34	22.7	6.01	1.18	t=1.004 p>0.05
	Ev hanımı	116	77.3	5.73	1.47	
Eşinin Eğitim Durumu	İlköğretim	34	22.7	6.22	1.43	F=4.898 p<0.05
	Ortaöğretim	54	36.0	6.00	1.39	
	Yükseköğretim	62	41.3	5.39	1.33	
Eşinin Mesleği	Kamu	70	46.7	5.51	1.32	F=3.843 p<0.05
	Özel sektör	45	30.0	5.83	1.57	
	Serbest meslek	35	23.3	6.31	1.25	
Ekonomik Durum	Kötü	24	16.0	6.25	1.40	KW=4.215 p>0.05
	Orta	93	62.0	5.63	1.43	
	İyi	33	2.0	5.94	1.31	
Yaşadığı Yer	İl	109	72.7	6.35	1.18	KW=3.619 p>0.05
	İlçe	22	14.7	5.51	1.57	
	Köy	19	12.6	5.76	1.40	
Aile Tipi	Çekirdek aile	101	67.3	5.98	1.32	t=1.101 p>0.05
	Geniş aile	49	32.7	5.71	1.45	
Gebeliği Planlama Durumu	Evet	128	85.3	5.77	1.47	MWU=1342.00 p>0.05
	Hayır	22	14.7	5.92	1.06	
Planlanan Doğum Şekli	Normal Doğum	138	92.0	5.87	1.40	MWU=510 p<0.05
	Sezaryen Doğum	12	8.0	4.93	1.36	
Trimester	1. Trimester	6	4.0	5.80	1.83	KW=0.42 p>0.05
	2. Trimester	17	11.3	5.67	1.48	
	3. Trimester	127	84.7	5.81	1.39	
Sosyal Destek Varlığı	Evet	136	90.7	5.80	1.42	WU=941.000 p>0.05
	Hayır	14	9.3	5.77	1.37	
Daha Önce Danışmanlık/Eğitim Alma Durumu	Almış	26	17.3	6.04	1.35	MWU=1403.00 p>0.05
	Almamış	124	82.7	5.74	1.42	

Tablo.2. Multipar Gebelerin Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özelliklerinin DDSEÖ Puan Ortalamaları ile Karşılaştırılması

	Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özellikler	Multipar Gebeler (n=150) N %	DDSE Ö Puan ortalaması	SS	Test ve p Değeri
Yaş	15-19	5-3.4	6.11	0.87	KW= 2.861 p>0.05
	20-24	15-10.0	5.33	1.29	
	25-29	65-43.3	5.17	1.28	
	30 ve üstü	65-43.3	5.16	1.32	
Eğitim Durumu	İlköğretim	91-60.7	5.29	1.17	KW= 2.607 p>0.05
	Ortaöğretim	36 -24.0	5.30	1.48	
	Yükseköğretim	23-15.3	4.77	1.40	
Çalışma Durumu	Çalışıyor	14 -9.3	4.77	1.46	MWU=746.00 0 p>0.05
	Çalışmıyor	136-90.7	5.26	1.27	
Mesleği	Kamu	16-10.7	4.86	1.39	MWU=879.00 0 p>0.05
	Ev hanımı	134-89.3	5.26	1.27	
Eşinin Eğitim Durumu	İlköğretim	41-27.3	5.21	1.26	F=5.036 p<0.05
	Ortaöğretim	72-48.0	5.49	1.20	
	Yükseköğretim	37-24.7	4.68	1.36	
Eşinin Mesleği	Kamu	45-30.0	4.98	1.44	F=1.137 p>0.05
	Özel sektör	48-32.0	5.36	1.09	
	Serbest meslek	57- 38.0	5.29	1.32	
Ekonomik Durum	Kötü	31-20.7	5.37	1.32	KW=2.249 p>0.05
	Orta	94-62.7	5.26	1.11	
	İyi	25-16.7	4.86	1.67	
Yaşadığı Yer	İl	107- 71.3	5.42	1.29	KW=1.399 p>0.05
	İlçe	18 -12.0	5.30	1.29	
	Köy	25 -16.6	5.15	1.29	
Aile Tipi	Çekirdek aile	108-72.0	5.40	1.41	t=1.070 p>0.05
	Geniş aile	42-28.0	5.15	1.24	
Gebelik Sayısı	2	76-50.7	5.09	1.23	F=0.887 p>0.05
	3	43- 28.6	5.29	1.39	
	4	31-20.7	5.43	1.28	
Gebeliği Planlama Durumu	Evet	110-73.3	5.18	1.29	t=-0.513 p>0.05
	Hayır	40-26.7	5.31	1.29	
Önceki Doğum Şekli	Normal Doğum	89-59.4	5.34	1.211	t=1.48 p>0.05
	Sezaryen Doğum	61-40.6	5.03	.38	
Planlanan Doğum Şekli	Normal Doğum	74-56.6	5.41	1.17	t=2.16 p<0.05
	Sezaryen Doğum	65-43.4	4.96	1.40	
Trimester	1. Trimester	5-3.3	5.01	2.13	KW=3.338 p>0.05
	2. Trimester	22-14.7	4.76	1.43	
	3. Trimester	-123- 82.0	5.31	1.22	
Sosyal Destek Varlığı	Evet	118-78.7	5.15	1.24	t=-1.204 p>0.05
	Hayır	32-21.3	5.46	1.44	
Daha Önce Danışmanlık/Eğitim	Almış	36 -24.0	5.24	1.03	t=0.104 p>0.05
	Almamış	114-76.0-	5.21	1.36	

Alma Durumu**Tablo.3.** Primipar ve Multipar Gebelerin DDSEÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Gebelik Durumu	DDSEÖ Puan Ortalamaları	SS	Test ve p Değeri
Primipar	5.80	1.41	t = 3,704 p < 0.001
Multipar	5.22	1.29	

Tablo.4. Primipar ve Multipar Gebelerin DDSEÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

DDSEÖ Alt Boyutları	Primipar Gebeler Ortalama ±SS	Multipar Gebeler Ortalama± SS	Test ve p Değeri
1. Bebeğe İlişkin Endişeler	5.42±1.75	5.37± 1.98	t= 0.234 p>0.05
2. Doğum Eylemine İlişkin Endişeler	6.81±1.85	5.86± 1.97	t = 4.257 p<0.001
3. Doğum Sonrası Emzirmeye İlişkin Endişeler	6.54 ±2.45	5.70 ±2.28	t= 3.080 p<0.05
4. Doğum Sonrasında Bebek Bakımında Yetersiz Kalma Endişesi	5.46 ±1.97	4.14 ±1.77	t= 6.097 p<0.001
5. Doğum Sonrası Sosyal Yaşama İlişkin Endişeler	4.69±2.17	4.63±2.14	t= 0.214 p>0.05
6. Doğum Sonu Bebek ve Loğusa Sağlığına İlişkin Endişeler	5.47±1.68	5.19±1.70	t= 1.390 p>0.05
7. Doğum Sonrası Eşinden Destek Alamama Endişesi	4.10 ±1.86	3.97± 1.65	t= 0.603 p>0.05
8. Travay Öncesi Endişeler	6.01±2.52	5.33±2.32	t= 2.428 p<0.05
9. Doğum Sırasında Sağlık Personelinin Davranışına Yönelik Endişeler	6.98 ± 2.34	6.22± 2.40	t= 2.772 p<0.05
10. Sezaryen Olma Endişesi	6.50±2.68	5.74 ±2.61	t= 2,462 p<0.05

Tablo 2’de multipar gebelerin sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerinin DDSEÖ puan ortalamaları ile

karşılaştırılması verilmiştir. Buna göre; multipar gebelerin %43.3’ünün 30 ve üstü yaş aralığında olduğu, %60.7’sinin eğitim

durumunun ilköğretim düzeyinde olduğu, %90.7'sinin çalışmadığı, %89.3'ünün ev hanımı olduğu saptanmıştır. Multipar gebelerin eşlerinin %48.0'nin eğitim durumunun ortaöğretim düzeyinde olduğu ve %38.0'nin serbest meslekte çalıştığı bulunmuştur. Multipar gebelerin %62.7'sinin ekonomik durumunun orta düzeyde olduğu, %71.3'ünün il merkezinde yaşadığı ve %72.0'nin çekirdek aile yapısında olduğu saptanmıştır. Multipar gebelerin %50.7'sinin 2. gebeliği olduğu, %82.0'nin 3. trimesterde olduğu, %54.7'sinin önceki doğum şeklinin normal doğum olduğu, %49.3'ünün ise şimdiki gebeliği için normal doğum planladıkları bulunmuştur. Multipar gebelerin %73.3'ünün şimdiki gebeliğini planladığı, %78.7'sinin sosyal desteğinin olduğu ve %76.0'nin daha öncesinde herhangi bir eğitim/danışmanlık hizmeti almadığı belirlenmiştir. Multipar gebelerin sosyo-demografik ve obstetrik özellikleri ile DDSEÖ puan ortalamaları ile karşılaştırıldığında eşin eğitim durumu ve planlanan doğum şekli ile DDSEÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 3'te primipar ve multipar gebelerin DDSEÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması incelenmiş, primipar gebelerin DDSEÖ puan ortalamalarının 5.80 ± 1.41 , multipar gebelerin DDSEÖ puan ortalamalarının 5.22 ± 1.29 olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < 0.001$).

Tablo 4'te primipar ve multipar gebelerin DDSEÖ alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması incelenmiştir. Buna göre; primipar ve multipar gebelerde 2., 3., 4., 8., 9., ve 10. alt boyut puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0.001$, $p<0.05$), 1., 5., 6. ve 7. alt boyut puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur.

Tartışma

Primipar gebelerin sosyo-demografik ve obstetrik özellikleri ile DDSEÖ puan ortalamaları ile karşılaştırıldığında eğitim durumu, eşin eğitim durumu, eşin mesleği ve planlanan doğum şekli ile DDSEÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Gözüyeşil ve ark.⁷⁸ çalışmasında da gebelerin depresyon puan ortalamaları ile eğitim durumları karşılaştırılmış, ilköğretim mezunu olan gebelerin depresyon puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Gözüyeşil ve ark.¹⁷ ile Kılıçarslan'ın¹⁸ çalışmalarında gebenin eşinin eğitim düzeyinin artmasının, gebede depresyon durumunu azalttığı bulunmuştur. Buna karşın Akbaş ve ark.¹⁹ yaptığı çalışmada eşin eğitim durumu ile anksiyete ve depresyon arasında ilişki bulunamamıştır. Arslan'ın²⁰ çalışmasında araştırmaya katılan gebelerin eşlerinin meslekleri ile anksiyete puanı arasında anlamlı farklılık gözlenmediği fakat eşlerinin meslekleri ile depresyon puanları arasında anlamlı farklılık gözlemlendiği bulunmuştur.

Primipar gebelerin obstetrik özelliklerine göre DDSEÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması incelendiğinde; primipar gebelerin obstetrik özelliklerinin hiçbirinde ilgili ölçek puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$).

Multipar gebelerin sosyo-demografik ve obstetrik özellikleri ile DDSEÖ puan ortalamaları ile karşılaştırıldığında eşin eğitim durumu ve planlanan doğum şekli ile DDSEÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Araştırmayı destekler nitelikte Gözüyeşil ve ark.¹⁷ ile Kılıçarslan'ın¹⁸ çalışmalarında da gebenin eşinin eğitim düzeyinin artmasının, gebede depresyon durumunu azalttığı belirtilmiştir. Buna karşın Akbaş ve ark.¹⁹ yaptığı çalışmada eşin eğitim durumu ile anksiyete ve depresyon arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Hem primipar hem de multipar gebelerde DDSEÖ puan ortalamasının normal doğum planlayan gebelerde yüksek olduğu saptanmıştır. Bunun, yaşanan deneyimlerin kadınlar arasında paylaşılması ve normal doğumun ağırlı ve kanlı bir eylem olarak bilinmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Yapılan araştırmalarda da gebelerin en fazla doğum ağrısı olmak üzere; doğumda panik yaşama, kendisinin doğum yapabilecek yetenekte olmadığını düşünme, başaramamaktan korkma, doğumda yanlış bir davranışta bulunarak kendisine ve bebeğine zarar vermektan korkma gibi nedenlerle normal doğum eyleminden korktuğu belirtilmiştir.^{9,12,21-24}

DDSEÖ puan ortalamalarına bakıldığında; primipar gebelerde 5.80 +1.41, multipar gebelerde 5.22+1.29 olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.001$). Buna göre gebelerin endişe düzeyi orta derecede olup, primipar gebelerde daha yüksektir. Araştırma bulgusunu destekleyecek şekilde, Akbaş ve ark.¹⁹ ile Kaplan ve ark.'nın²⁵ yaptıkları çalışmalarda; ilk gebeliği olanlarda daha fazla durumsal kaygı saptanmıştır. Buna karşılık Arslan'ın²⁰ yaptığı çalışmada; gebelik sayısı arttıkça depresyon ve anksiyete puanlarının yükseldiği belirlenmiştir.

Bu araştırmada primipar gebelerde endişe düzeyinin daha yüksek olmasının nedeninin doğum ve doğum sonu dönem ile ilgili bilgi eksikliğinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Primipar gebeler deneyimsiz oldukları için doğum anında ve doğumdan sonra karşılaşılabilecekleri olayları tahmin edememekte, bu da gebelerin endişesinin artmasına neden olabilmektedir. Araştırma bulgularına göre multipar gebelerde de endişe düzeyi orta derecedir. Doğum ve doğum sonu dönem ile ilgili bilgi sahibi olmanın endişe düzeyini azalttığı fakat endişeyi ortadan kaldırmadığı söylenebilir. Doğumun ağırlı ve kanlı bir eylem olması ve kadının mahremiyetini tehdit etmesi nedeniyle tüm

gebelerde bir miktar endişenin her zaman var olacağı düşünülmektedir.

Primipar ve multipar gebelerin DDSEÖ'nin alt boyutlarına göre puan ortalamalarının karşılaştırılması incelendiğinde; araştırmada en yüksek endişe düzeyi Doğum Sırasında Sağlık Personelinin Davranışına Yönelik Endişeler alt boyutuna ait olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Sjögren'in²⁶ yaptığı çalışmada gebelik döneminde saptanan en önemli korku nedeninin doğumda görev alan sağlık personeline güven eksikliği olarak belirtilmiştir. İkinci sırada Doğum Eylemine İlişkin Endişeler alt boyutu gelmektedir ($p<0.001$). Yaşanan olumsuz deneyimlerin kadınlar arasında paylaşılarak yayılmasının ve görsel medyada gösterilen ağırlı doğum sahnelerinin özellikle primipar gebelerde endişenin artmasına neden olduğu düşünülmektedir. Benzer araştırmalarda gebelerde en fazla doğum ağrısı olmak üzere; doğumda panik yaşama, kendisinin doğum yapabilecek yetenekte olmadığını düşünme, başaramamaktan korkma, doğumda yanlış bir davranışta bulunarak kendisine ve bebeğine zarar vermektan korkma gibi nedenlerle normal doğum eyleminden de korktuğu ve bunun da isteğe bağlı sezaryen oranını artırdığı belirtilmiştir.^{9,12,21-24}

Üçüncü sırada Doğum Sonrası Emzirmeye İlişkin Endişeler alt boyutu gelmektedir ($p<0.05$). Arslan'ın²⁰ çalışmasında da primipar annelerin danışmanlık sürecinde danıştıkları konuların başında bebek beslenmesi ile ilgili konuların geldiği belirtilmiştir. Doğaner'in²⁷ çalışmasında da doğum sonu hastaneden taburcu olurken bilgi alan annelerin %31.9'unun emzirme ve meme bakımı konusunda bilgi aldıkları saptanmıştır. Yapılan çalışmalar annelerin daha çok bebek beslenmesine yönelik endişe yaşadığını göstermektedir.

Dördüncü sırada Sezaryen Olma Endişesi alt boyutu gelmektedir ($p<0.05$). Bununla ilgili yapılmış bir araştırmaya rastlanılmamıştır. Araştırmada multipar gebelerin %32.0'nin daha önceden

sezaryen doğum, %8.7'sinin de hem normal hem de sezaryen doğum yaptıkları bulunmuştur. Yani multipar gebelerin yaklaşık yarısının sezaryen ile doğum deneyimleri mevcuttur. Buna rağmen onlarda da bu konu ile ilgili endişe düzeyi yüksektir. Sezaryen sonrası rahatsızlıkların normal doğuma göre daha fazla yaşanmasının bunu deneyimlemiş olan gebelerde endişeye neden olduğu düşünülmektedir. Diğer taraftan, primipar gebelerin endişe düzeyinin multiparlara göre daha yüksek olmasının nedeni, sezaryenin bir ameliyat olması ve daha önce yaşanmamış olmasından kaynaklanabilir.

Beşinci sırada Travay Öncesi Endişeler alt boyutu gelmektedir ($p<0.05$). Bununla ilgili yapılmış bir araştırmaya rastlanılmamıştır. Gebelerin travay öncesi endişelerinin bu süreçte gerçekleşecek olayları tahmin edememelerinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Altıncı sırada Doğum Sonu Bebek ve Loğusa Sağlığına İlişkin Endişeler alt boyutu gelmektedir. Puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Bu araştırmanın bulgularını destekleyecek şekilde Arslan'nın²⁰ ve Doğaner'in²⁷ yaptıkları çalışmalarda; annelerin en sık danışmanlık istedikleri konuların başında yukarıda da belirtildiği gibi bebek beslenmesinin geldiği, bunu sırasıyla bebeğin hastalığı, bebeğin gazını çıkarma, bebek banyosu-vücut bakımı, göz ve göbek bakımının takip ettiği belirtilmektedir.

Yedinci sırada Doğum Sonrasında Bebek Bakımında Yetersiz Kalma Endişesi alt boyutu gelmektedir ($p<0.001$). Başer ve ark.²⁸ çalışmasında ilk gebeliği olan annelerin bebek bakımı konusunda daha fazla güçlük yaşadıkları belirtilmiştir. Bu sonuç araştırma bulgusuyla uyumludur. Bebek bakımı konusunda deneyimsiz olan primipar gebelerin bu konuda eğitim ve danışmanlığa daha fazla ihtiyaçları olduğu görülmektedir.

Sekizinci sırada Bebeğe İlişkin Endişeler alt boyutu gelmektedir ($p>0.05$).

Araştırma bulgusunu destekleyecek şekilde, Di Renzo ve ark.³⁰ 810 İtalyan gebe üzerinde yaptığı araştırmada; gebelerin 1/3'ünden fazlasının hasta veya özürli bebek doğurma korkusunun olduğu belirtilmiştir. Hem primipar hem multipar gebelerin her ikisi de doğuracakları bebekle ilgili olarak belirli düzeyde endişe taşımaları, sonucun ne olacağı kesin olarak bilinmeyen bir süreç olan doğum eylemi ve neticeleri hakkında eğitim ve danışmanlığa ihtiyaç duyduklarını göstermektedir.

Dokuzuncu sırada Doğum Sonrası Sosyal Yaşama İlişkin Endişeler alt boyutu gelmektedir ($p>0.05$). Bu konuyla ilgili yapılmış bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Toplumumuzda genellikle aile, akraba ve tanıdıklar arasında sürekli bir iletişim vardır. Doğum sonu dönemde bu iletişim loğusa ziyaretleri şeklinde kendini gösterir. Bu ziyaretlerin loğusalarda sosyal yaşama pozitif etkisinin olduğu düşünülmektedir.

Son olarak Doğum Sonrası Eşinden Destek Alamama Endişesi alt boyutu gelmektedir ($p>0.05$). Bu konuyla ilgili yapılmış bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Her iki gruptaki gebelerin de sosyal destek alma durumunun yüksek olması ve çiftlerin büyük çoğunluğunun bu gebeliği planlamış olması nedeniyle; gebelerde doğum sonrası eşinden destek alamama endişesinin çok fazla olmadığı düşünülmektedir.

Sonuç ve Öneriler

Araştırma sonucunda; primipar ve multipar gebelerin endişe düzeyinin orta derecede olduğu ve hem primipar hem de multipar gebelerin ilgili ölçek alt boyutlarından alınan en yüksek puan ortalamasının "Doğum Sırasında Sağlık Personelinin Davranışına Yönelik Endişeler" alt boyutuna, en düşük puan ortalamasının ise "Doğum Sonrası Eşinden Destek Alamama Endişesi" alt boyutuna ait olduğu bulunmuştur. Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Gebelerin gebelik ve doğum hakkında bilgilendirilmesi amacıyla gebe eğitim sınıfları oluşturulup, yaygınlaştırılması,

- Birinci basamak sağlık kuruluşları ve hastanelere başvuran gebelerin endişelerinin belirlenip, gerekli eğitimlerin verilmesi,
- Sağlık personelinin gebelere destek vermesi konusunda bilinçlendirilmesi,
- Hastanelerin doğum kliniklerinde sosyal hizmet uzmanı ve psikolog bulundurulması önerilebilir.

Kaynaklar

1. Taşkın L. Gebeliğin Psikososyal ve Kültürel Boyutları. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği [Birth and Women's Health Nursing]. 11. Baskı. Ankara. Sistem Ofset Matbaacılık; 2012. p. 215-220.
2. Erdem Ö. Prepartum ve postpartum dönemde annelerin duygu durumlarının incelenmesi [Investigation of moods of mothers during prepartum and postpartum period][Uzmanlık Tezi]. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı [Department of Family Medicine, Dicle University Faculty of Medicine], Diyarbakır, Türkiye, 2009.
3. Kaplan S. Bahar A. Sertbaş G. Gebelerde doğum öncesi ve doğum sonrası dönemlerde durumluk-sürekli kaygı düzeylerinin incelenmesi [Evaluation of the anxiety levels of pregnant women at prenatal and postnatal period]. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi [Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences] 2007; 10: 1.
4. Beck CT. Predictors of postpartum depresyon, an update. Nursing Research. 2001; 50(5): 275.
5. Sertbaş G. Bahar A. Anksiyete ve anksiyete ile baş etmede hemşirelik girişimleri [Nursing interventions for coping with anxiety and anxiety]. Hemşirelik Forumu Dergisi [Journal of Nursing Forum]. 2004; 5: 39-44.
6. Berle J.I. Mykletun A. Daltveit AK. Rasmussen S. ve ark. Neonatal Outcomes In Offspring of Women with Anxiety and Depression During Pregnancy. A link age study from the nord-trondelaghealthstudy (hunt) andmedical birth registry of norway. ArchWomen Ment Health. 2005; 8: 181-89.
7. Mc Elderry D. Screening of adolescent females for depression before, during and after pregnancy. Opinions in Pediatric and Adolescent Gynecology 2001; 1(14): 131-33.
8. Şahin EM, Kılıçarslan S. Son trimester gebelerin depresyon ve kaygı düzeyleri ile bunları etkileyen etmenler [Depressive, anxiety levels and affecting factors of third trimester pregnant women]. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi [Medical Journal of Trakya University]. 2010; 27(1): 51-57.
9. Saymer FD. Özerdoğan N. Doğal doğum[Natural birth]. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi [Journal of Nursing Science and Art, Maltepe University]. 2009; 2(3): 143-148.
10. Kitapçioğlu G. Yanikkerem E. Sevil Ü. Yüksel D. Gebelerde doğum ve postpartum döneme ilişkin endişeler; bir ölçek geliştirme ve validasyon çalışması [Fear of Childbirth and The Postpartum Period: A Scale Development and Validation Study]. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi [Journal of Adnan Menderes University Medical Faculty]. 2008; 9(1): 47-54.
11. Serçekuş P. Nullipar kadınlarda normal spontan doğuma ilişkin korkular ve nedenlerinin incelenmesi [Investigation that fears associated with normal spontaneous delivery and their reasons][Yüksek

- Lisans Tezi]. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı [Institute of Health Sciences Nursing Department, Dokuz Eylül University], İzmir, Türkiye, 2005.
12. Ryding EL. Investigation of 33 women who demanded a cesarean section for personal reasons. *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica*. 1993; 72: 280-285.
 13. Ryding EL, Wijma B, Wijma K, Rydhström H. Fear of childbirth during pregnancy may increase the risk of emergency cesarean section. *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica*. 1998; 77: 542-547.
 14. Melender HL. Experiences of fears associated with pregnancy and childbirth. a study of 329 pregnant women. *Birth*. 2002; 29(2): 101-109.
 15. Beydağ KD. Doğum sonu dönemde anneliğe uyum ve hemşirenin rolü. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*. 2007; 6:6.
 16. Marakoğlu K, Özdemir S, Çivi S. Postpartum Depresyon. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*. 2009; 29(1):206-214.
 17. Karataş N. [Araştırmada Örneklem]. Erefe İ, editör. *Hemşirelikte Araştırma İlke, Süreç ve Yöntemleri*. İstanbul: Odak Ofset; 2004. p. 125-138.
 18. Gözüyeşil YE, Şirin A, Çetinkaya Ş. Gebe kadınlarda depresyon durumu ve bunu etkileyen etmenlerin incelenmesi [Investigation of affecting factors and state of depression in pregnant women]. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*[Fırat University Journals of Health Sciences] 2008; 3(9): 39-66.
 19. Kılıçarslan S. Edirne şehir merkezindeki son trimester gebelerin sosyodemografik özellikleri, yaşam kaliteleri, kaygı düzeyleri[Sociodemographic characteristics, health qualities and anxiety levels of third trimester pregnant women living in Edirne][Uzmanlık Tezi]. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı [Department of Family Medicine, Trakya University Faculty of Medicine], Edirne, Türkiye, 2008.
 20. Akbaş E, Vırit O, Kalenderoğlu A. ve ark. Gebelikte sosyodemografik değişkenlerin kaygı ve depresyon düzeyleriyle ilişkisi[Association Between Sociodemographic Variables with the Levels of Depression and Anxiety in Pregnancy]. *Nöropsikiyatri Arşivi*[Archives of Neuropsychiatry] 2008; 45: 85-91.
 21. Arslan B. Gebelerde anksiyete ve depresyonla ilişkili sosyodemografik özellikler[Socio-demographic features associated with anxiety and depression in pregnant women][Uzmanlık Tezi], Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı [Department of Family Medicine, Süleyman Demirel University, Faculty of Medicine] Isparta, Türkiye, 2010.
 22. Chong ESY, Mongelli M. Attitudes of Singapore women toward cesarean and vaginal deliveries. *Journal of Gynecology and Obstetrics* 2003; 80: 189-194.
 23. Duman Z, Koken GN, Şahin FK, Coşar E, Arıöz DT, Aral D. Sağlık çalışanlarının normal doğum ve sezaryen ile ilgili düşünceleri[Normal and Cesarean Birth Related Thoughts of Health Workers]. *Perinatoloji Dergisi*[Journal of Perinatology] 2007; 15(1): 7-11.
 24. Chigbu CO, Ezeome IV, Iloabachie GC. Cesarean section on request in a developing country. *Journal of Gynecology and Obstetrics* 2007; 96: 54-56.

25. Sayın C, Berberoğlu U, Varol F. Sezaryenle doğum yapmış sağlık personelinde doğum sonrası memnuniyet ve takip edilen gebelikte doğum şekli tercihi[Cesarean birth in a health after birth followed by satisfaction and preferred mode of delivery in pregnancy staff]. *T Klin Jinekoloj Obstet*. 2004; 18(2): 82-88.
26. Kaplan S, Bahar A, Sertbaş G. Gebelerde doğum öncesi ve doğum sonrası dönemlerde durumluluk kaygı düzeylerinin incelenmesi[Evaluation of the Anxiety Levels of Pregnant Women at Prenatal and Postnatal Period]. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*[*Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*] 2007; 10(1): 113-121.
27. Sjögren B. Reasons for anxiety about childbirth in 100 pregnant women. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1997 Dec; 18(4): 266-272.
28. Doğaner G. Vajinal yolla doğum yapan kadınların erken postpartum dönemde kendisinin ve yenidoğanın bakımına yönelik yaşadıkları sorunların belirlenmesi[Determining the problems they have in caring for themselves and their baby in the early post-partum period in women who have done a vaginal birth][Yüksek Lisans Tezi] Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Programı[Department of Nursing, Cumhuriyet University Faculty of Health Sciences] Sivas, Türkiye, 2005.
29. Başer M, Mucuk S, Korkmaz Z, Seviğ Ü. Postpartum dönemde anne ve babaların yenidoğan bakımına ilişkin gereksinimlerinin belirlenmesi[The Determination of Mother and Father Newborn Care Needs in Postpartum Period]. *Sağlık Bilimleri Dergisi*[*Journal of Health Sciences*] 2005; 14 (Ek Sayı: Hemşirelik Özel Sayısı): 54-58.
30. DiRenzo G, Polito P, Volpe A, Anceschi M, Guidetti R. A multicentric study on fear of childbirth in pregnant women at term. *J Psychosom Obstet Gynecol* 1984; 3: 155-163.

Cerrahi Aydınlatılmış Onam Hakkında Hastaların Bilgi Düzeyinin İncelenmesi

Examination of the Patients' Information Levels about Surgical Informed Consent

Zeynep KARAMAN ÖZLÜ^a, Münevver KILIÇ^b, Ayşegül YAYLA^c

ÖZET Amaç: Araştırma cerrahi aydınlatılmış onam hakkında hastaların bilgi düzeylerinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapıldı. **Materyal ve Metot:** Araştırmanın evrenini, Ekim-Aralık 2013 tarihleri arasında bir üniversite hastanesinin cerrahi kliniklerinde yatan hastalar oluşturdu. Örneklemine ise belirtilen tarihler arasında araştırma kriterlerine uyan, araştırmaya katılmayı kabul eden, iletişim kurulabilen, 18 yaş ve üzeri 200 hasta alındı. Veriler araştırmacı tarafından hastanın taburcu olmasına karar verildiği gün, hastanın uygun olduğu zamanda, araştırmacı tarafından hazırlanan anket formu kullanılarak yüz yüze görüşme yöntemiyle toplandı. İstatistiksel değerlendirmede; yüzdeler dağılımı, ortalamalar ve Ki-kare testi kullanıldı. **Bulgular:** Aydınlatılmış onamı hastaların çoğunluğunun kendisinin okuduğu (%54.5), onamı anlamadığı (%70.0), onam için hemşire tarafından imza alındığı (%55.5), onamın formalite olduğunu düşündüğü (%60.0) ve onam hakkında açıklama yapıldığı (%54.5) belirlendi. Aydınlatılmış onamı çoğunlukla 31-43 yaş aralığında olan (%35.0), kadın (%53.3), lise mezunu (%31.7), ev hanımı veya emekli (%41.7), ilde yaşayan (%53.3), daha önce 1 kez hastanede yatan (%63.3) ve ameliyat olmayan (%70.0) hastaların anladığı belirlendi. Cerrahi aydınlatılmış onamı okuyanların anlamadığı (%62.4) ve okumayanların formalite olduğu için imzaladıkları (75.8), onamı okuyanların onamı anladığı (%68.3), onamı anlayanlara açıklama yapıldığı (%75.0), onamı anlayanların önerisinin olmadığı (%65.0) saptandı (p<0.05). **Sonuç;** Hastaların cerrahi aydınlatılmış onamı okuduğu ve anlamadığı, onam imzasının hemşireler tarafından alındığı, açıklamanın hemşireler tarafından yapıldığı, onamı formalite olduğu için imzaladığı saptandı. Bu sonuçlar doğrultusunda, aydınlatılmış onamın uygulanmasıyla ilgili sorunların tanımlanması ve çözümüne yönelik kurumsal stratejilerin oluşturulması önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Aydınlatma, bilgilendirme, hasta, onam

ABSTRACT Aim: The purpose of this study was to determine the knowledge levels of patients regarding the surgical informed consent. **Material and Method:** The population of the study consisted of patients hospitalized in the surgical clinics of a university hospital between October and December 2013. The sample group consisted of 200 patients aged 18 and older who met the study criteria between the specified dates, agreed to accept in the study, and were able to communicate. The data were obtained through face-to-face interview method by using questionnaire prepared by the researcher when convenient on the day for which the researcher decided for discharge of the patient. Percentage distribution, mean, and chi-square test were used in order to conduct the statistical evaluation. **Results:** It was determined that majority of the patients read the informed consent themselves (54.5%), they could not understand the informed consent (70.0%), nurses took signatures for the consent (55.5%), they thought that the consent was a formality (60.0%), and an explanation about the consent was made (54.5%). It was found that the informed consent was understood mostly by the patients who were in the age range of 31-43 years (35.0%), women (53.3%), high school graduate (31.7%), housewife or retired (41.7%), lived in the province (53.3%), were hospitalized at hospital once before (63.3%) and did not undergo any surgery (70.0%). It was found that the rate of those who read and did not understand the surgical informed consent was 62.4% and those not reading the informed consent signed it (75.8%) since it is a formality, those reading the consent understood it (68.3%), an explanation was made to those understanding the consent (75.0%) and those understanding the consent had no suggestion (65.0%) (p <0.05). **Conclusion:** It was determined that the patients read but did not understand the surgical informed consent, signature of the consent was taken by nurses, the explanations were made by nurses and they signed the consent since it is a formality. In line with these results, it could be recommended to identify problems related to implementation of the informed consent and make institutional strategies for their solutions.

Key words: Informing, briefing, patient, consent

^a Yrd. Doç. Dr., Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Kampüs/ Erzurum, e-mail: zynp_krmnzl@hotmail.com Tlf: + (90) 442 231 23 14

^b Hemşire, Sağlık Bakanlığı - Ordu Üniversitesi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, mnvvrklc_ordu@hotmail.com Tlf: + (90) 452 225 01 85

^c Araş. Gör., Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Kampüs/ Erzurum, e-mail: ayseguul21@hotmail.com , Tlf: + (90) 442 231 23 64

Giriş

Günümüzde sağlık alanında etik konuların öneminin artmasıyla birlikte hastanın bakıma katılımı da güncel bir hale gelmiştir¹. Hastalara kendi bedenlerini kontrol etme hakkı veren, aydınlatılmış onam; bireyin kendi bedenine yapılacak olan her türlü tıbbi uygulamayı bilme ve belirleme hakkına sahip olduğu görüşünü temel alan ve kişinin hastalık anında da kişilik haklarını koruyabilmek için bu konuda düzenlenmiş yasalarla güvence altına alınmış olan bir kavramı ifade etmektedir.² Aydınlatılmış onam, tıbbi etiğin temel ilkelerinden özerklik ilkesine dayanmaktadır. Özerklik, bir kişi ya da topluluğun kendisine ilişkin konularda, kendi değerlerine dayanarak kararlar vermesi ve bunları uygulamak üzere eylemlerde bulunması olarak tanımlanmaktadır.²⁻⁴ Bunun bir uzantısı olarak özerk kişinin, kendi sağlığına ilişkin tüm kararlara katılması sağlanmalıdır. “Aydınlatılmış onam”; hekim tarafından hastaya; hastalığının tanısı, tedavisi için uygulanması gereken tıbbi tedavi, tedavinin yapısı, içerdiği riskleri, eğer işlem yapılmazsa hastalığının gidişatı için yapılan açıklamaları yeterince anladığı bu aydınlatmaya dayanarak, hiçbir baskı altında kalmadan, serbest iradesiyle, önerilen tıbbi uygulamayı, bilinçli ve gönüllü olarak kabul etmesi, şeklinde tanımlanabilir.⁵⁻⁷ Aydınlatılmış onamda temel amaç hastaya bilgi vermek ve hastanın bu bilgiyi anlamasını sağlamaktır. Bu nedenle formun imzalatılmasından önce yapılması gereken, hastanın kendi kültürüne ve eğitim düzeyine uygun biçimde bilgilendirilmesinin sağlanmasıdır. Ayrıca hastanın verilen bilgileri anlamasının sağlanması ve anladığının denetlenmesi de gereklidir.²

Sağlık çalışanları arasında yaygın olan hastanın ayrıntılı bilgilendirilmesine gerek olmadığı görüşünün ardında, hastayı olası riskler hakkında bilgilendirmenin genellikle hastada kaygı yaratacağı yönündeki düşünce yatmaktadır. Ancak, hastaya ayrıntılı bilgi vermenin kaygı

yaratmadığı veya kaygıyı artırmadığı çeşitli araştırmacılar tarafından gösterilmiştir.^{5,6} İnsanı “insan” yapan en önemli özellik olan kendi kaderini tayin hakkının sağlık alanında yaşama geçirilmesi, kişinin tam anlamıyla bilgilendirilmesi ve kendisi hakkında verilmesi gereken tüm kararlara katılmasının sağlanması önemlidir.^{6,8} Hasta bireyin haklarının korunup gözetilmesi hemşire ve doktorun görev alanı içerisinde yer alır.⁹ Hekim başına düşen hasta sayısının çokluğu, bunun bir sonucu olarak hekimlerin hastalara ayırdıkları sürenin kısıtlılığı, hastaların sosyo-kültürel düzeyleri, tıbbi açıklamaların anlaşılmasındaki güçlükler gibi bir takım olumsuzluklar, aydınlatılma ve aydınlatılmış onam konularına daha çok eğilmek gerekliliğini ortaya çıkarmıştır.¹⁰

Aydınlatılmış onam konusunda ülkemizde sınırlı sayıda araştırma yapılmıştır.^{1,10,11} Bu çalışma ile aydınlatılmış onamın uygulanma durumu belirlenerek, hastaların onam hakkında bilgileri ve önerileri değerlendirilerek hekim ve hemşirenin desteklenmesine yönelik gerekli eğitim ve girişimlerin yapılmasıyla hastanın bilgilendirilmesinin artmasına ve bu konuda eksikliklerin giderilmesine katkı sağlanabileceği düşünüldü. Bu araştırma, hastaların aydınlatılmış onam hakkındaki bilgilerinin belirlenmesi amacıyla planlandı.

Materyal ve Metot

Tanımlayıcı türde olan araştırmanın evrenini, Ekim–Aralık 2013 tarihleri arasında bir Eğitim Araştırma Hastanesi Cerrahi Servisinde yatan 235 hasta oluşturdu. Örneklem ise araştırmaya katılmayı kabul eden, iletişim kurulabilen, 18 yaş ve üzeri 200 hasta dahil edildi (Katılım oranı %85). Veriler hastalarla yüz yüze görüşülerek toplandı.

Verilerin toplanmasında; literatür doğrultusunda hazırlanan^{6,9,11} hastaların tanıtıcı özelliklerini, aydınlatılmış onam hakkındaki bilgi düzeyi ve düşüncelerini içeren “Anket Formu” kullanıldı. Anket

formunda, hastaların sosyo demografik (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, meslek, yaşanılan yer, hastaneye yatış sıklığı, önceden ameliyat olma durumu) ve onamla ilgili özelliklerini içeren (cerrahi aydınlatılmış onamı okuma durumu, cerrahi aydınlatılmış onamı anlama durumu, cerrahi aydınlatılmış onamı imzalayan kişi, cerrahi aydınlatılmış onama imzasını alan kişi, cerrahi aydınlatılmış onamı imzalama nedenini bilme durumu, cerrahi aydınlatılmış onam hakkında açıklama yapılma durumu, cerrahi aydınlatılmış onam hakkında açıklama yapan kişi, cerrahi aydınlatılmış onam hakkındaki önerileriniz) toplam 15 kapalı uçlu soru bulunmaktadır.

Araştırma verileri, araştırmacı tarafından 08:00-16:00 ve 16:00-08:00 çalışma saatleri içerisinde, araştırmanın amacı hakkında bilgilendirilip sözel olarak

izinleri alındıktan sonra yüz yüze görüşme yöntemi ile elde edildi. Veri toplama formlarının uygulanması yaklaşık 4 dakika sürdü.

Verilerin değerlendirilmesinde; yüzdelik dağılım, ortalama ve ki-kare testi kullanıldı. Anlamlılık seviyesi $p= 0.05$ olarak belirlendi.

Araştırmaya başlamadan önce araştırmanın yapılacağı kliniklerden yazılı izinler ve etik kurul onayı alındı.

Bulgular

Araştırma kapsamına alınan hastaların sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde (Tablo 1), hastaların çoğunluğunun 31-43 yaş aralığında (%36.0), lise mezunu (%35.0), ev hanımı veya emekli olduğu (%40.5), ilde yaşadığı (%47.0), bir kez hastanede yattığı (%49.5), daha önceden ameliyat öyküsünün olmadığı (%67.5) saptandı.

Tablo 1. Hastaların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı

Özellikler	n	%
Yaş		
18-30	51	25.5
31-43	72	36.0
44-56	54	27.0
57 ve üstü	23	11.5
Cinsiyet		
Erkek	100	50.0
Kadın	100	50.0
Eğitim Durumu		
Okur - Yazar	32	16.0
İlköğretim	55	27.5
Lise	70	35.0
Üniversite	43	21.5
Meslek		
İşçi	32	16.0
Memur	42	21.0
Çiftçi	21	10.5
Esnaf	24	12.0
Ev hanımı+Emekli	81	40.5
Yaşanılan Yer		
İl	94	47.0
İlçe	66	33.0
Köy	40	20.0
Hastaneye Yatış Sıklığı		
1 kez	99	49.5
2 kez	61	30.5
3 ve üstü	40	20.0
Önceden Ameliyat Olma Durumu		
Olan	65	32.5
Olmayan	135	67.5

Tablo 2. Hastaların onam ile ilgili özelliklerinin dağılımı

Özellikler	n	%
Cerrahi Aydınlatılmış Onamı Okuma Durumu		
Okuyan	109	54.5
Okumayan	91	45.5
Cerrahi Aydınlatılmış Onamı Anlama Durumu		
Anladım	60	30.0
Anlamadım	140	70.0
Cerrahi Aydınlatılmış Onamı İmzalayan Kişi		
Hasta	170	85.0
Yakını	30	15.0
Cerrahi Aydınlatılmış Onama İmzasını Alan Kişi		
Hemşire	111	55.5
Doktor	56	28.0
Sekreter	33	16.5
Cerrahi Aydınlatılmış Onamı İmzalama Nedenini Bilme Durumu		
Bilen	80	40.0
Bilmeyen (formalite olduğunu düşünen)	120	60.0
Cerrahi Aydınlatılmış Onam Hakkında Açıklama Yapılma Durumu		
Yapılan	109	54.5
Yapılmayan	91	45.5
Cerrahi Aydınlatılmış Onam Hakkında Açıklama Yapan Kişi		
Hemşire	65	59.7
Doktor	39	35.7
Sekreter	5	4.6
Cerrahi Aydınlatılmış Onam Hakkındaki Önerileriniz		
Önerisi olmayan	109	54.5
Daha açıklayıcı bilgiler yazılmalı	26	13.0
Daha sade bir dille yazılmalı	21	10.5
Aceleyle imzalatılmamalı	44	22.0

Hastaların onam ile ilgili özelliklerinin dağılımı **Tablo 2**'de görülmektedir. Hastaların cerrahi aydınlatılmış onamı okuduğu (%54.5) ve anlamadığı (%70.0), onamı hastanın kendisinin imzaladığı (%85.0), onam imzasının hemşireler tarafından alındığı

(%55.5), onamı imzalama nedenini bilmediği (formalite olduğunu düşündüğü) (%60.0), onam hakkında açıklama yapıldığı (%54.5), açıklamanın hemşireler tarafından yapıldığı (%59.7), onam hakkında önerisinin olmadığı (%54.5) tespit edildi.

Tablo 3. Hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre cerrahi aydınlatılmış onamı okuma durumunun karşılaştırılması

Özellikler	Cerrahi Aydınlatılmış Onamı Okuma Durumu						Test ve p değeri
	Okuyan		Okumayan		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
Yaş							
18-30	34	31.2	17	18.7	51	25.5	$X^2=13.05$ df=3 p<0.05
31-43	40	36.7	32	35.2	72	36.0	
44-56	30	27.5	24	26.4	54	27.0	
57 ve üstü	5	4.6	18	19.8	23	11.5	
Cinsiyet							$X^2=0.18$ df=1 p>0.05
Erkek	56	56.0	44	44.0	100	100.0	
Kadın	53	53.0	47	47.0	100	100.0	
Eğitim Durumu							
Okur - Yazar	3	2.8	29	31.9	32	16.0	$X^2=56.59$ df=3 p<0.05
İlköğretim	21	19.3	34	37.4	55	27.5	
Lise	47	43.1	23	25.3	70	35.0	
Üniversite	38	34.9	5	5.5	43	21.5	
Meslek							
İşçi	20	18.3	12	13.2	32	16.0	$X^2=31.78$ df=4 p<0.05
Memur	35	32.1	7	7.7	42	21.0	
Çiftçi	6	5.5	15	16.5	21	10.5	
Esnaf	17	15.6	7	7.7	24	12.0	
Ev hanımı+Emekli	31	28.4	50	54.9	81	40.5	
Yaşanılan Yer							
İl	69	63.3	25	27.5	94	47.0	$X^2=31.57$ df=2 p<0.05
İlçe	31	28.4	35	38.5	66	33.0	
Köy	9	8.3	31	34.0	40	20.0	
Hastaneye Yatış Sıklığı							
1 kez	68	62.4	31	34.1	99	49.5	$X^2=18.90$ df=2 p<0.05
2 kez	29	26.6	32	35.2	61	30.5	
3 ve üstü	12	11.0	28	30.7	40	20.0	
Önceden Ameliyat Olma Durumu							$X^2=1.07$ df=1 p>0.05
Olan	32	29.4	33	36.3	65	32.5	
Olmayan	77	70.6	58	63.7	135	67.5	

Aydınlatılmış onamı çoğunlukla 31-43 yaş aralığında olan (%36.7), erkek (%56.0), lise mezunu (%43.1), memur (%32.1), ilde yaşayan (%63.3), 1 kez hastanede yatan (%62.4) ve ameliyat olmayan (%70.6) hastaların okuduğu belirlendi. Hastaların cerrahi aydınlatılmış onamı okuma durumu ile yaş, eğitim durumu, meslek, yaşanılan yer ve hastaneye

yatış sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanırken (**p<0.05**), cinsiyet ve önceden ameliyat olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptandı (p>0.05) (**Tablo3**). 31-43 yaş aralığında, ilde yaşayanların, bir kez hastanede yatanların onamı çoğunlukla okuduğu, ev hanımı-emeklilerin onamı çoğunlukla okumadığı belirlendi.

Tablo 4. Hastaların onam ile ilgili özelliklerine göre cerrahi aydınlatılmış onamı okuma durumunun karşılaştırılması

Özellikler	Cerrahi Aydınlatılmış Onamı Okuma Durumu						Test ve p değeri
	Okuyan		Okumayan		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
Cerrahi Aydınlatılmış Onamı Anlama Durumu							$X^2=6.61$
Anladım	41	37.6	19	20.9	60	30.0	df=1
Anlamadım	68	62.4	72	79.1	140	70.0	$p<0.05$
Cerrahi Aydınlatılmış Onamı İmzalayan Kişi							$X^2=2.99$
Hasta	97	89.0	73	80.2	170	85.0	df=1
Hasta yakını	12	11.0	18	19.8	30	15.0	$p>0.05$
Cerrahi Aydınlatılmış Onama İmzasını Alan Kişi							$X^2=1.97$
Hemşire	60	55.0	51	56.0	111	55.5	df=2
Doktor	34	31.2	22	24.2	56	28.0	
Sekreter	15	13.8	18	19.8	33	16.5	$p>0.05$
Cerrahi Aydınlatılmış Onamı İmzalama Nedenini Bilme Durumu							$X^2=24.55$
Bilen	58	53.3	22	24.2	80	40.0	df=3
Bilmeyen (formalite olduğunu düşünen)	51	46.7	69	75.8	120	60.0	$p<0.05$
Cerrahi Aydınlatılmış Onam Hakkında Açıklama Yapılma Durumu							$X^2=2.54$
Yapılan	65	59.6	44	48.4	109	54.5	df=1
Yapılmayan	44	40.4	47	51.6	91	45.5	$p>0.05$
Cerrahi Aydınlatılmış Onam Hakkında Açıklama Yapan Kişi							$X^2=3.84$
Hemşire	34	43.1	31	25.0	65	59.7	df=2
Doktor	28	52.3	11	70.5	39	35.7	
Sekreter	3	4.6	3	4.5	5	4.6	$p>0.05$
Cerrahi Aydınlatılmış Onam Hakkındaki Önerileriniz							$X^2=3.19$
Önerisi olmayan	54	49.5	55	60.4	109	54.5	df=3
Daha açıklayıcı bilgiler yazılmalı	17	15.6	9	9.9	26	13.0	
Daha sade bir dille yazılmalı	11	10.1	10	11.0	21	10.5	
Aceylele imzalatılmamalı	27	24.8	17	18.7	44	22.0	$p>0.05$

Hastaların onam ile ilgili özelliklerine göre cerrahi aydınlatılmış onamı okuma durumunun karşılaştırılması **Tablo 4**'de görülmektedir. Aydınlatılmış onamı okuyan hastaların çoğunluğunun, onamı anlamadığı (%37.6), kendisinin okuduğu (%89.0), hemşire tarafından imza alındığı (%55.0), onamı imzalama nedenini bilmediği (formalite olduğunu düşündüğü) (%46.7), onam hakkında açıklama yapıldığı

(%59.6), açıklamayı doktorun yaptığı (%52.3) ve bu konuda önerisinin olmadığı (%49.5) belirlendi. Hastaların cerrahi aydınlatılmış onamı okuma durumu ile onamı anlama durumu ve onamı imzalama nedenini bilme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0.05$). Onamı okuyanların çoğunluğunun anlamadığı, okumayanların çoğunluğunun

onamın formalite olduğunu düşündüğü belirlendi.

Tablo 5. Hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre cerrahi aydınlatılmış onamı anlama durumunun karşılaştırılması

Özellikler	Cerrahi Aydınlatılmış Onamı Anlama Durumu						Test ve p değeri
	Anlayan		Anlamayan		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
Yaş							
18-30	19	31.7	32	22.9	51	25.5	$\chi^2=3.10$ df=3 p>0.05
31-43	21	35.0	51	36.4	72	36.0	
44-56	12	20.0	42	30.0	54	27.0	
57 ve üstü	8	13.3	15	10.7	23	11.5	
Cinsiyet							$\chi^2=0.18$
Erkek	28	46.7	72	51.4	100	100.0	df=1
Kadın	32	53.3	68	48.6	100	100.0	p>0.05
Eğitim Durumu							
Okur - Yazar	11	18.3	21	15.0	32	16.0	$\chi^2=3.48$ df=3 p>0.05
İlköğretim	13	21.7	42	30.0	55	27.5	
Lise	19	31.7	51	36.4	70	35.0	
Üniversite	17	28.3	26	18.6	43	21.5	
Meslek							
İşçi	7	11.7	25	17.9	32	16.0	$\chi^2=8.74$ df=4 p>0.05
Memur	15	25.0	27	19.3	42	21.0	
Çiftçi	2	3.3	19	13.6	21	10.5	
Esnaf	11	18.3	13	9.3	24	12.0	
Ev hanımı+Emekli	25	41.7	56	40.0	81	40.5	
Yaşanılan Yer							
İl	32	53.3	62	44.3	94	47.0	$\chi^2=1.44$ df=2 p>0.05
İlçe	18	30.0	48	34.3	66	33.0	
Köy	10	16.7	30	21.4	40	20.0	
Hastaneye Yatış Sıklığı							
1 kez	38	63.3	61	43.6	99	49.5	$\chi^2=7.14$ df=2 p<0.05
2 kez	15	25.0	46	32.9	61	30.5	
3 ve üstü	7	11.7	33	23.6	40	20.0	
Önceden Ameliyat Olma Durumu							$\chi^2=0.24$
Olan	18	30.0	47	33.6	65	32.5	df=1
Olmayan	42	70.0	93	66.4	135	67.5	p>0.05

Hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre cerrahi aydınlatılmış onamı anlama durumu karşılaştırıldığında (Tablo 5), aydınlatılmış onamı çoğunlukla 31-43 yaş aralığında olan (%35.0), kadın (%53.3), lise mezunu (%31.7), ev hanımı veya emekli (%41.7), ilde yaşayan (%53.3), 1 kez hastanede yatan (%63.3) ve ameliyat olmayan (%70.0) hastaların anladığı

belirlendi. Hastaların cerrahi aydınlatılmış onamı anlama durumu ile hastaneye yatış sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanırken ($p<0.05$), yaş, cinsiyet, eğitim durumu, meslek, yaşanılan yer ve önceden ameliyat olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptandı ($p>0.05$). Onamı anlayanlarının çoğunluğunun hastanede yattığı belirlendi.

Tablo 6. Hastaların onam ile ilgili özelliklerine göre cerrahi aydınlatılmış onamı anlama durumunun karşılaştırılması

Özellikler	Cerrahi Aydınlatılmış Onamı Anlama Durumu						Test ve p değeri
	Anlayan		Anlamayan		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
Cerrahi Aydınlatılmış Onamı Okuma Durumu							$X^2=6.61$
Okuyan	41	68.3	68	48.6	109	54.5	df=1
Okumayan	19	31.7	72	51.4	91	45.5	p<0.05
Cerrahi Aydınlatılmış Onamı İmzalayan Kişi Hastanın kendisi							$X^2=0.18$
Hastanın kendisi	50	83.3	120	85.7	170	85.0	df=1
Hasta yakını	10	16.7	20	14.3	30	15.0	p>0.05
Cerrahi Aydınlatılmış Onama İmzasını Alan Kişi							$X^2=3.19$
Hemşire	38	63.3	73	52.1	111	55.5	df=2
Doktor	16	26.7	40	28.6	56	28.0	
Sekreter	6	10.0	27	19.3	33	16.5	p>0.05
Cerrahi Aydınlatılmış Onamı İmzalama Nedenini Bilme Durumu							$X^2=7.47$
Bilen	30	50.0	50	35.7	80	40.0	df=3
Bilmeyen (formalite olduğunu düşünen)	30	50.0	90	64.3	120	60.0	p>0.05
Cerrahi Aydınlatılmış Onam Hakkında Açıklama Yapılma Durumu							$X^2=14.52$
Yapılan	45	75.0	64	45.7	109	54.5	df=1
Yapılmayan	15	25.0	76	54.3	91	45.5	p<0.05
Cerrahi Aydınlatılmış Onam Hakkında Açıklama Yapan Kişi							$X^2=0.76$
Hemşire	29	64.4	36	56.3	65	59.7	df=2
Doktor	14	31.1	25	39.1	39	35.7	
Sekreter	2	4.4	3	2.8	5	4.6	p>0.05
Cerrahi Aydınlatılmış Onam Hakkındaki Önerileriniz							$X^2=7.92$
Önerisi olmayan	39	65.0	70	50.0	109	54.5	df=3
Daha açıklayıcı bilgiler yazılmalı	2	3.3	24	17.1	26	13.0	
Daha sade bir dille yazılmalı	6	10.0	15	10.7	21	10.5	p<0.05
Aceleyle imzalatılmamalı	13	21.7	31	22.2	44	22.0	

Hastaların onam ile ilgili özelliklerine göre cerrahi aydınlatılmış onamı anlama durumunun karşılaştırılması Tablo 6'da görülmektedir. Aydınlatılmış onamı anlayan hastaların çoğunluğunun, onamı okuduğu (%68.3), kendisinin okuduğu (%83.3), hemşire tarafından imza alındığı (%63.3), bunun formalite olduğu (%50.0), onam hakkında açıklama yapıldığı (%75.0), açıklamayı hemşirenin yaptığı (%64.4) ve bu konuda önerisinin olmadığı

(%65.0) belirlendi. Hastaların cerrahi aydınlatılmış onamı anlama durumu ile onamı okuma durumu, onam hakkında açıklama yapılma durumu ve onam hakkındaki öneriler durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (p<0.05). Onamı anlayanlarının çoğunluğunun onamı okuduğu, onamla ilgili açıklama yapıldığı ve onamla ilgili önerisinin olmadığı belirlendi.

Tartışma

Her türlü tıbbi girişimden önce hastaların bilgilendirilmesi ve onamlarının alınması hem yasal hem de etik açıdan, kişinin özerkliğine saygı ilkesi ve hekimin görev ve sorumluluğunun gereği olarak günümüz tıp uygulamasının vazgeçilmez bir unsurudur.⁵ Genellikle hekimler aydınlatılmış onamı hastalık ve tedavi hakkında kişiyi ya da bir yakını sözlü olarak kısaca bilgilendirmek gibi düşünmektedirler.⁸ Bu mantık çerçevesinde hekim çoğu zaman hastası ile yüz yüze görüşme gereği bile duymamaktadır. Dolayısı ile hekimler bazen matbu bir form, bazen bilgisayar aracılığıyla bazen ise herhangi bir sağlık personeli aracılığı ile bu işlemi yaptıktan sonra hasta ya da yakınının imzasını almayı yeterli görmektedir.¹² Bu bağlamda aydınlatılmış onamın uygulanma durumu ve hastaların onam hakkında bilgilerinin değerlendirilmesi önemlidir.

Çalışmada hastaların cerrahi aydınlatılmış onamı okuduğu (%54.5) ve anlamadığı (%70.0) tespit edildi. Jukic ve ark.nın¹³ (2011) cerrahi hastalarının aydınlatılmış onam sürecini bilme durumuna ilişkin çalışmalarında, hastaların çoğunluğunun (%70.2) “kısmen” yanıtını verdikleri belirlenmiş ve bu sonuç yeterli bilgiye sahip olmadıkları şeklinde yorumlanmıştır. Özcan’ın¹⁰ (2008) yaptığı çalışmada hastaların kendilerine aktarılan bilgileri anlamadıklarından fakat buna rağmen onam verdiklerinden bahsedilmektedir. Kalala’nın¹⁴ (2011) çalışmasında hastaların %24’ünün aydınlatılmış onam formunu imzalamış olmalarına rağmen önemini bilmedikleri belirtilmiştir. Bu çalışmalar hastaların aydınlatılmış onam formunu imzalamış olsa bile öneminin ve içeriğinin farkında olmayabileceklerini düşündürmektedir.

Çalışmada onam imzasının hemşireler tarafından alındığı (%55.5), onam hakkında açıklama yapıldığı (%54.5), açıklamanın hemşireler tarafından yapıldığı (%59.7) ve aceleyle imzalatılmaması (%22.0) gerektiği belirlendi. Ertem¹ ve ark. ’nın (2013) kardiyak cerrahi yapılan hastaların ameliyat

öncesi verilen aydınlatılmış onam hakkındaki görüş ve önerilerinin belirlenmesi adlı çalışmasında hastaların onam imzasının %76.1’inin hemşireler tarafından alındığı saptanmıştır. İncesu’nun¹¹ (2014) çalışmasında aydınlatılmış onam alma sürecinde, hekimin yeterince aktif olmadığı, onamı çoğunlukla kendisinin imzalatmadığı, imzalatma işleminin daha çok diğer sağlık çalışanları tarafından gerçekleştirildiği, hazırlanmış onam belgesinin hasta tarafından okunması için uygun ortam-süre verilmediği ve hastanın onam hakkında aklına takılanları sorma fırsatı bulamadığı saptanmıştır. Tıbbi müdahalelerin uygulanmasında genel kabul, aydınlatmanın müdahaleyi uygulayacak hekim tarafından yapılması ya da müdahalenin yürütülmesi sorumluluğunu alan hekimin yapması gerektiği görüşüdür.¹⁵ Aydın Er ve ark.’nın¹⁶ (2011) yaptıkları bir çalışmada aydınlatılmış onamın etik kural ve yönetmeliğe göre istendik düzeyde alınmadığı sonucuna ulaşmışlardır. Bu çalışmada da aydınlatılmış onamın uygulanışının hekim tarafından istendik düzeyde yapılmadığı belirlenmiştir.

Çalışmada, cerrahi aydınlatılmış onamı okuyanların onamı anlamadığı ve onamı formalite olduğu için imzaladığı belirlendi. Literatürde belirtildiği gibi bilgilendirmenin hastanın anlama kapasitesine göre uygun yolla, açık ve anlaşılır, yabancı teknik ve terimlerden arındırılarak, şüpheye yer vermeyecek şekilde yapılması gerekmektedir.¹⁰ İncesu’nun¹¹ (2014) çalışmasında hastaların % 42,9’u hekimin onam içeriği hakkında açıklamaları yaptığı ancak hastanın onam belgesini okumadan hemşire aracılığı ile imzaladığını belirtmişlerdir. Literatürde, hastaların kendilerine aktarılan bilgileri anlamadıklarından fakat buna rağmen onam verdiklerinden bahsedilmektedir.¹⁴ Bu çalışmada onamın anlaşılabilmesi, verilen bilginin hastanın anlama kapasitesine uygun olmaması ve yabancı-teknik

terminoloji kullanılmasından kaynaklandığı düşünülebilir.

Cerrahi aydınlatılmış onamı anlayanların onamı okuduğu ve onam hakkında açıklama yapıldığı saptandı. İncesu'nun¹¹ (2014) çalışmasında hastaların% 34,3 'ü hekimin gerekli açıklamaları yaptığı hastanın onam belgesini okuyarak ve ikna olarak imzaladığı tespit edilmiştir. Ertem ve ark.¹ (2013)'nın kardiyak cerrahi yapılan hastaların ameliyat öncesi verilen aydınlatılmış onam hakkındaki görüş ve önerilerinin belirlenmesi adlı çalışmasında hastaların sadece % 60.9'unun anlatılanları anlamasına rağmen, tamamına yakınının (%92.4) formdaki her şeyi kabul ettikleri belirtilmiştir. Çalışma sonucu yapılan bu çalışmanın sonucuyla benzerlik göstermektedir.

Günümüzde değişen ve gelişen hasta - hekim ilişkisinin yasal zorunlulukları ile bunun vazgeçilmez unsuru olan "Aydınlatılmış Onam" konusunda yeterli bilgiye sahip olmadıklarını göstermektedir. Turla ve ark.¹⁷ (2005) hastaların %89,9'u "kendisine niçin ameliyat olması gerektiğinin açıklandığını", ancak bunların %74,2'si "bu açıklamayı tatmin edici düzeyde bulmadıklarını" ifade etmiştir. Hasta ve sağlam bireyler, sağlık durumunu, kendine uygulanacak tıbbi işlemleri, bunların faydaları ve olası riskleri, alternatif tedavi yöntemlerini, tedavinin kabul edilmemesi halinde ortaya çıkabilecek muhtemel sonuçları ve hastalığın seyri ve sonuçları konusunda sözlü veya yazılı olarak bilgi istemek hakkına sahiptir. Ancak hastalar

halen doktor, hemşire ve diğer sağlık çalışanlarından cerrahi süreç hakkında yeterli bilgi alamamaktadır.^{2,9,18} Bu durum aydınlatılmış onamın uygulanmasıyla ilgili sorunların var olduğunu göstermektedir.

Sonuç ve Öneriler

Çalışmada hastaların cerrahi aydınlatılmış onamı okuduğu ve anlamadığı, onam imzasının hemşireler tarafından alındığı, açıklamanın hemşireler tarafından yapıldığı, onamı okuyanların onamı anlamadığı ve onamı formalite olduğu için imzaladığı saptandı. Bu sonuçlar doğrultusunda bireye anlatılanları anlayıp anlamadığı sorulmalı, kendi ifadesi ile tekrar ettirilip anlaşılmayan hususlar tekrar anlatılmalıdır. Hastalar bakımın bir parçası olarak ele alınmalı, hastaların sağlık durumu ve bakımı konusunda bilgilendirilmeleri ve işbirliği yetenekleri artırılmalıdır. Sorunların önlenmesi için özellikle sağlık profesyonellerinin dikkat etmesi gereken hususların başında, hasta haklarına dair yasal mevzuatı en iyi şekilde öğrenmeli, hekim-hasta ilişkilerinde hastanın bireysel hakları gözetilmelidir. Aydınlatılmış onamın uygulanmasıyla ilgili sorunların tanımlanması ve çözümüne yönelik kurumsal stratejilerin oluşturulması ve kurum politikalarının geliştirilmesi sağlanmalıdır. Çalışanlara yönelik genel onam alma ve bilgilendirme hakkı konularında hizmet içi programlar planlanmalıdır. Sağlık çalışanlarının bu uygulamayı davranış modeli haline getirmelerinin sağlanması için eğitim çalışmaları ve denetimin artırılması da önerilebilir.

Kaynaklar

1. Ertem A, Yava A, Demirkılıç U. Kardiyak cerrahi yapılan hastaların ameliyat öncesi verilen aydınlatılmış onam hakkındaki görüş ve önerilerinin belirlenmesi. *Türk Göğüs Kalp Damar*

Cerrahisi Dergisi, 2013; 21(2):378-391.

2. Aydınlatılmış Onam Kılavuzu. TTB-UDEK Etik Çalışma Grubu. Ankara, 2013.

3. Dünya Tabipler Birliği Helsinki Bildirgesi. JAMA, İncesu'nun 2001; 14, 8;398-400.
4. Kaya M. "Hekimin Aydınlatma Yükümlülüğü Ve Kişilik Hakkı İle İlişkisi", Türkiye Adalet Akademisi Dergisi, 2012; 1 (3): 8.
5. Güzeldemir ME. Hasta bilgilendirmenin önemi. Sendrom Tıp Dergisi. Mayıs; 2005; 1-28.
6. Aydınlatılmış Onam Hazırlama Ve Kullanma Rehberi. Ç.Ü. Tıp Fakültesi Hastanesi, Adana, 2005.
7. Hasta Hakları Yönetmeliği, Resmi Gazete, Tarih: 01.08.1998; Sayı: 23420.
8. Özaydın Z. Bir Hasta Hakkı Olarak Özerklik Ve Aydınlatılmış Onay, Medikal Etik (Kuram Ve Uygulama Sorunları), Prof.Dr.Hüsrev Hatemi. (Ed). Tavaslı Matbaacılık, 1999; 39-54.
9. Çullu, M. Hastaların cerrahi girişim öncesi dile getiremedikleri düşünce ve istekleri. Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara., 2007.
10. Özcan FI. Tıbbi Müdahalelerde Aydınlatılmış Onam. Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2008.
11. İncesu E. Konya Seydişehir devlet hastanesinde yatan hastaların, bilgilendirilme ve aydınlatılmış onam alma süreçlerinin değerlendirilmesi. Adli Bilimciler Derneği 1. Ulusal Sağlık Hukuku Kongresi, Marmaris, 1-4 Mayıs 2014.
12. Çağlayan S, Tuncer BB. Ortodontide risk faktörleri ve hekim sorumluluğu. S.D.Ü Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 2013; 4 : 3.
13. Jukic, M., Kozina, S., Kardum, G., Hogg, R., Kvolik, S. Physicians overestimate patient's knowledge of the process of informed consent: a cross-sectional study. Med Glas (Zenica), 2011; 8:39-45.
14. Kalala WTPatients' perceptions and understanding of informed consent for surgical procedures, faculty of health sciences. Master of Medicine in Family Medicine, Johannesburg, 2011.
15. Erman B. Ceza Hukukunda Tıbbi Müdahalelerin Hukuka Uygunluğu. Ankara: Seçkin Yayıncılık, 2003; 101-103.
16. Aydın Er R, Özcan M. Akpınar A, Ersoy N. Ortopedide aydınlatılmış onama ait etik sorunlar: Kocaeli'den Bir Örnek. Türkiye Klinikleri J Med Sci., 2011; 31: 455-63.
17. Turla A, Karaarslan B, Kocakay M, Pekşen Y. Hastalara yeterince aydınlatma yapılıp-yapılmadığı ve onam alınması durumunun saptanması. Türkiye Klinikleri J Foren Med., 2005; 2: 33-8.
18. Ghulam AT, Kessler M, Bachmann LM, Haller U, Kessler TM. Patients' satisfaction with the preoperative informed consent procedure: a multicenter questionnaire survey in Switzerland. Mayo Clin Proc., 2006; 81:307-12.

Acil Tıp Kliniğinde İntihar Amaçlı Kardiyovasküler İlaç İntoksikasyonları

Suicidal Cardiovascular Drug Intoxication in Emergency Department

Harun AYHAN^a, Dogac Niyazi OZUCELIK^b, Halil DOGAN,^bMehmet Ozgur ERDOGAN^c, Yavuz YIGIT^a

Özet Amaç: Türkiye’de son yıllarda artan yaşlı popülasyona birlikte kardiyovasküler ilaç kullanımında da kontrolsüz bir artış olmuştur. Bu çalışmanın amacı diğer suicidal ilaçlar arasında kardiyovasküler ilaçlar ile olan intoksikasyonları değerlendirmektir. **Gereç ve Yöntem:** Araştırmada iki devlet hastanesinin acil tıp kliniklerinde Temmuz 2009 – Haziran 2010 ve Mart 2013-Mart 2014 tarihleri arasında ilaç intoksikasyonu nedeniyle takip edilen 1399 hasta geriye dönük olarak incelenmiştir. Bunların içerisinde kardiyovasküler ilaç intoksikasyonu nedeniyle takip edilmiş olan 81 hasta araştırmaya alınmıştır. **Bulgular:** Kalp dışı ilaç intoksikasyonu nedeniyle takip edilen 1318 hastanın yaş ortalaması $25,9 \pm 10,8$ (%80,3 kadın ve %19,7 erkek), kardiyovasküler ilaç intoksikasyonu ile takip edilen 81 hastanın yaş ortalaması $27,3 \pm 13,6$ (%27,2 erkek, %72,8 kadın) olarak bulunmuştur. Hastalar tarafından 10 farklı gruptan kardiyovasküler ilaç alınmıştır. Kardiyovasküler ilaçlar içerisinde en fazla ACE inhibitörü grubu (%39,5), sonra beta bloker (%37,0) ilaçlar alınmıştır. Kardiyovasküler ilaçlarla intoksikasyonlar en sık (%70,3) genç sağlıklı insanlarda (10-30 yaş) görülmüştür. Hastaların çoğu destek tedavisi ile taburcu olmuştur. Hastaların hastanede kalış süresi ortalama $16,6 \pm 10,6$ saattir (2-48 saat). Bir hasta beta bloker kullanımına bağlı kardiyojenik şok sonucu ölmüştür. **Sonuç:** Bu araştırma ACE inhibitörleri ile intoksikasyonlarda bir artış olduğunu göstermiştir. Son zamanlarda kardiyovasküler ilaçların kolay bulunması nedeniyle, özellikle genç intoksikasyon hastalarında aile de ilaç kullanım öyküsü daha detaylı sorgulanmalıdır. Kardiyovasküler ilaçların satışındaki kontrolün ve kısıtlamanın artırılması bu ilaçlarla olan suicidal girişimleri azaltabilir.

Anahtar kelimeler: Kardiyovasküler ilaçlar, zehirlenme, ilaçlı intihar, epidemiyoloji

Abstract Objectives: As elderly population in Turkey increases, patients using cardiovascular drugs increases. Access to these drugs for suicide attempt gets easier due to common use. Aim of the study is to evaluate the results of intoxication with cardiovascular drugs. **Methods:** Data of 1399 patients admitted to two level 1 hospital emergency departments for drug intoxication were reviewed from July 2009 to March 2014 retrospectively. Cardiovascular drug intoxication was diagnosed in 81 patients. **Results:** The average age of 1318 patients with other drug intoxication was 25.9 ± 10.8 years (72,9% female, 27,1% male); the average age of 81 patients (72,8% female, 27,2% male) with cardiovascular drug toxicity was $27,3 \pm 13,6$ years. Ten different group cardiovascular drugs were taken. The most common cardiovascular drug (39.5%) was found ACEI group. Beta blocker intoxication was 37%. Most of the patients required supportive treatment. Average length of stay was $16,6 \pm 10,6$ h (range: 2–48 h). One patient died from cardiogenic shock due to beta blocker toxicity. **Conclusion:** Our study shows an increase in suicidal ACE inhibitor and beta blocker intoxication in cardiovascular drugs. All drug intoxications are more common between 18:00 and 02:00 o’clock. Seasonal distribution of suicide attempts showed a peak incidence in fall. Especially in young intoxication patients, physicians should take detailed information about the use of cardiovascular drugs by family members to rule out possible cardiovascular drug intoxication.

Key words: Cardiovascular drugs, poisoning, intoxication, suicide, epidemiology

Introduction

The suicide incidence is approximately 16/100000 annually, and 0.9% of all deaths

are due to suicide. In the United States, 1 per 10.000 people dies from suicide every year. These rates have remained constant over the

Geliş Tarihi/Received:24.05.2015 /Kabul Tarihi/Accepted:17.09.2015

^aEmergency Medicine, Istanbul Medeniyet University Goztepe Training and Research Hospital, Istanbul, Turkey.

^b Emergency Medicine, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Training and Research Hospital, Istanbul, Turkey,

^c Emergency Medicine, Haydarpaşa Numune Training and Research Hospital, Istanbul, Turkey,

Corresponding Author: Halil Dogan, M.D. Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği, Bakırköy, İstanbul, Turkey, e-mail:drhalildogan@gmail.com

last 20 years.^[1] Total suicide number was found 2898 (72,8% male; 27,2% female) and crude suicide rate was found 4.02 per 100,000 people according to Turkish Statistical Institute in Turkey.^[2]

Poisoning by cardiovascular drugs is rare. These drugs have serious adverse effects and may lead to high morbidity and mortality. Cardiovascular drug intoxication accounts for 1% of all drug intoxications.^[3] The most common cardiovascular drug toxicity is digitalis toxicity.^[4] Suicide attempts using calcium channel antagonists shows a significantly higher mortality.^[5,6] Increasing elder population in Turkey, increased the number of patients using cardiovascular drugs. Hence, the need exists for studies regarding the incidence and features of cardiovascular drug toxicity. We investigated the features of suicidal cardiovascular drug intoxication in our ED's, and compared to other drug intoxication.

Materials and methods

ED records of 1081 suicidal intoxication cases in Bakırköy Dr. Sadi Konuk Training and Research Hospital and 318 suicidal intoxication cases in Haydarpaşa Numune Training and Research Hospital were reviewed. Data of 1399 patients admitted to two level 1 hospital emergency departments for drug intoxication were reviewed from July 2009 to March 2014 retrospectively. Forensic cases were examined. Accidental intoxications, overdoses, and patients with incomplete data, were excluded from the study. Suicidal cardiovascular drug intoxication was diagnosed in eighty one (61+20=81) patients. The data were analyzed using Statistical Package for the Social Sciences software (SPSS ver. 16.0, Chicago, IL, USA). P value less than 0.05 was accepted to be statistically significant.

Results

Average age of 81 patients (72,8% female and 27,2% male) with cardiovascular drug toxicity was 27,3±13,6 years (range: 11–75 years). The average age of 1318 patients (80.3% female and 19.7% male) with other

drug intoxication was 25.9±10.8 years (range: 10–111 years). Age and gender had no significant difference between cardiovascular intoxication and other type of drug intoxication.

Cardiovascular drug intoxications (%70,3, n=57) were more common in 10 to 30 years old patients as other drug intoxications (70,3%, n=927). Demographic data is shown in figure 1.

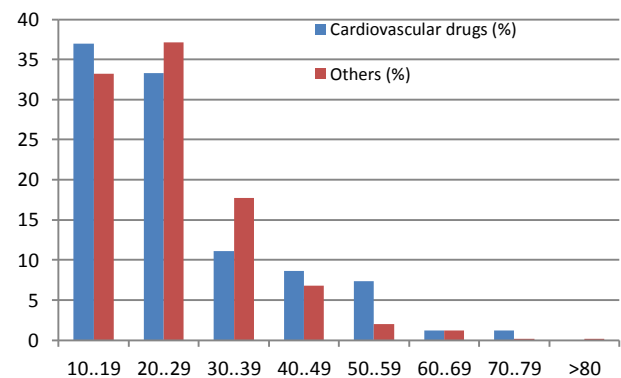


Figure 1. Age distribution of cardiovascular drug intoxications

Ten different group cardiovascular drugs were used in suicide attempts. The most common cardiovascular drug was ACE inhibitors (39.5%, n32). Beta blocker intoxication was noted in 30 (37%) patients. Beta blockers and calcium canal blockers were used by 37 (45,6%) patients together. Subgroups of cardiovascular drugs are shown in figure 2.

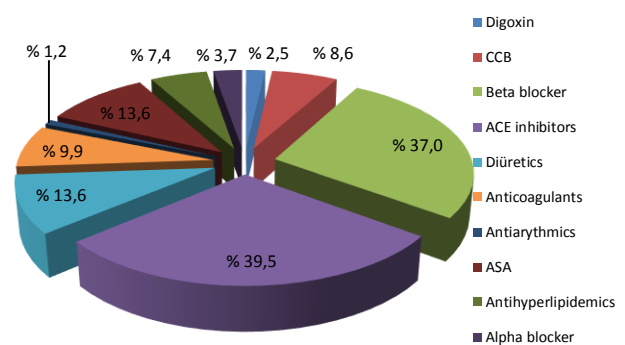


Figure 2: Percentage distribution of cardiovascular drug subgroups

The mean arterial pressure was 79.8 ± 1.2 mmHg (range: 59–112 mmHg), and heart rate was 81.3 ± 10.3 beats per minute (range: 63–102 beats per minute). There was no significant difference between drugs and these vital signs ($p > 0.05$).

All suicide attempts had a peak incidence between 18:00 and 02:00 o'clock. Seasonal distribution of suicide attempts showed a peak incidence in fall (%39.5, $n=32$).

One patient had a past medical history of a previous suicide attempt. Only one type of drug was used for suicide attempting 23 (28.4%) patients, and 58 (71.6%) patients attempted suicide using more than one type of drug. Toxic dose, drug types, pre-hospital treatment, use of activated carbon, nasogastric tube insertion, use of antidotes, monitoring, intensive care hospitalization, intubation and type of discharge showed no significant difference between single and multi-drug intoxications ($p > 0.05$).

Most of the patient required supportive treatment. Vitamin K was administered for four of eight anticoagulant intoxications. N-acetyl cysteine protocol was administered to a patient because of combined diuretic and paracetamol intoxication. Only two patient required intubation.

Time to admission was 2.4 ± 2.8 hour (range: 1–26 h) for cardiovascular drug intoxications. Within the first hour 39 (48.1%) and within two hours 19 (23.5%) patients were admitted to the ED.

Average length of stay (LOS) was 16.6 ± 10.6 h (range: 2–48 h). LOS was 10.4 ± 4.5 h (range: 3–16 h) for beta receptor blocker and calcium channel blocker intoxication. 18 (22,2%) patients were discharged from intensive care units. 62 (%76,6) patients were discharged from ED. Eight patient (%9,9) left the hospital without physician's approval. One death (%1,2) was noted due to beta blocker related cardiogenic shock.

Discussion

Suicidal intoxication is a public health problem worldwide. Suicidal intoxications (85.7%) are more common than accidental

poisonings (13.3%)^[6] and their ED admission incidence is 0.2–0.9%.^[7,8]

The suicide rate increases with increasing accessibility to suicide tools.^[9] The female/male ratio of suicide attempts is 4/1 in the United States, 1.5/1 in Europe, and 2/1 in Turkey.^[1,2,8-10] Previous studies^[11,12] have revealed that cardiovascular drug intoxication accounts for 1–12.5% of all drug intoxications. In Turkey, this ratio was reported to be 4-4.1%.^[6,13] In the present study, 5.9% of toxicities were caused by cardiovascular drugs. As in our study, previous studies^[6,14] have revealed that females more commonly attempt suicide (69.0-77.3 %),(72.8%).

Drug suicide attempts are more common between the ages of 15 and 24 years in Turkey.^[2,15] No age difference was found between cardiovascular drug intoxication and other types of drug intoxication in our study.^[16,17]

In this study, cardiovascular drug intoxication was found to be more common in 10 to 30 years old patients. Cardiovascular drug intoxications are more common between 18:00 and 02:00. Seasonal distribution of suicide attempts showed a peak incidence in fall.

Our study showed that 71.6% of patients had multidrug intoxications, which are most likely related to nonselective suicidal use of drugs. A previous study reported that the most common suicidal cardiovascular drugs were beta-blockers and calcium channel blockers.^[12] According to The American Association of Poison Control Centers, beta-blockers and calcium channel blockers accounted for 44.5% of all cardiovascular drug intoxications.^[18] In our study group, beta blockers and calcium canal blockers were used by 37 (45.6%) patients together. The most common cardiovascular drug class was ACE inhibitors (39.5%) due to relatively high prescription of ACE inhibitors in our region.

Suicidal intoxication mortality varies between 0.3% and 27%.^[15,19-21] A study^[22] has shown that mortality is related to cardiogenic shock and resistant acute

respiratory failure. In our study group, one patient (1.2%) has died from cardiogenic shock due to beta blocker toxicity. All of the patients were observed with monitoring and early supportive therapy.

In Turkey, cardiovascular drugs are prescribed with medical reports and patients have drugs that will be used in months. These drugs are within easy reach of family members. Therefore physicians should be take detail family medical history from intoxication patients. Also, over-the-counter cardiovascular drug sales should be strictly controlled. Physicians should be aware of possible complications related to suicidal cardiovascular drug intoxication and start early supportive treatment.

Conclusion

Our study shows an increase in suicidal ACE inhibitor and beta blocker intoxication in cardiovascular drug. Cardiovascular drug intoxications are more common between 18:00 and 02:00. Seasonal distribution of suicide attempts showed a peak incidence in fall. Especially in young intoxication patients, physicians should take detailed information about the use of cardiovascular drugs by family members to rule out possible cardiovascular drug intoxication.

Conflict of Interest

The authors declared that there is no potential conflicts of interest.

Ethics Committee Approval

Due to the retrospective nature of this study ethics committee approval was waived.

Informed Consent

Due to the retrospective nature of this study informed consent was waived.

Financial Disclosure

The authors declare that this study has received no financial support.

References

1. Roy A. Psychiatric emergencies. Sadock BJ, Sadock VA (eds): Comprehensive Textbook of Psychiatry, 7.ed, Baltimore, Lippincott Williams &Wilkins, 2000, 2031-40.
2. Statistical Indicators 1923-2011.Turkish Statistical Institute. Turkish Statistical Institute, Printing Division, Ankara December 2012, p: 45.
3. Köppel C, Oberdisse U, Heinemeyer G. Clinical course and outcome in class IC antiarrhythmic overdose. J Toxicol Clin Toxicol. 1990;28(4):433-44.
4. De Graff ACJ. Digitalis Intoxication. Circulation 1954 Jan;9(1):115-26.
5. Satar S, Seydaoglu G, Akpınar A, Sebe A, Karakoc E, Gumusay U, Yilmaz M, Gokel Y. Trends in acute adult poisoning in a ten-year period in Turkey: factors affecting the hazardous outcome. Bratisl Lek Listy.2009;110 (7):404-11.
6. Kalkan S, Hocaoglu N, Oransay K, Unverir P, Tuncok Y. Cardiovascular medication exposures and poisonings in Izmir, Turkey: A 14-year experience. Hum Exp Toxicol 2011May; 30(5):347-53.
7. Hanssens Y, Deleu D, Taqi A. Etiologic and Demographic Characteristics of Poisoning: A Prospective Hospital-Based Study in Oman. J Toxicol Clin Toxicol 2001;39(4):371-80.
8. Litovitz TL, Klein-Schwartz W, Caravati EM, Youniss J, Crouch B, Lee S. 1998 Annual report of the American association of poison control centers toxic exposure surveillan cesystem. Am J Emerg Med 1999;17(5):435-87.
9. Shafii M, Steltz-Lenarsky J, Derrick AM, Beckner C, Whittinghill JR. Comorbidity of mental disorders in the post-mortem diagnosis of completed suicide in children and adolescents. J Affect Disord 1988 Nov-Dec;15(3):227-33.
10. Çayköylü A, Coşkun İ, Kırkpınar İ, Özer H. Özkiyım girişiminde bulunanlarda sosyodemografik özellikler ve tanı dağılımı. Kriz Dergisi 1997;5:37-42.

11. Repetto MR. Epidemiology of poisoning due to pharmaceutical products, Poison Control Centre, Seville, Spain. *European Journal of Epidemiology* 1997 Apr;13(3): 353–6.
12. Vucinić S, Vucinić Z, Segrt Z, Joksović D, Jovanović D, Todorović V. Acute poisoning with cardiovascular agents. *Vojnosanit Pregl.* 2003 Nov-Dec;60(6):691-6.
13. Ozkose Z, Ayoglu F. Etiological and demographical characteristics of acute adult poisoning in Ankara, Turkey. *Hum Exp Toxicol* 1999 Oct;18(10):614–8.
14. Gnyp L, Lewandowska-Stanek H, Sawiniec J. Analysis of cases of acute poisoning with cardiovascular drugs. *Przegl Lek.* 2003;60(4):286-8.
15. Aydın ŞA, Köksal Ö, Fedakâr R, Emircan Ş, Durmuş O. 1996-2004 Yılları Arasındaki Erişkin Zehirlenme Olguları. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2006;32(1):25-7.
16. Pach J, Polewka A, Zieba A, Kroch S, ChrostekMaj J, Mikołaszek-Boba M, Datka W, Rachel W. A trial for the complex risk assessment of repeated suicide predictors in patient safter suicidal poisoning attempts, hospitalized in the Department of Clinical Toxicology CM UJ in Krakow. II. Clinical predictors. *Przegl Lek;* 2001;58(4):330-4
17. Hatzitolios AI, Sion ML, Eleftheriadis NP, Toulis E, Efstratiadis G, Vartzopoulos D, Ziakas AG. Para suicidal poisoning treated in a Greek medical ward: epidemiology and clinical experience. *Hum Exp Toxicol* 2001Dec; 20(12):611-7.
18. Love JN, Litovitz TL, Howell JM, Clancy C. Characterization of fatal beta blocker ingestion: a review of the American Association of Poison Control Centersdata form 1985 to1995. *Clinical Toxicology,* 1997;35(4):353-9.
19. Viertel A, Weidmann E, Brodt HR. Cases of acute poisoning admittedto a medica lintensive care unit. *Dtsch Med Wochenschr* 2001Oct 19;126(42): 1159-63.
20. Juárez-Aragón G, Castañón-González JA, Pérez-Morales AJ, Montoya Cabrera MA. Clinical and epidemiological characteristics of severe poisoning in adult population admitted to an intensive care unit. *Gac Med Mex* 1999;135(6):669-75.
21. Joubert PH. Poisoning admission of Black South Africans. *J Toxicol Clin Toxicol* 1990; 28(1): 85-94.
22. Chodorowski Z, Anand JS, Waldman W. Suicidal poisoning with antihypertensive drugs. *Przegl Lek* 2003;60(4):233-5.

Uyku Kalitesinin Doğuma ve Doğum Ağrısına Etkisi

The Effect of Sleep Quality to the Labor and Labor Pain

Zeynep ÖLÇER^a, Gülçin BOZKURT^b

ÖZET Amaç: Gebelikte yetersiz uykunun, doğumun uzaması, daha fazla ağrı, sezaryen oranlarının artması ve erken doğum ile ilişkili olduğu belirtilmektedir. Bu araştırma gebelikte uyku kalitesinin doğuma ve doğum ağrısı üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapıldı. **Yöntem:** Kesitsel ve tanımlayıcı nitelikteki araştırma verileri Haziran 2011-Mart 2012 tarihleri arasında elde edildi. Araştırmanın evrenini 120 gebe kadın, örneklemini ise örneklem seçim kriterlerine uyan 92 gebe kadın oluşturdu. Verileri toplamak için; Kişisel Bilgi Formu, Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi, Epworth Uykululuk Skalası ve Vizüel Ağrı Skalası kullanıldı. **Bulgular:** Gebe kadınların %91.3'ünün uyku kalitesinin kötü olduğu görüldü. Gebelikte sırt/bel ve bacak ağrısı yaşamanın uyku kalitesini olumsuz etkilediği belirlendi ($p<0.05$). Uyku kalitesi kötü olan gebelerin doğumun üçüncü evre süresinin daha uzun olduğu ($p<0.00$) ve bu evrede daha çok ağrı hissettikleri belirlendi ($p<0.01$). Uyku süresi ile doğum evrelerinin süreleri açısından istatistiksel olarak fark bulunmadı. Gündüz uykulu primigravida gebelerin, doğumun üçüncü evre süresinin daha kısa olduğu ($p<0.00$) ve bu evrede daha fazla ağrı hissettikleri ($p<0.02$) görüldü. **Sonuç:** Gebelikte sık yaşanan sorunlar uyku kalitesini etkilemektedir. Antenatal izlemlerde bu sorunlar her izlemde gözden geçirilmelidir. Uyku kalitesinin doğum süresini ve ağrısını etkilediği söylenebilir.

Anahtar Kelimeler: Doğum ağrısı, gebelik, uyku.

ABSTRACT Objective: It is stated that insufficient sleep in pregnancy is associated with prolonged labor, more pain, premature birth and increased rates of cesarean section. This research was conducted to determine the effect of sleep quality on the duration of labor and labor pain during pregnancy. **Methods:** The esearch data being cross-sectional and descriptive desing was collected in between June 2011-March 2012. The population of study consists of 120 pregnant women, the sample consists of 92 pregnant women who meet the inclusion criteria. The Personal Information Form, Pittsburg Sleep Quality Index, Epworth Sleepiness Scale and Visual Pain Scale were used to collect the data. **Findings:** 91.3% of pregnant women were found to be poor quality of sleep. It was determined that back, waist and leg pain in pregnancy affected sleep quality negatively ($p<0.05$). It was determined that the duration of third stage of labor was longer in pregnant women who had poor sleep quality ($p<0.00$) and they felt more pain at this phase ($p<0.01$). There were no significant differences between the duration of sleep and the length of labor. It was seen that primigravida pregnant women not having daytime sleepiness ($p<0.00$) had the third stage of labor was longer and felt more pain at this stage ($p<0.02$). **Conclusion:** Various problems related to pregnancy affects the quality of sleep. These problems should be revised in antenatal follow-up. It can be said that sleep quality affects the duration of labor and labor pain.

Key Words: Labor pain, pregnancy, sleep.

Geliş Tarihi/Received: 02.10.2014/ Kabul Tarihi/Accepted: 09.09.2015

^a MSc, İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora Öğrencisi, **Sorumlu Yazar Adres/** correspondence: Balkiraz Mah. Başarı Sk. No: 18/12 Mamak/ANKARA e- **posta:** zeynepolcer6@gmail.com

^b Doç. Dr, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Anabilim Dalı

Bu çalışma, İstanbul Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi tarafından desteklenmiştir. Proje No: 19784

Giriş

Uyku bireyin yaşam kalitesini ve iyilik durumunu önemli ölçüde etkileyen fizyolojik bir gereksinimdir. Gebelikte fetüsün gereksinimlerinin karşılanması ve kadının vücudunun doğuma hazırlanması için meydana gelen anatomik, fizyolojik ve biyokimyasal değişiklikler, uyku rutinini ve süresini etkilemekte, uykuya dalma ve sürdürmeyi zorlaştırmaktadır. Daha önce uyku sorunları olmayan kadınlar bile gebelikte ciddi uyku sorunları yaşamaktadır. Özellikle gebeliğin ilerleyen dönemlerinde, derin uyku azalmakta ve geceleri sık uyanmalar nedeniyle uyku kalitesi bozulmaktadır. [1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11]

Uyku kalitesinin bozulması yorgunluk ve ağrıya karşı duyarlılığın artmasına ve sağlığın bozulmasına yol açar. [1,5,12,13,14,15] Kötü uyku kalitesi; doğum eyleminin uzamasına, annenin eylem sırasında daha fazla yorulmasına, komplikasyon gelişmesine, annenin korku ve anksiyetesinin artmasına neden olabilir. [2,7,8,16]

Gebelikte uyku bozuklukları sık rastlanmasına rağmen, doğum öncesi bakımda yeterince önemsenmemektedir. Gebenin uyku özelliklerinin ve uyku problemlerinin bilinmesi, doğum eyleminin sağlıklı sonlanması, anne ve bebek sağlığı açısından önemlidir. [4,17]

Bu çalışma gebelikte uyku kalitesinin doğuma ve doğum ağrısı üzerine etkisini belirlemek amacıyla planlanmıştır. Çalışmada elde edilen verilerin, gebelere sağlık hizmeti sunan ebe, hemşire ve hekimlerin uyku sorunlarına yönelik yaklaşımlar için kanıt oluşturması ve bu konudaki literatüre önemli katkılar sağlaması beklenmektedir.

Gereç ve Yöntem

Tanımlayıcı ve kesitsel nitelikteki çalışma, İstanbul'da Sağlık Bakanlığına bağlı, bir Kadın Hastalıkları, Doğum Eğitim ve Araştırma Hastanesinde, Haziran 2011-Mart 2012 tarihleri arasında yapıldı.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Çalışma evrenini kadın hastalıkları ve doğum hastanesinin gebe izlem polikliniğinde kayıtlı 120 gebe kadın oluşturdu. Uzman bir istatistikçi tarafından, güven düzeyi ve kabul edilebilir hataya göre araştırma için örneklem büyüklüğü hesaplandı. Kabul edilebilir %5 hata ve %95 güven seviyesinde örneklem büyüklüğünün 92 gebe kadın olması gerektiği belirlendi.

Örneklem seçim kriterleri;

- Gebelik haftasının 38 hafta ve üzerinde olması,
- Pozisyon ve prezentasyon anomalisi bulunmaması,
- Riskli gebelik olmaması (diyabet, hipertansiyon, preeklamsi vb.),
- Doğumun izlemin yapıldığı hastanede gerçekleşmesi,
- Vajinal doğum planlanmış gebeler olması,
- Doğum sırasında epidural anestezi uygulanmaması,
- Doğum eylemi sırasında ağrı kesici uygulanmaması.

Araştırmanın Değişkenleri

Doğumun süresine ait bilgiler (doğumun I., II. ve III. evreleri ve toplam doğum süresi) ve ağrı skalası puanları araştırmanın bağımlı değişkenlerini oluşturdu.

Gebelerin sosyodemografik özellikleri (yaş, eğitim, çalışma durumu, alışkanlıklar, egzersiz yapma), uyku kalitesi puanları (Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi, Epworth Uykululuk Skalası) bağımsız değişken olarak kabul edildi.

Veri Toplama Araçları

Araştırmada verileri toplamak için, Kişisel Bilgi Formu, Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi, Epworth Uykululuk Skalası ve Vizüel Ağrı Skalası kullanıldı.

Kişisel Bilgi Formu: Araştırmacılar tarafından literatür bilgileri doğrultusunda hazırlanan form, alanında uzman 6 kişinin görüşlerine sunuldu, gelen öneriler doğrultusunda son şekli verildi. Gebelerin

kişisel-demografik (15 soru), obstetrik ve gebelik (7 soru), şimdiki doğuma ait bilgilerini (7 soru) kapsayan toplam 29 sorudan oluştu.

Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ): Buysse ve arkadaşları tarafından 1988 yılında, uykusu iyi ve kötü olan kişileri ayırt etmek amacıyla geliştirilen, 24 maddeden oluşan bir ölçektir. PUKİ alt bileşenleri; öznel uyku kalitesini, uyku latensini, uyku süresini, alışılmış uyku etkinliğini, uyku rahatsızlıklarını, uyku ilacı kullanımını, gündüz işlev bozukluğunu içermektedir. Her madde belirti sıklığına göre 0 ile 3 arasında değişen aralıkta puanlanmaktadır. Her bileşenden elde edilen puanlar toplanarak, 0-21 arasında değişen Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi (PSQI) toplam puanı elde edilmektedir. Toplam puanı 5'in altında olanlar uyku kalitesi iyi, 5 ve üzerinde olanlar ise uyku kalitesi kötü olarak değerlendirilmektedir.^[18]

Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması ülkemizde Ağargün ve arkadaşları tarafından yapılmış olup, iç tutarlılık katsayısı 0.80 olarak bildirilmiştir.^[19] Çalışma grubumuzda iç tutarlılık katsayısı 0.76 olarak bulunmuştur.

Epworth Uykululuk Skalası: Murray W. Johns tarafından geliştirilmiş, gündüz uyku ve uykululuk durumlarını ortaya çıkarmaktadır. Uykuya neden olduğu bilinen sekiz durumu temel almaktadır. Ölçekte yer alan her bir durum 0-3 arasında puanlanmakta ve 0-24 arasında toplam puan elde edilmektedir. Toplam puan 10 ve üzerinde ise gündüz aşırı uyku halinin olduğunu göstermektedir.^[20]

Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Ağargün ve arkadaşları tarafından yapılmış ve iç tutarlılık katsayısı 0.80 olarak bildirilmiştir.^[21] Çalışma grubumuzda iç tutarlılık katsayısı 0.54 olarak bulunmuştur.

Vizüel Ağrı Skalası (VAS): Ağrı şiddetinin değerlendirilmesinde, sayısal

olarak ölçülemeyen bazı değerleri sayısal hale çevirmek için kullanılır. Ağrıyı değerlendirmek için bir ucunda hiç ağrı yok, diğer ucunda ise çok şiddetli ağrı var yazan 10 cm'lik bir çizgi üzerinde, bireyden kendi durumuna uyan yere çizgi çekmesi veya nokta koyması istenir. Ağrının hiç olmadığı yerden, bireyin işaretlediği yere kadar olan mesafe bir cetvel yardımıyla ölçülür. Yüksek puan ağrının şiddetli olduğunu gösterir.^[22,23]

Uyku, doğum ağrısı ilişkisini değerlendirmek amacıyla; doğum sırasında servikal açıklık 1-3 cm iken bir kez, 4-10 cm arasında iken bir kez ve plasenta çıkmadan önce bir kez olmak üzere toplam üç kez ağrı ölçeği kullanılarak, ağrı şiddeti belirlendi. Kadına hissettiği ağrının şiddetini ağrı skalası üzerinde göstermesi veya işaret koyması istendi. Ölçek annenin ağrısının olmadığı aralarda uygulandı. Her defasında farklı bir ağrı ölçeği kullanılarak ölçüm yapıldı.

Ölçeklerin ve kişisel bilgi formunun uygunluğu 10 kişiye yapılan pilot uygulama ile test edildi. Veri toplama araçlarının pilot uygulanmasında problem olmadığı için bu gebeler de çalışmaya dahil edildi.

Araştırma iki aşamada gerçekleştirildi.

- Gebe kadınlara gebe izlem polikliniğinde görüşme için ayrılan bir odada, yüz yüze görüşme tekniği ile Kişisel Bilgi Formu ve Uyku Kalitesi Ölçekleri uygulandı.
- Aynı gebe kadınlar doğuma geldiğinde doğumları boyunca izlenerek, doğum bilgileri ve VAS puanları elde edildi.

Etik

- Araştırmanın yapılabilmesi için ilgili kurumlardan gerekli izinler ve etik kurul onayı alındı (Etik kurul karar no: B-06).
- Araştırmaya katılan gebe kadınlara araştırmanın amacı ile ilgili bilgi verilip elde edilen bilgilerin sadece bu araştırma için kullanılacağı açıklandıktan sonra, sözlü ve yazılı onamları alındı.

- Bu çalışma, İstanbul Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi tarafından desteklenmiştir (Proje No: 19784).

Araştırmanın Sınırlılıkları

- İndüksiyon (Oksitosin) kullanımı doğumun süresini ve doğumda algılanan ağrıyı etkilemiş olabilir.
- Örneklem çalışmanın yapıldığı birim ile sınırlıdır, genelleme yapılamaz.

Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma sonucunda elde edilen veriler bilgisayar ortamında, Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 15.0 programı kullanılarak bir uzman tarafından analiz edildi. Veriler ortalama, frekans, Mann Whitney U testi ve Kruskal Wallis ile değerlendirildi. İstatistiksel anlamlılık %95'lik güven aralığında, $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirildi.

Bulgular

Çalışma grubundaki gebe kadınlar; 16-42 yaş aralığında, yaş ortalaması ise 25.84 ± 6.31 idi. Eğitim durumlarına bakıldığında %39.1'inin 1-5 yıl arasında eğitim gördüğü ve %98.7'sinin ev hanımı olduğu belirlendi.

Gebe kadınların uyku kalitesi bileşenleri ve toplam puan dağılımları incelendiğinde %91.3'ünün kötü uyku kalitesine sahip olduğu anlaşıldı. Kadınların geceleri ortalama 6.41±1.98 saat uyudukları, %73.9'unun geceleri

uyandığı, %12'sinde gündüz uykululuğu olduğu ve %14.1'inin ise kötü rüyalar gördüğü saptandı.

Gebe kadınların %72.8'inin sırt/bel/kasık ağrısı, %72.8'inin bacak ağrısı, %75'inin sık idrara çıkma gibi şikayetleri ilk üç sırada sıklıkla belirttiği ve yaşadığı sorunlarla ilgili %21.7'sinin destek aldığı belirlendi. Gebelikte yaşanan sorunlara göre uyku kalitesi incelendiğinde; bacak ağrısı/ kramp ve sık idrara çıkma sorunları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görüldü ($p < 0.05$).

Gebelikte yaşanan sorunlar ile Epworth Uykululuk Skalası'ndan alınan puanlar karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p > 0.05$).

Pittsburg uyku kalitesi indeksi alt bileşenleri ve toplam puanları incelendiğinde; gebelerin yaşına göre puan dağılımlarında istatistiksel olarak bir fark saptanmazken, gebelik sayısı (gravida), doğum sayısı (parite) ve çocuk sahibi olma durumuna göre gündüz işlev bozukluğu bileşeni açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görüldü ($p < 0.05$).

Gebelerin uyku kalitesi ile doğum evrelerinin sürelerine ilişkin özellikler karşılaştırıldığında; doğumun ikinci evre süresinin, uyku kalitesi iyi olan multigravida gebelerde istatistiksel olarak anlamlı olarak daha kısa ($p < 0.03$), üçüncü evre süresinin ise daha uzun olduğu saptandı ($p < 0.00$; Tablo 1).

Tablo 1. Gebe Kadınların Uyku Kalitesi ile Doğum Evrelerine İlişkin Özelliklerin Karşılaştırılması (N: 92)

Özellikler	Uyku kalitesi iyi olan		Uyku kalitesi kötü olan		KW- χ^{2*}	p
	Primigravida (n: 3)	Multigravida (n: 5)	Primigravida (n: 32)	Multigravida (n: 52)		
Doğum Evrelerinin Süreleri (dk)	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$		
Birinci evre	425.00±371.78	737.00±522.94	556.87±615.66	751.92±537.46	4.03	0.26
İkinci evre	15.33±14.50	8.78±20.09	13.00±5.70	7.04±4.29	9.26	0.03
Üçüncü evre	7.00±5.20	7.63±6.84	10.20±3.90	14.50±9.84	13.63	0.00
Toplam doğum süresi	446.67±391.45	572.41±626.59	760.20±524.61	772.71±538.31	3.87	0.27

*KW- χ^2 :Kruskal Wallis

Tablo 2. Gebe Kadınların Gün İçinde Uykulu Olma Durumu ile Doğum Evrelerine İlişkin Özelliklerin Karşılaştırılması (N: 92)

Özellikler	İyi Uyuyan (<10 puan)		Gündüz Uykulu (≥ 10 puan)		KW- χ^2 *	P
	Primigravida (n: 29)	Multigravida (n: 52)	Primigravida (n: 6)	Multigravida (n: 5)		
Doğum Evrelerinin Süreleri (dk)	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$		
Birinci evre	582.93±598.84	753.98±548.18	365.00±599.52	715.60±351.72	5.03	0.17
İkinci evre	10.62±21.30	7.27±4.37	3.17±3.71	10.60±7.13	6.86	0.08
Üçüncü evre	8.14±6.72	14.52±9.89	4.83±6.14	10.00±0.00	14.88	0.00
Toplam doğum süresi	600.93±609.36	775.02±549.03	371.67±610.32	736.20±353.46	4.89	0.18

*KW- χ^2 :Kruskal Wallis**Tablo 3. Gebe Kadınların Uyku Süresi ile Doğum Evreleri Sürelerinin Karşılaştırılması (N: 92)**

Özellikler	Doğum Evrelerinin Süreleri (dk)	Uyku Süresi		MW-U*	P
		6 Saat ve Altı	7 Saat ve Üzeri		
		$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$		
Birinci evre		582.93±598.84	753.98±548.18	775.50	0.30
İkinci evre		10.62±21.30	7.27±4.37	737.00	0.16
Üçüncü evre		8.14±6.72	14.52±9.89	744.50	0.17
Toplam doğum süresi		600.93±609.36	775.02±549.03	778.50	0.31

*MW-U: Mann Whitney-U

Tablo 4: Gebe Kadınların Uyku Kalitesi ve Gün İçinde Uykulu Olma Durumu ile Doğumdaki Ağrı Puanlarının Karşılaştırılması (N: 92)

Özellikler	Primigravida (n: 3)	Multigravida (n: 5)	Primigravida (n: 32)	Multigravida (n: 52)	KW- χ^2	p
	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$		
Doğum Evrelerinde Ağrı Puanları						
	Uyku Kalitesi İyi Olan		Uyku Kalitesi Kötü Olan			
Birinci Evre						
Latent faz	7.33±2.52	4.70±2.99	3.75±3.10	3.79±2.66	4.95	0.17
Aktif faz	6.67±5.77	8.40±1.82	7.00±4.03	8.79±2.35	3.66	0.30
Üçüncü Evre						
Plasenta çıkmadan önce	0.17±0.29	4.40±3.36	3.36±3.90	4.71±3.29	10.87	0.01
	İyi Uyuyan (<10 puan)		Gündüz Uykulu (≥ 10 puan)			
Birinci Evre						
Latent faz	4.33±3.37	3.61±2.51	2.75±1.67	6.50±3.24	4.65	0.19
Aktif faz	7.05±4.27	8.69±2.37	6.58±3.44	9.40±1.34	5.50	0.13
Üçüncü Evre						
Plasenta çıkmadan önce	3.22±3.86	4.70±3.22	2.42±4.00	4.50±4.14	8.99	0.02

*KW- χ^2 : Kruskal Wallis

Gebe kadınların gebelikte, Epworth Uykululuk Skalası'ndan aldıkları puanlar ile doğum evrelerinin sürelerine ilişkin özellikler karşılaştırıldığında, iyi uyuyan multigravida gebelerin üçüncü evre süresinin istatistiksel olarak anlamlı farkla daha uzun olduğu belirlendi ($p < 0.05$; Tablo 2).

Gebe kadınların ortalama uyku sürelerine göre doğum evrelerinin süreleri karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p > 0.05$; Tablo 3). Pittsburg uyku kalitesi indeksine göre gebe kadınların doğum evrelerindeki ağrı puanları incelendiğinde, uyku kalitesi kötü olan multigravida gebelerin, doğumun üçüncü evresinde ağrı puanlarının daha yüksek olduğu saptandı ($p < 0.01$; Tablo 4).

Gebe kadınların, Epworth Uykululuk Skalası puanlarının < 10 puan (iyi uyuyan) ve ≥ 10 puan (gündüz uykulu) olmasına göre doğum evrelerindeki ağrı puanları irdelendiğinde, gündüz uykulu multigravida gebelerin doğumun üçüncü evresindeki ağrı puanlarının istatistiksel anlamlı farkla daha yüksek olduğu görüldü ($p < 0.05$; Tablo 4).

Tartışma

Gebeliğin uyku bozukluklarına neden olabileceği veya mevcut uyku sorunlarını arttırabileceği bilinmektedir.^[7,24,25] Hedman ve arkadaşları (2002) kadınların gebelikte uyku kalitelerinin bozulduğunu belirtmektedir.^[26] Taşkıran (2011) gebelerin %86'sının, Naud ve arkadaşları (2010) %56'sının, Ko ve arkadaşları (2012) %80.7'sinin, Naghi ve arkadaşları (2011) %43,8'inin, Reutrakul ve arkadaşları (2011) %64'ünün uyku kalitesinin kötü olduğunu saptamıştır.^[9,27,28,29,30] Çalışma grubumuzdaki gebe kadınların %91,3'ünün uyku kalitesinin kötü olduğu belirlendi. Yapılan araştırma sonuçlarına göre uyku kalitesinin kötü olması %43,8-86 değerleri arasında bulunmuştur. Bu çalışmada ise uyku kalitesi kötü olanların oranının daha yüksek idi. Bilindiği gibi son trimester uyku problemlerinin diğer dönemlere göre

daha çok yaşandığı bir dönemdir. Bu fark çalışma grubundaki gebelerin tamamının son trimesterde olması ile açıklanabilir. Gebelikteki fiziksel ve hormonal değişiklikler gebelerin uyku kalitelerini olumsuz etkilemekte ve uyku kalitesini bozmaktadır.^[5,7,10,24,25]

Gebelikte uyku kalitesi en çok üçüncü trimesterde bozulmaktadır.^[24,27,31,32] Lee, Caughey (2006) üçüncü trimesterde kadınların çoğunun gece iki veya üç kez uyandıklarını ve ortalama 7.5 saat uyuduklarını belirtmektedir.^[33] Hutchison ve arkadaşları (2012) çalışmalarında üçüncü trimesterde ortalama uyku süresini 7.5 saat olarak bulmuştur.^[32] Çalışma grubumuzda üçüncü trimesterdeki gebe kadınların %73.9'unun gece en az bir kez uyandığı ve geceleri ortalama 6.5 saat uyudukları belirlendi. Yetişkin bireyler için günde 7-8 saat uyumaları tavsiye edilmekle birlikte, bazı kişiler daha az veya bazıları daha fazla uyuduğunda sorun yaşamayabilir.^[2] Gebelikte uyku ihtiyacının arttığı düşünüldüğünde ve benzer çalışmalar ile karşılaştırıldığında ortalama uyku süresinin daha düşük olduğu kabul edilmelidir.

Gebelikte yaşanan sorunlar uyku bozukluklarına yol açmakta ve uyku kalitesini bozmaktadır.^[7,33,34] Zib ve arkadaşları (1999) gebelerin genel olarak sık idrara çıkma, yorgunluk, uykusuzluk ve bel ağrısı şikayetlerinden yakındığını belirlemiştir.^[35] Yanikkerem ve arkadaşları (2006) gebelikte yaşanan sorunları trimesterlere göre irdelenmiş; ilk trimesterde sık idrara çıkma, yorgunluk, bulantı-kusma, ikinci trimesterde sık idrara çıkma, yorgunluk, bel ağrısı, üçüncü trimesterde ise yorgunluk, sık idrara çıkma ve bel ağrısının en sık yaşanan sorunlar olduğunu saptamıştır.^[36] Sunal, Demiryay (2009) ise gebelerin sık idrara çıkma, yorgunluk, bulantı-kusma, bel ağrısı ve hazımsızlık gibi sorunlarının olduğunu belirlemiştir.^[37] Lee, Caughey (2006) üçüncü trimesterde kadınların (%65-80) büyük çoğunluğunun sık idrara çıkma, sırt ağrısı ve bacak krampları yaşadığını bildirmektedir.^[33]

Çalışma grubumuzdaki kadınların gebeliklerinde; sırt, bel, kasık ağrıları (%72,8), bacak ağrıları (%72,8), sık idrara çıkma (%75) sorunlarını sıkça yaşadığı belirlendi. Bulgularımız benzer çalışmalardaki sonuçları desteklemektedir. Pek çok gebe kadının geceleri birden fazla kez tuvalete gitmek için uyandığı, sırt, boyun, bel ağrılarının sık olduğu, bu durumun uyku kalitesini bozduğu bildirilmektedir.^[32,33,34] Araştırmamızda gebelikte sıkça yaşanan sorunlardan sırt, bel ağrısının uyku kalitesini etkilemediği ancak diğer araştırma sonuçlarına benzer şekilde bacak ağrısı/kramp ve sık idrara çıkma sorunu olan gebelerin uyku kalitelerinin kötü olduğu belirlendi. Uyku sorunları yaşayan gebe kadınlarda, bacak ağrısı/kramp ve sık idrara çıkma sorunlarını mutlaka sorgulanmalı, sorunlarının azaltılması dolayısı ile uyku kalitesinin iyileştirilmesi sağlanmalıdır.

Gebelikte kötü rüyalar görmenin kaygı, uyku bozuklukları veya hormon düzeylerinin değişmesinden kaynaklandığı belirtilmektedir. Hedman ve arkadaşları (2002) kabusların gebelikte birlikte azaldığını bulmuştur.^[38] Nielsen, Paquette (2007) gebe kadınların %34'ünün korkutucu rüyalar ve kabuslar gördüğünü saptamıştır.^[39] Çalışma grubundaki kadınların %29,3'ünün kötü rüyalar gördüğü belirlenmiştir. Bu sonuçlar Nielsen, Paquette (2007)'nin sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Hedman ve arkadaşlarının (2002) sonuçları ile karşılaştırmamız, çalışma grubumuzdaki kadınların gebelik öncesi kabus görme durumunu bilmediğimiz için doğru olmayacaktır. Yinede literatür ve benzer çalışma sonuçlarına bakarak gebelikte kötü rüyalar görme oranının yaklaşık 1/3 olduğu söylenebilir.

Hedman ve arkadaşları (2002) 30 yaşın üstündeki gebe kadınların, 30 yaşından küçük olanlara göre daha az uyuduğunu saptamıştır.^[26] Demir ve arkadaşları (2011) yaptıkları çalışmada yaş ile uyku kalitesinin değişmediğini bulmuştur.^[40] Çalışma grubundaki

gebelerin yaşlarının uyku kalitesini etkilemediği belirlenmiştir. Bu yönüyle değerlendirildiğinde bulgularımız Demir ve arkadaşlarının bulgularını desteklemektedir. Hedman ve arkadaşlarının (2002) bulgularıyla karşılaştırdığımızda ise ters yönde sonuçlar elde edildiği anlaşılmaktadır. Bu fark ölçüm aracının farklılığı ve örnekleme kabul edilen gebelerin özelliklerinden kaynaklanmış olabilir.

Primipar gebeler multiparlara göre uykusuzluk açısından daha fazla sorun yaşamaktadır. Özellikle primipar gebelerin yaşadığı stresin uykuyu olumsuz etkilediği belirtilmektedir.^[5,41] Lee ve arkadaşları (2000), uyku bozukluklarının primipar gebelerde daha belirgin olduğunu, Signal ve arkadaşları (2007) ise ikinci trimesterde geceleri daha fazla uyandıklarını saptamıştır.^[42,43] Çalışma grubundaki kadınların uyku kalitesi irdelendiğinde, gündüz işlev bozukluğu alt bileşeni puanının primigravida ve primipar gebelerde daha yüksek olduğu ($p<0,05$), uyku bozukluğu nedeniyle gün içerisinde daha fazla sorun yaşadıkları saptanmıştır. Bulgularımız bu konuda yapılmış diğer çalışma sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir. Primipar gebelerin deneyimsiz olduklarından multiparlara göre daha fazla uyku bozuklukları yaşaması beklenen bir durumdur.

Lee, Gay (2004) geceleri 6 saatten daha az uyuyan gebelerin doğum sürelerinin uzadığını bulmuştur.^[44] Naghi ve arkadaşları (2011) uyku kalitesi kötü olan gebe kadınların %20'sinin doğum süresinin uzadığını belirlemiştir.^[29] Zafarghandi ve arkadaşları (2012) uyku süresi ve doğum evrelerinin süresi arasında anlamlı ilişki bulmuştur.^[45] Çalışma grubundaki kadınlarda, uyku süresinin doğum süresini etkilemediği görüldü (Tablo 3). Yapılan çalışmalarla karşılaştırıldığında sonuçların tamamen farklı olduğu görülmüştür. Çalışma grubundaki gebelerin doğumlarının (%89.1) indüklenmiş olması, doğumun evrelerinin sürelerinin kısa olmasının

başlıca nedeni olabilir. İleride uyku süresi ile doğum evrelerinin süresinin karşılaştırılması ile ilgili yapılacak araştırmalarda doğumun indüklenmemiş ve herhangi bir müdahalenin yapılmamış olması göz önünde bulundurulmalıdır.

Reutrakul ve arkadaşları (2011) kadınların %41'ini, Ko ve arkadaşları (2012) %34'ünü, Hutchison ve arkadaşları (2012) ise %33'ünü gündüz uykulu bulmuştur.^[28,30,32] Çalışma grubundaki gebe kadınların %12'sinin gündüz uykulu olduğu saptandı. Yapılan çalışmalara göre çalışma grubunda gündüz uykululuğunun daha düşük olması araştırma yöntemlerinin farklılığından kaynaklanmış olabilir.

Literatürler incelendiğinde uyku kalitesinin doğuma etkisini irdeleyen sınırlı sayıda çalışmaya rastlanmıştır.^[6,7] Evans ve arkadaşları (1995) çalışmalarında uyku kalitesi, doğumun şekli ve süresi arasında ilişki bulamamıştır. Ancak bu çalışmada araştırmacılar geçerli bir uyku anketi kullanmamış, gebelerin doğum sayılarını dikkate almamıştır.^[46] Naud ve arkadaşları (2010) da çalışmalarında uyku ve doğum sonuçları arasında ilişki bulamamıştır.^[27] Lee, Gay (2004) uyku kalitesinin doğum süresini etkilediğini, Dencker ve arkadaşları (2010) ise doğumdan 24 saat önceki uyku ve dinlenmenin doğum süresinde etkili olduğunu bulmuştur.^[44,47] Çalışma grubumuzdaki uyku kalitesi kötü olan gebelerin anlamlı olarak travayın ikinci evre süresinin daha kısa, üçüncü evre süresinin daha uzun olduğu görüldü ($p<0,05$; Tablo 1). Uyku kalitesinin doğuma etkisini irdeleyen çalışma sonuçlarının sınırlı olması, doğumun indüklenme veya müdahale edilme durumunun açık belirtilmemesi ve kullanılan yöntemlerin farklı olması kesin yorumlar yapmayı engellemektedir.

Uykusuzluğun ağrı eşiğini azalttığı buna karşılık yeterli uyku ve dinlenmenin ağrı eşiğini arttırdığı belirtilmektedir.^[17,48,49,50] Bebee, Lee (2007) doğumdan önceki beş gündeki uyku ile doğum sırasındaki ağrı ve yorgunluk arasında ilişki olduğunu belirlemiştir.^[16]

Çalışma grubundaki gebelerin uyku kalitesinin doğumun birinci evresindeki ağrı puanlarını etkilemediği ancak üçüncü evrede uyku kalitesi kötü olanların ağrı puanlarının yüksek olduğu görüldü ($p<0,05$; Tablo 4). Bulgularımız Bebee, Lee (2007)'nin bulgularını desteklemektedir. Kadınların özellikle doğumdan önce yeterince uyuyamaması, yorgunluk ve enerji kaybının doğum sırasındaki ağrıyı arttırdığı söylenebilir.

Sonuç

Çalışma grubundaki gebe kadınların çoğunluğunun uyku kalitesinin kötü olduğu belirlenmiştir. Gebelikte yaşanan bacak ağrısı ve sık idrara çıkma gibi yakınmalar uyku kalitesini olumsuz etkilemektedir. Antenatal izlemlerde bu yakınmalar her izlemde gözden geçirilmelidir. Ortalama uyku süresi doğum evrelerinin süresini etkilememektedir. Uyku kalitesi kötü olan gebelerin doğumun ikinci evre süresi daha kısa, üçüncü evre süresi ise daha uzun olmaktadır. Uyku kalitesi kötü olan gebelerin doğumun üçüncü evresinde ağrı puanları daha yüksektir. Uyku kalitesi ile doğum süresi ve ağrısı ile ilgili daha ileri çalışmalar yapılmalıdır.

Kaynaklar

1. Atik DÖ, Zeydan ZE, Coşar AA. Uyku sorunları hipertansiyona neden olur mu? [Does Hypertension Cause Sleep Problems?]. Türk Kardiyol Dern Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi [Turk Soc Cardiol Turkish Journal of Cardiovascular Nursing] 2012; 1-7.
2. Chang JJ, Pien GW, Duntley SP, Macones GA. Sleep Deprivation During Pregnancy and Maternal and Fetal Outcomes: Is There a Relationship?. Sleep Medicine Reviews 2010; 30: 1-8.
3. Çoban A, Yanikkerem UE. Gebelerde Uyku Kalitesi ve Yorgunluk Düzeyi [Sleep quality and fatigue in pregnant

- women]. *Ege Tıp Dergisi [Ege Journal of Medicine]* 2010; 49(2): 87-94.
4. Güneş Z, Körükcü Ö, Özdemir G. Diyabetli Hastalarda Uyku Kalitesinin Belirlenmesi [The Determination of The Quality of Sleep of The Patients with Diabetes Mellitus] *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi [Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences]* 2009; 12(2): 10-7.
 5. Kempler L, Sharpe L, Bartlett D. Sleep Education During Pregnancy for New Mothers. *Biomedcentral Pregnancy and Childbirth* 2012; 12: 1-10.
 6. Micheli K, Komninos I, Bagkeris E, Roumeliotaki T, Koutis A, Kogevinas M et al. Sleep Patterns in Late Pregnancy and Risk of Preterm Birth and Fetal Growth Restriction. *Epidemiology* 2011; 22: 738 – 44.
 7. Okun ML, Roberts JM, Marsland AL, Hall M. How Disturbed Sleep May Be A Risk Factor For Adverse Pregnancy Outcomes A Hypothesis. *Obstetrical & Gynecological Survey* 2010; 64: 273–80.
 8. Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. 8. Baskı. Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık; 2007. p.85-93, 177, 275-6, 293-9.
 9. Taşkıran N. Gebelik ve Uyku Kalitesi [Pregnancy and Sleep Quality]. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi [J Turk Soc Obstet Gynecol.]* 2011; 8(3): 181- 7.
 10. Ursavaş A. Sleep Disorders and Pregnancy. In: Alizera Minagar ed. *Neurological Disorders and Pregnancy*. Elsevier Inc.; 2011. p. 185-205.
 11. Yanikkerem-Uçum E. Gastroözefajial Reflüsü Olan Gebelerde Hemşirelik Yönetiminin Yaşam ve Uyku Kalitesi ile İlaç Kullanımına Etkisi [Effect of Nursing Education on Sleep and Quality of Life Among Pregnant Women with Gastroesophageal Reflux Disease][Doktora Tezi]. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü [Institute of Medical Sciences, Ege University], İzmir, Türkiye, 2009.
 12. Arslan S, Fadiloğlu Ç. Kanserde Uyku Sorunlarının Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi [The Effect on quality of Life of Sleep Disorders in Cancer Patients]. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi [Journal of Research and Development in Nursing]* 2009; 2: 16-27.
 13. Facco FL, Grobman WA, Kramer J, Ho KH, Zee PC. Self-Reported Short Sleep Duration and Frequent Snoring in Pregnancy: Impact on Glucose Metabolism. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 2011; 203: 142.e1–142.e5.
 14. Owusu JT, Anderson FJ, Coleman J, Oppong S, Seffah JD, Aikins A, O'Brien LM. Association of Maternal Sleep Practices with Pre-Eclampsia, Low Birth Weight and Stillbirth among Ghanaian Women. *Int J Gynaecol Obstet* 2013; 121(3): 261-5.
 15. Williams MA, Miller RS, Qiu C, Cripe SM, Gelaye B, Enquobahrie D. Associations of Early Pregnancy Sleep Duration with Trimester-Specific Blood Pressures and Hypertensive Disorders in Pregnancy. *Sleep* 2010; 33: 1363-71.
 16. Beebe KR, Lee K. Sleep Disturbance in Late Pregnancy and Early Labor. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing* 2007; 21(2): 103-8.
 17. Önler E, Yılmaz A. Cerrahi Birimlerde Yatan Hastalarda Uyku Kalitesi [The Sleep Quality Of The Patients In Surgical Units]. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi [Journal Of Istanbul University Florence Nightingale School Of Nursing]* 2008; 16: 114-21.
 18. Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburg Sleep Quality Index: A New Instrument for Psychiatric Practise and Research. *Psychiatry Research* 1988; 28: 193-213.
 19. Ağargün MY, Kara H, Anlar Ö. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi'nin Geçerliliği ve Güvenirliği [The Validity

- and Reliability of the Pittsburgh Sleep Quality Index]. *Türk Psikiyatri Dergisi* [Turkish Journal of Psychiatry] 1996; 7(2): 107-15.
20. Johns MW. A New Method for Measuring Daytime Sleepiness: The Epworth Sleepiness Scale. *Sleep* 1991; 14(6): 540-5.
21. Ağargün MY, Çilli AS, Kara H, Bilici M, Telcioğlu M, Semiz ÜB ve Ark. Epworth Uyukuluk Ölçeğinin Geçerliği Ve Güvenirliği [Validity and Reliability of The Epworth Sleepiness Scale]. *Türk Psikiyatri Dergisi* [Turkish Journal of Psychiatry] 1999; 10(4): 261-7.
22. Wewers ME, Lowe NK. A Critical Review of Visual Analogue Scales in The Measurement of Clinical Phenomena. *Research in Nursing and Health* 1990; 13: 227-36.
23. Williamson A, Hoggart B. Pain: A Review of Three Commonly Used Pain Rating Scales, *Journal of Clinical Nursing* 2005; 14: 798–804.
24. Dzaja A, Arber S, Hislop J, Kerkhofs M, Kopp C, Pollmacher T et al. Women's Sleep in Health and Disease. *Journal of Psychiatric Research* 2005; 39: 55-76.
25. Kiper S, Sunal N. Romatoid Artritli Hastalarda Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi [Evaluation Of Sleep Quality In Rheumatoid Arthritis Patients]. *Kocatepe Tıp Dergisi* [The Medical Journal of Kocatepe] 2009; 10: 33-9.
26. Hedman C, Pohjasvaara T, Tolonen U, Suhonen-Malm AS, Myllylä VV. Effects of Pregnancy on Mothers' Sleep. *Sleep Medicine* 2002; 3(1): 37-42.
27. Naud K, Ouellet A, Brown C, Pasquier JC, Moutquin JM. Is Sleep Disturbed In Pregnancy? *J Obstet Gynaecol Can* 2010; 32(1): 28-34.
28. Ko H, Shin J, Kim MY, Kim YH, Lee J, Kil KC et al. Sleep Disturbances in Korean Pregnant and Postpartum Women. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2012; 33(2): 85-90.
29. Naghi I, Keypour F, Ahari SB, Tavalai SA, Khak M. Sleep Disturbance In Late Pregnancy And Type And Duration Of Labour. *J Obstet Gynaecol* 2011; 31(6): 489-91.
30. Reutrakul S, Zaidi N, Wroblewski K, Kay HH, Ismail M, Ehrmann DA Et Al. Sleep Disturbances And Their Relationship To Glucose Tolerance In Pregnancy. *Diabetes Care* 2011; 34(11): 2454-7.
31. Lee KA, Zaffke ME, Mcenany G. Parity and Sleep Patterns During and After Pregnancy. *Obstetrics & Gynecology* 2000; 95: 14-8.
32. Hutchison BL, Stone PR, Mccowan LM, Stewart AW, Thompson JM, Mitchell EA. A Postal Survey of Maternal Sleep in Late Pregnancy. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2012 10; 12: 1-7.
33. Lee K, Caughey AB.. Evaluating Insomnia During Pregnancy and Postpartum. In Attarian HP ed. *Sleep Disorders in Women: A Guide to Practical Management*. Totowa: Humana Press Inc.; 2006. p. 185-98.
34. Sharma S, Franco R. Sleep and its Disorder in Pregnancy. *Wisconsin Medical Journal* 2004; 103(5): 48-52.
35. Zib M, Lim L, Walters WA. Symptoms During Normal Pregnancy: a Prospective Controlled Study. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology* 1999; 39(4): 401-10.
36. Yanikkerem E, Altıparmak S, Karadeniz G. Gebelikte Yaşanan Fiziksel Sağlık Sorunlarının İncelenmesi [The Determination of the Physical Health Problems Experienced During Pregnancy]. *Aile ve Toplum Eğitim-Kültür ve Araştırma Dergisi* 2006; 3: 35-42.
37. Sunal N, Demiryay A. Gebe Kadınların Algıladıkları Fiziksel ve Emosyonel Yakınmalar [Physical and Emotional Complaints Perceived by Pregnancy

- Woman] Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2009; 4(12):99-110.
38. Hedman C, Pohjasvaara T, Tolonen U, Salmivaara A, Myllylä VV. Parasomnias Decline During Pregnancy. *Acta Neurologica Scandinavica* 2002; 105: 209-14.
39. Nielsen T, Paquette T. Dream-Associated Behaviors Affecting Pregnant and Postpartum Women. *Sleep* 2007; 30(9): 1162-9.
40. Demir K, Kaya Z, Kayrak M, Bacaksız A, Duman Ç. Orta Yaş Hipertansif Bireylerde Kan Basıncı Kontrolü ve Uyku Kalitesi Arasındaki İlişkinin Analizi [An Analysis of The Relation Between Blood Pressure Regulation and Sleep Quality in Middle Aged Hypertensive Subjects]. *Selçuk Üniversitesi Tıp Dergisi [Medical Journal of Selçuk]* 2011; 27: 83-7.
41. Coo Calcagni S, Bei B, Milgrom J, Trinder J. The Relationship Between Sleep and Mood In First-Time And Experienced Mothers. *Behav Sleep Med* 2012; 10(3): 167-79.
42. Lee KA, Zaffke ME, Mcenany G. Parity and Sleep Patterns During and After Pregnancy. *Obstetrics & Gynecology* 2000; 95(1): 14-8.
43. Signal TL, Gander PH, Sangalli MR, Travier N, Firestone RT, Tuohy F. Sleep Duration and Quality in Healty Nulliparous and Multiparous Women Across Pregnancy and Postpartum. *The Australian and New Zealand Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2007; 47(1): 16-22.
44. Lee KA, Gay CL. Sleep in Late Pregnancy Predicts Length of Labor and Type of Delivery. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 2004; 191(6): 2041-6.
45. Zafarghandi N, Hadavand S, Davati A, Mohseni Sm, Kimiaimoghadam F, Torkestani F. The Effects of Sleep Quality and Duration in Late Pregnancy on Labor and Fetal Outcome. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2012; 25 (5): 535-7.
46. Evans ML, Dick MJ, Clark AS. Sleep During the Week Before Labor: Relationships to Labor Outcomes. *Clinical Nursing Research* 1995; 4: 238-52.
47. Dencker A, Berg M, Bergqvist L, Lilja H. Identification of Latent Phase Factors Associated with Active Labor Duration in Low-Risk Nulliparous Women with Spontaneous Contractions. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2010; 89(8): 1034-9.
48. Waldenström U. Experience of Labor and Birth in 1111 Women. *Journal of Psychosomatic Research* 1999; 47(5): 471-82.
49. Lang AJ, Sorrell JT, Rodgers CS, Lebeck MM. Anxiety Sensitivity as a Predictor of Labor Pain. *European Journal Of Pain* 2006; 10: 263-70.
50. Köksal Ö, Duran ET. Doğum Ağrısına Kültürel Yaklaşım [Cultural Approach for Labor Pain]. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi [Dokuz Eylül University School of Nursing Electronic Journal]* 2013; 6: 144

Doğal Afet Nedeniyle Post Travmatik Stres Bozukluğu Yaşayan Bir Çocuk Olguda Hemşirelik Bakımının Planlanmasında Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli'nin Kullanılması

Maintaing nursing care of children who suffer from Post Traumatic Stress Disorder because of natural disaster through Functional Health Patterns

Sevil İNAL^a, Leyla ERDİM^b

Özet Deprem, kasırga, hortum, yangın veya sel gibi bir felaket yetişkinler için olduğu gibi çocuklar için de korkutucudur. Çeşitli faktörler çocuğun afete karşı tepkisini etkiler. Çocuk hemşiresi Post Travmatik Stres Bozukluğu (PTSB) yaşayan çocuğun bakımında önemli rol oynar. Doğal afetten etkilenen çocuğun hemşirelik bakımı PTSB önlenmesine ya da azaltılmasına yardım eder. Bu makalede doğal afet nedeniyle PTSB yaşayan çocuk ve ailesinin hemşirelik bakımı, Marjorie Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeline göre incelendi. **Anahtar Sözcükler:** Post travmatik stres bozukluğu, doğal afet, çocuk hemşireliği, Gordon'un Sağlık Örüntüleri Modeli, olgu analizi.

Abstract A catastrophe such as an earthquake, hurricane, tornado, fire or flood acts is frightening to children and adults alike. Several factors affect a child's response to a disaster. Pediatric nurses play a significant role care of children who suffer from Post Traumatic Stress Disorder (PTSD). Professional nursing care of children affected by a disaster can help prevent or minimize PTSD. In this manuscript will be discussed care of child and family who develop Post Traumatic Stress Disorder related to natural disasters(earthquake) through sample case. Analysis of cases conducted according to Marjorie Gordon's Functional Health Patterns.

Key words: Post traumatic stress disorder, natural disaster, pediatric nursing, Gordon's Functional Health Patterns, case analysis.

Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modelinin Kapsamı ve Önemi

Marjory Gordon, hemşirelik eğitimi ve uygulamalarında önemli katkısı olan bir kuramcıdır. Gordon, hemşirelik bakımının insan gereksinimlerinden doğduğunu vurgulamaktadır. Marjory Gordon¹ 1982'de, bireyleri biyopsikososyal yönüyle ele alan bir hemşirelik bakımı modeli geliştirdi. Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri (FSÖ) olarak adlandırılan bu model, bireylerin gereksinimlerini; 1) Sağlığın algılanması-Sağlığın yönetim biçimi, 2) Beslenme şekli ve metabolik durumu, 3) Boşaltım şekli, 4) Aktivite egzersiz şekli, 5) Uyku-istirahat şekli, 6) Bilişsel algılama şekli, Kendini 7) Algılama kavrama şekli, 8) Rol ilişki şekli, 9) Cinsellik ve üreme, 10) Baş etme, stresi tolere etme şekli, 11) İnanç ve değerleri olmak üzere 11 fonksiyonel alanda açıklamaktadır. Bu alanlar, sistematik ve standardize edilmiş bilgi toplama yaklaşımı ve hemşirelik bakış açısı ile bilginin analiz

edilmesini sağlamaktadır. Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli; hemşirelik sürecinde, kritik düşünme ve klinik karar verme üzerinde durmaktadır. Gordon'un^{1,2} FSÖ, hastane ve toplum sağlığı alanlarında hemşirelik girişimlerinin düzenlenmesi ve değerlendirilmesi için kullanılmaktadır. Bu örüntüler hem birbiri ile hem de hastalık durumu ile ilişki içinde olup, birbirine bağımlıdır. Bireylerin bütüncül bakış açısı ile değerlendirilebilmesi nedeniyle FSÖ modelinin, doğal afet nedeniyle post travmatik stres bozukluğu yaşayan çocukların sağlık bakımı gereksinimlerinin belirlenmesi için, uygun olduğu düşünülmüştür.

Doğal Afet ve Post Travmatik Stres Bozukluğu İlişkisi

Deprem, kasırga, hortum, yangın veya sel gibi bir felaket yetişkinler için olduğu gibi çocuklar için de korkutucudur. Çeşitli faktörler çocuğun afete karşı tepkisini

Geliş Tarihi/Received:20.01.2015 /Kabul Tarihi/Accepted:09.07.2015

^a Doç. Dr. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi,Ebelik Bölümü, email inalsevil@gmail.com

^b Dr. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi,Ebelik Bölümü, leylaerdem@gmail.com

HSP 2015;2(3):345-354

etkiler. Çocuğun tepkisi, afet sırasında ve sonrasında ne kadar yıkım ve/veya ölüm gördüğüyle de ilişkilidir. Eğer bir aile üyesi ya da arkadaş afette ölmüş veya ciddi biçimde yaralanmışsa, çocuğun okulu veya evi ciddi biçimde hasar görmüşse, çocuğun güçlükler yaşayacağı büyük değişiklikler meydana gelecektir^{3,4}. Bir felaket sonrasında çocukta PTSD gelişebilir, korkutucu travmatik olayı deneyimlemekten veya tanık olmaktan kaynaklanabilen bazı semptomlar görülebilir. PTSD yaşayan çocuklar genellikle travmatik olayı tekrar tekrar yaşarlar. Küçük çocuklarda travmatik olay bazen kötü rüyalara, kabuslara neden olabilir. Bazen başkalarına veya kendine zarar verme davranışı görülebilir. PTSD nadiren bir travma sırasında ortaya çıkar. Semptomların olaydan kısa bir süre sonra görülebildiği, bozukluğun ise olaydan aylar ya da haftalar sonra ortaya çıkabildiği düşünülmektedir^{4,5,6,7}.

Bir afet yaşandıktan sonra hemşire çocuğun davranışlarında meydana gelebilecek aşağıdaki değişikliklerin farkında olmalıdır.

- Okula dönmeyi reddetme ve anne babaya yapışma davranışı, anne babayı bir gölge gibi takip etmek.
- Felaketle ilgili tekrarlayan inatçı korkular (örneğin ebeveynlerden ayrı kalma korkusu).
- Olaydan günler sonra görülen, birkaç günden fazla süren kabus, uyku sırasında çılgılık atma gibi uyku sorunları, sürekli altını ıslatma.
- Huzursuzluk ve konsantrasyon kaybı.
- Korkma veya kolayca ürkme.
- Okulda ya da evde çocuk için alışılmışın dışında davranış problemleri.
- Mide ağrısı, baş ağrısı, baş dönmesi gibi fiziksel nedeni bulunamayan fiziksel problemler.
- Aile ve arkadaşlardan uzaklaşma, üzüntü, kayıtsızlık, aktivitede azalma, afetle ilgili olaylarla ilgilenme.

PTSD olan çocuğun bakımında pediatri hemşiresi önemli bir rol oynar. Bir felaketten etkilenen, özellikle de bir kayba, yaralanmaya veya ölüme tanık olan çocuklar

için, hemşirelik bakımı PTSD önlemeye ya da azaltmaya yardımcı olabilir^{5,6,7,8}.

Öncelikli hedefler; Çocuk ve ailenin güvenliğini sağlamak, çocuğun kendine saygısını arttırmak, duyguları ve hareketleri üzerinde yeniden kontrol kazanmasına yardım etmek, saldırganca davranmak yerine girişken davranmaya cesaretlendirmek, meydana gelen olaylara ve değişikliklere gerçekçi bir uyum sağlamaya yönelik sağlıklı yollar öğrenmesi için çocuk ve aileye yardım etmek gibi konuları içerir.

Beklenen sonuçlar; Çocuğun kendilik algısının gelişmesi/güçlenmesi, çocuğun bireysel reaksiyonlarını ve hislerini kabul etmesi, ifade etmesi ve uygun şekilde ele alması, çocuğun fiziksel yakınmalarının azalması, çocuğun yaşam biçiminde uygun değişiklikler yapması, çocuğun sonraki ihtiyaçlarını karşılamak için plan yapması olarak özetlenebilir.

Bu makalede doğal afet nedeniyle(deprem) PTSD gelişen çocuk ve ailenin bakım planı bir örnek vaka aracılığıyla Marjory Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeline göre veri toplama sürecinden itibaren ele alınarak, oluşturulmuştur. Makalenin hemşirelerin, bir model yardımıyla veri toplama, hemşirelik tanısı koyma, amaç, gösterge ve girişimlerin belirlenmesinde izlenebilecek yolların belirlenmesinde yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

Olgu: E.G. 7 yaşında bir kız çocuğudur. 40 gün önce meydana gelen depremde evlerinde ailesiyle birlikte göçük altında kalmıştır. Babasını depremde kaybeden E.G. depremden yaklaşık 2 saat sonra kurtarılmış ve hastanemizin ortopedi servisine sevk edilmiştir. Sağ bacağındaki parçalı kırık nedeniyle iki operasyon geçirmiş, bacağı alçıya alınmıştır. Halen hastanemizin ortopedi servisinde yatmakta olan E.G.'nin annesi, depremden bu yana yaklaşık 40 gündür devam eden uykusuzluk, uykudan sıçrayarak uyanma, kâbus görme, çevreye ilgisinin kaybolması ve iştahsızlık şikâyetleri olduğunu belirtmektedir. E.G.'nin, hemen

hemen her gün ağladığı gözlenmektedir. Odadan hiç çıkmak istememekte, sırtını dönerek saatlerce hiç kimseyle konuşmadan yatmaktadır. Ayrıca, annesinin kısa süreli bile olsa odadan ayrılmasına izin vermemekte, tuvalete girdiğinde banyo kapısının kapatılmamasını istemekte, uyurken annesinin elini tutması, gece ışığın kapatılmaması konusunda ısrar etmektedir. E.G'de depremden sonra sekonder enürezis geliştiği gözlenmiş, yapılan ürolojik değerlendirmede enürezisin fiziksel bir nedeni olmadığı belirlenmiştir. Psikiyatrik değerlendirmede enürezisin (noktürnal) bir regresyon davranışı olduğuna karar verilmiştir. Ayrıca E.G. Post Travmatik Stres Bozukluğu (PTSB) teşhisi konulmuş, tedavisine Fluoksetin 7 mg 1x1 eklenmiş ve haftada 2 kez psikiyatrile 1 saatlik görüşme planlanmıştır. Halen kırığın tedavisi ve rehabilitasyonu amacıyla servisimizde yatmakta olan E.G'nin Vaka analizi Marjorie Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeline göre gerçekleştirilmiştir.

1.Sağlığın Algılanması ve Sağlık Yönetimi:

E.G. mevcut sağlığını, "kötü" olarak tanımlamaktadır. Annesi E.G'nin deprem öncesi sağlığını sürdürmeye ve geliştirmeye yönelik yaşına uygun düzeyde sorumluluklar aldığını, pek çok faaliyette bulunduğunu (haftada 2 gün düzenli spor yapma, günlük vücut hijyenini sağlama, diş fırçalama, sağlıklı beslenme vb) belirtiyor. E.G. sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının, sağlığı üzerindeki etkisi konusunda yaşına uygun bilgi düzeyine sahip. Ancak sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını gerçekleştirme konusunda oldukça isteksiz. Banyo yapmak ve dişlerini fırçalamak istemiyor. Tedavisinde yer alan ilaç ve veriliş amacı hakkında bilgi sahibi olmasına rağmen ilacı düzenli olarak zamanında alma konusunda isteksiz. E.G'nin herhangi bir alerjik problemi yok. Sağlık güvencesi var^{9,10}.

2. Beslenme Şekli ve Metabolik Durum:

Doğduktan sonra ilk 6 ay sadece anne sütüyle beslenmiş, 6. aydan sonra uygun ek

gıdalarla 15. aya kadar anne sütü almış. Depremden önce, iştahlı ve yaşına uygun yeterli ve dengeli besin alımı var. Depremden sonra ve hastanede yatma sürecinde; besin alımında azalma, iştahsızlık, beslenmeye karşı isteksizlik, sık sık öğün atlama gözlenmiştir. E.G'nin büyüme ve gelişmesi yaşına uygun. Hastaneye yattığında fiziksel ölçümleri; Tartı: 23 kg (50Persantil), Boy: 120 cm (50 persantil), İndiki fiziksel ölçümleri; Tartı: 21 kg (25. Persantil), Boyu: 120 cm (50. Persantil) olarak belirlendi. Operasyon sonrası yara iyileşmesi beklendik düzeyde^{9,10}.

3. Boşaltım Şekli:

Defekasyon normal kıvamda ve sıklıkta. Sindirim sistemi, üriner sistem ve deri ile ilgili herhangi bir fiziksel sorun yok. Depremden sonra gelişen ve halen devam eden sekonder enürezis (noktürnal) mevcut. Enürezisin fiziksel bir nedeni olmadığı, bir regresyon davranışı olduğu belirlendi^{8,9}.

4.Aktivite ve Egzersiz Şekli:

E.G. zamanının büyük bir kısmını yatarak ve yatağında televizyon izleyerek geçiriyor. Gün boyunca oldukça pasif ve az hareket ediyor, boş zamanlarını değerlendirmeye yönelik herhangi bir aktiviteye ilgi göstermiyor. Kardiyovasküler sistemini etkileyen bir hastalığı yok ancak bacağındaki alçıdan kaynaklı aktivitelerini karşılamada ve koltuk değneğiyle yürümede zorlandığını, çabuk yorulduğunu ve düşmekten korktuğu için yürümek istemediğini belirtiyor. Mental motor gelişimi yaşına uygun özellikler taşıyor. Göz teması kurma, konuşma ve iletişim kurma konusunda isteksiz^{9,10}.

5. Uyku ve Dinlenme Şekli:

E.G. zamanının çoğunu yatağında pasif olarak geçirme eğiliminde olduğu için gündüz sık sık uykuya dalıyor ve kısa aralarla uyuyor. Ancak gece uykuya dalmakta güçlük çektiğini ve bir kez uyandığında tekrar uykuya dalmakta zorlandığını ifade ediyor. Gece uyurken annesinin yanında olmasını, elini tutmasını

ve ışıkların gece boyu açık kalmasını istiyor. Gündüz yaklaşık 2 saat kısa aralıklarla uyurken, gece ortalama 4 saat uyuyor. Geceleri sık sık uyandığını, kabuslar gördüğünü söylüyor. Annesi, gece ağlayarak uyanmaların ve uykusu sırasında sıçramalarının olduğunu belirtiyor^{9,10}.

6.Bilişsel-Algısal:

E.G.'de herhangi bir duyu kaybı yok. Kendini ifade etme becerisi yaşına uygun düzeyde ancak kendini sözel olarak ifade etme konusunda oldukça isteksiz. E.G. ilköğretim 1. sınıf öğrencisi, okuyabiliyor ve yazabiliyor. Mental ve duyu fonksiyonlarını etkileyen herhangi bir hastalığı yok. Ağrısı olduğunda ağrısını ve nedenini tanımlayabiliyor. Uzun süredir ağrısı olmadığını ifade ediyor^{9,10}.

7.Kendini Algılama/Kavrama Şekli:

E.G. kendini mutsuz olarak algılıyor. Gün içinde sıklıkla kötü bir şeyler olacağı duygusu ve huzursuzluk yaşadığını ifade ediyor. Annesi, E.G.'nin "yeniden depresyon olur mu, biz de ölür müyüz" diye sorduğunu belirtiyor. Annesi E.G.'nin bacağındaki kırığın tam olarak iyileşmeyeceği, çirkin görüneceği ya da tekrar koşup oynayamayacağına ilişkin endişeleri olduğunu ifade ediyor. Anne depresyona kadar hayatlarında her şey normal ve yolunda giderken depresyonla her şeyin altüst olduğunu, eşini ve çocuğunu kaybetmenin çok büyük üzüntüsünü yaşadığını belirtiyor^{9,10}.

8.Rol/İlişki Şekli:

Kendisini, okulda başarılı bir öğrenci olarak görüyor ve arkadaşları tarafından çok sevilen, çok arkadaşı olan biri olarak tanımlıyor. Depresyon öncesi arkadaşları ile sık sık evde ve dışarıda buluşup oynadığını belirtiyor. Şu anda annesi dışında hiç kimseyle diyalog kurmaya yanaşmıyor. Annesinin, arkadaşlarıyla telefon görüşmesi ve hastane ziyareti yapma önerisini kabul etmiyor. Babasıyla ilişkilerinin çok iyi olduğunu annesi, "en çok babasını severdi" şeklinde ifade ediyor. Anne rol ve ilişkilerinde önemli değişiklikler yaşadığını,

"Daha önce bir telefon faturası bile yatırmamıştım, şimdi her şeyle tek başıma ilgilenmek zorundayım" diyerek ifade ediyor. Anne eşiyile mutlu bir beraberlikleri olduğunu, iyi geçindiklerini, eşini çok özlediğini ifade ediyor^{9,10}.

9.Cinsellik:

E.G. cinsiyetinden hoşnut olduğunu ifade ediyor. Büyüyünce tıpkı annesi gibi bir kızının olmasını istediğini söylüyor. Üreme sistemi ile ilgili herhangi bir hastalık ya da bozukluk belirlenmedi. Yaşına özgü gelişimsel özelliklere sahip^{9,10}.

10. Baş Etme, Stresi Tolere Etme Şekli:

E.G. stresle baş etmede, içe kapanma (kimse ile konuşmak istemiyor, zamanının çoğunu yatarak geçirme eğiliminde, odadan dışarı çıkmıyor), mantığa bürüne (yemek yememe nedeni olarak yemeklerin güzel olmamasını gösteriyor, regresyon vb. (sekonder enürezis) tepkiler gösteriyor. Duyularını sözle ifade etmediği ve kızgınlığını dışa vurmadığı görüldü. E.G.'nin depresyonla ilgili konuşmaktan kaçındığı gözlemlendi. E.G. fiziksel olarak dinlenmiş görünmüyor, gözlerinin altı çökük ve yüzü yorgun. E.G.'nin annesi Ayşe Hanım kederli görünüyor. 40 gündür hastanede yattıklarını, bunun kendisini hem ekonomik hem de ruhsal açıdan yorduğunu, kendisini yorgun ve bitkin hissettiğini söylüyor. E.G.'nin bakımına yardımcı herhangi bir kişinin olmadığını belirtiyor. Ayşe Hanım, zaman zaman kendini çok mutsuz ve tükenmiş hissettiğini ancak, kızının başka dayanağı olmadığı için "her şeye rağmen kızım için ayakta kalmalıyım" diyerek ifade ediyor. Ablası ile üzüntülerini ve sıkıntılarını paylaştığını, bunun onu biraz rahatlattığını söylüyor. Ablası dışındaki diğer akrabalarının şehir dışında olduğunu, kendisine maddi ya da manevi herhangi bir destekleri olmadığını belirtiyor^{9,10}.

11. İnanç ve Değerleri:

Anne çocuğunun durumunda iyileşme olmasından çok mutlu olduğunu, "Ne yapalım kader, bizden kötü olanlarda var, biz

hiç olmazsa birbirimize destek olabiliyoruz, ya kimsesi kalmayanlar ne yapsın” diyerek ifade ediyor^{9,10}.

NANDA’YA GÖRE HEMŞİRELİK TANILARI

1) Ebeveyn kaybı ve hastaneye yatmaya sekonder yeme isteğinin azalmasına bağlı beslenmede dengesizlik: Gereksinimden az beslenme

Tanımlayıcı Özellikler

Kilo kaybı (40 günde 2 kg), önerilen günlük miktardan daha az besin alma, öğün atlama (özellikle kahvaltı), iştahsızlık.

Amaçlar

E.G. günlük olarak metabolik gereksinimleri ve aktivite düzeyine uyumlu yeterlilikte besin alacak.

Göstergeler

E.G. ve annesinin; iyi beslenmenin önemini açıklaması, günlük alımdaki eksiklikleri tanınması, iştahı arttıracak yöntemleri tanınması.

Girişimler

- Diyetisyenle görüşülerek, gerekli ve yeterli günlük kalori gereksinimi tanımlandı.
- Günlük olarak vücut ağırlığı tartıldı, laboratuvar sonuçları izlendi.
- E.G. ve annesine yeterli beslenmenin önemi açıklandı.
- Her bir öğünün amaçları E.G. ve annesiyle tartışıldı.
- Anneye besinlerin koku ve tadını iyileştirmek için baharat kullanması önerildi.
- E.G. yaşlarıyla servisin yemek odasında yemeye teşvik edildi.
- Bakım ve tedaviler yemeklerden önce ağırlı ya da hoş olmayan işlemler olmayacak şekilde planlandı.
- Yemek için hoş, rahat bir ortam sağlandı.
- Bakım planı, yemekten hemen önce bulantı yaratan kokular ve işlemler yer almayacak şekilde düzenlendi.

- Günde 2 kez dişlerin fırçalanması ve sık sık ağızını çalkalanması sağlandı.
- Az az ve sık sık beslenmesi sağlandı (3 ana, 2 ara öğün).
- İştah arttırıcı önerilerde bulunuldu; (Kısıtlama yoksa tuzlu besinler yemek, çok tatlı, ağır yağlı yada kızartılmış besinlerden kaçınmak, açık, berrak, serin içecekler içmek, içecekleri pipetle yavaş yavaş yudumlamak, yağı az, küçük porsiyonlar yemek, az ve sık yemek, yemek kokularından uzak durmak, soğuk yenen besinleri tercih etmek).

2) Yaşanılan travmatik olaylaylara sekonder regresyona bağlı üriner boşaltımda bozulma (sekonder enürezis)

Tanımlayıcı Özellikler

Enürezis noktürna (40 gündür devam eden haftada en az 3 kez uyurken idrar kaçırma var).

Amaçlar

Çocuk uyku döngülerinden kuru kalkacaktır.

Göstergeler

E.G. ve annesinin yatmaya yakın saatlerde sıvı alımının azaltılması gibi enürezisi azaltacak faktörleri bildirmesi.

Girişimler

- Enürezisin doğası anneye açıklandı.
- E.G.’de enürezis noktürnanın gelişme nedeni ve regresyon davranışı ile ilgili anneye bilgi verildi.
- Regresyon davranışına uygun yaklaşım biçimi konusunda anne eğitildi (görmezden gelme, utandırmama vb).
- Anneye, hoşnutsuzluk gösterme, ayıplama ve cezalandırmanın enürezisi durdurmadığı, sadece çocuğu utandırdığı, mahcup ettiği ve korkuttuğu anlatıldı.
- Çocuğun işbirliği yapmasını pekiştirmek amacıyla ödüllendirme ve oyun yönteminden yararlandı.

3) Alçıya sekonder kas gücünde azalmaya ve aşırı sedanter yaşam şeklinin kondüsyonu bozucu etkisine bağlı aktivite intoleransı.

Tanımlayıcı Özellikler

Yürürken güçsüzlük, zayıflık, baş dönmesi, çabuk yorulma. Yürüdükten üç dakika sonra; efor yorgunluğu, solunum hızında artış(>24/dk), nabız hızında artış >95/dk).

Amaçlar

E.G. aktivite düzeyini ilerletecek. Yatak dışında geçirilen zaman her gün 15 dk arttırılacak. Uyuma saatlerinin dışında yatakta geçirilen zaman kademeli olarak azaltılacak.

Göstergeler

E.G. ve annesinin; aktivite intoleransını arttıran faktörleri tanıması, aktivite intoleransını azaltacak yöntemleri tanıması, aktivite sonrası E.G.'nin kan basıncının 3 dk içinde normal sınırlara dönmesi.

Girişimler

- E.G.'nin aktivite tepkisi izlendi.
- Dinlenme halindeyken kan basıncı, solunum ve nabız hızı değerlendirildi (Kan basıncı 90/60 mmHg, solunum 22/dk, nabız 88/dk).
- Aktiviteden hemen sonra yaşam bulguları alındı (Kan basıncı 85/60 mmHg, Solunum 26/dk Nabız 104/dk).
- Aktivite sonrası 3 dk dinlendikten sonra, yaşam bulguları tekrar değerlendirildi (Kan basıncı 90/60 mmHg, Solunum 26/dk Nabız 104/dk).
- Aktivite sonrası (koridorun başından sonuna kadar yürüyüş) dispne, baş dönmesi görülmediği için aktiviteye devam edildi.
- İstirahat halinde nabız hızına dönüş 3 dk'dan uzun sürdüğü için aktivite süresi, sıklığı ve yoğunluğu azaltıldı.
- Aktivite yavaş yavaş arttırıldı (ilk 2 gün koridorun yarısına kadar 2 kez yürüme, 2. günden sonra koridorun sonuna kadar yürüme).
- İlk gün, günde 2 kez 5 dk alçılı bacağa pasif, alçısız bacağa aktif egzersizler uygulandı.

- Sonraki günlerde aktif ve pasif egzersizin süresi ve sıklığı kademeli olarak arttırıldı (bir haftanın sonunda 2x15 dk/gün).
- E.G.'nin dinlenme periyotları günlük programına göre planlandı.
- Dinlenme periyotları arasına aktif oyun saatleri konularak sedanter geçen süre azaltıldı.
- Gündüz uyku miktarını azaltmak için dinlenme zamanlarını yatakta değil de odadaki kanepede, yarı oturur pozisyonda uzanarak geçirmesi sağlandı.
- Aktiviteyi arttırmayı cesaretlendirmek için mobilite durumunu geliştirebileceğine inanıldığı E.G.'ye açıklandı, ilerlemeleri övüldü.
- Kendi aktivite programının oluşturulmasına aktif katılmaya teşvik edildi.
- Aktiviteyi arttırmaya teşvik etmek için ödüllendirildi (koridorun sonuna kadar 2 kez yürüdüğüde kendisine hikaye okunacağı söylendi).
- Aktivite düzeyi, süresi ve sıklığı kademeli olarak arttırılarak E.G.'nin aktivite toleransı arttırıldı (günde 3 kez yataktan çıkararak yatak dışında geçirilen zaman her gün 15 dk arttırıldı).
- E.G.'nin aktivite arttırma hızını değerlendirmesine izin verildi.
- Yürürken ayakkabı giymeye teşvik edildi.
- Gün boyunca aralıklarla ve yemekten sonra 1 saat dinlenmesi sağlandı.
- Yaşına uygun oyunlar ve yorucu olmayan aktiviteler sağlandı; Öyküler anlatmak ve yazmak, bebekle oynamak, resim yapmak, kağıt oyunları oynamak, evcilik, kitap okuma, servisteki yaşlılarıyla uygun oyunlar vb).

4) Gündüzleri fazla uyumaya sekonder sirkadyan ritmin değişmesine bağlı uyku örüntüsünde rahatsızlık.

Tanımlayıcı Özellikler

Uykuya dalmakta ve uyumada güçlük, ece sık sık uyanma ve yeniden uykuya dalmakta zorlanma, yorgun uyanma, gün boyunca kendini yorgun hissetme ve uyuklama, gece

boyunca ışıkların açık kalmasını isteme, gece sık sık ağlayarak ya da kabuslarla uyanma.

Amaçlar

E.G. ve annesi dinlenme ve aktivite arasında bir denge olduğunu bildirecek. Uyuma saatlerinin dışında yatakta geçirilen zamanın kademeli olarak azaldığını bildirecek.

Göstergeler

E.G. ve annesinin; uyumayı güçleştiren ve engelleyen faktörleri tanımlaması, uyku getiren teknikleri tanımlaması.

Girişimler

- Uyku saatlerinde gürültü ve sesleri azaltacak önlemler alındı.
- Takip, tedavi ve bakımlar mümkün olduğunca uyku düzenini aksatmayacak şekilde sürdürüldü.
- Gece yatma saatine yakın sıvı alımı kısıtlandı ve yatmadan önce idrar yapması sağlandı.
- Çocukla birlikte gündüzler için uygun aktivite programı oluşturuldu (yürüyüş, fizik tedavi, aktif pasif egzersizler vb).
- Gündüz uykusu 1 saat ile sınırlandı.
- E.G.'nin alışageldiği uyku öncesi rutinleri, zamanı ve kuralları (diş fırçalama, yatmadan önce masal okuma ve bebeğine sarılma) sürdürüldü.
- Kafeinli içecek alımı kısıtlandı.
- Yatma zamanına yakın (3 saat içinde) egzersiz yapmaması sağlandı.
- Uyku ve dinlenme rahatsızlığının nedenleri ve bunu önleme yolları E.G. ve annesine açıklandı.
- Düzenli yatma ve yataktan kalkma zamanlarına uyması sağlandı.
- Uyumaya hazırlık için gevşemeyi sağlayan bir rutin (sıcak banyo, hafif bir müzik dinleme) sağlandı.
- Yatak odasının hafif serin olması sağlandı.
- Kabus gördüğünde, bunun hakkında konuşmaya cesaretlendirildi.
- E.G.'nin karanlık üzerinde kontrol sağlaması için bir gece lambası yakılması sağlandı.

- Bütün gece annesinin yakınında olacağı açıklandı.

5) Depremde göçük altında kalmaya ve ebeveynin ölümüne sekonder anksiyete.

Tanımlayıcı Özellikler

Kötü bir şey olacağı duygusu yaşama, uykuya dalmakta güçlük, gece sık sık kabuslarla uyanma, iştahsızlık, günlük olağan ses ve hareketlerden aşırı ürkme (kapının çarpması, telefon çalma, yemek arabasının sesi vb).

Amaçlar

E.G. psikolojik ve fizyolojik rahatta artma ifade edecektir.

Göstergeler

E.G.'nin kendi anksiyetesini ve baş etme örüntülerini tanımlaması ve baş etme mekanizmalarını kullanması.

Girişimler

- E.G.'nin anksiyete düzeyi değerlendirildi.
- Rahatlığı ve güvenliği sağlandı.
- Annesinin sürekli yanında olması sağlandı.
- Tüm insanların zaman zaman anksiyete hissedebileceği açıklandı.
- E.G. ile konuşurken kısa, basit cümlelerle sakin ve yavaş konuşmaya dikkat edildi.
- Empatik bir yaklaşım kullanıldı (dokunma, ağlamaya izin verme, konuşma vb).
- Fazla uyaranlar uzaklaştırıldı, daha sessiz bir oda sağlandı.
- Anksiyeteli diğer kişilerle ilişki sınırlandırıldı.
- Anksiyete öğrenmeyi engellemeyecek kadar azaldığında, öğrenme ve problem çözmeyi başlatmak için E.G.'nin anksiyetesini tanımasına yardım edildi.
- Baş etme mekanizmalarının etkili olup olmadığı değerlendirildi.
- Stresli durumlar kaçınılmaz olduğunda kullanılmak üzere anksiyeteyi azaltma teknikleri öğretildi (Uzağa bakma,

solunumun kontrolü, yavaş düşünme, egzersiz vb.)

- Gerilimi azaltan aktiviteler belirlendi (oyunlar, müzik dinleme, gevşeme egzersizi, hayal etme vb).
- Gerilimi azaltacak aktivitelerden uygun olanlar uygulandı.
- Psikiyatrik değerlendirme için yönlendirildi.
- Basit yaşa uygun terimler kullanarak olaylar açıklandı.
- Çocuğun alışık olduğu oyuncakları ve eşyaları buldurmasına izin verildi (evdeki yastığı, bebeği).
- Güven verici bir ilişki kuruldu.
- Annenin çocuğun yanından ayrılması en aza indirildi.
- Duygularını ifade etmeye cesaretlendirildi.
- Servisin oyun odasında aktif oyun oynayabileceği fırsatlar sağlandı.
- Rahatlatıcı önlemler alındı.
- Annenin bakıma aktif katılımı sağlandı.
- Anne, E.G.'nin anksiyete nedenleri ve yapabilecekleri konusunda bilgilendirildi.
- Annenin çocukla birlikteyken anksiyetesini yönetmesine yardım edildi.
- İlacını düzenli olarak alması sağlandı.
- Kullandığı ilacın etkileri, yan etkileri açısından gözlemlendi.

6) Ebeveyn ölümüne sekonder duygusal destek kaynağının ve yaşam şeklinin değişimine bağlı acı çekme.

Tanımlayıcı Özellikler

Ebeveynin ölümünden duyulan üzüntünün ifade edilmesi, keder, özleyen arayan davranışlar (babasının saatini takıyor).

Amaçlar

Yas tutma sürecini ilerletmek ve iyileştirmek. Çocuğun acısını kederini ifade etmesini sağlamak.

Göstergeler

E.G. ölüm ve kaybın anlamını tanımlaması, kederini diğer önemli kişilerle (anne, hemşire vb) paylaşması.

Girişimler

- E.G. ile güven duyacağı bir ilişki sağlandı.
- E.G. ve annesinin yas tepkileri desteklendi.
- Anneye acı çekme yas tepkileri açıklandı (şok ve inanmama, farkındalık geliştirme, eski haline dönme durumunu yeniden düzenleme, somatik belirtiler).
- Kayıpla ilgili olarak yaşananlar değerlendirildi.
- E.G. ve annesinin güçlü yönleri vurgulandı (annesini ve kendisi sağlıklı, herhangi bir majör sağlık sorunu yok).
- Kendi duygularını değerlendirmeleri ve birbirlerini desteklemeleri için E.G ve annesi cesaretlendirildi.
- E.G. acı çekme duygularını annesiyle paylaşması için cesaretlendirildi.
- Acı çekme sürecinin başarıyla tamamlanmasını engelleyebilecek faktörler izlendi.
- Ölü kişiye aşırı bağımlılık olup olmadığı değerlendirildi.
- E.G. ileri destek için psikiyatriste yönlendirildi.

7) Depreme sekonder yaşanan kayıplara ve yoğun anksiyeteye bağlı post-travma tepkisi.

Tanımlayıcı Özellikler

Travmatik olayın bilişsel, duygusal olarak, ya da duygusal-motor aktivitelerle tanınabilen şekilde yeniden yaşanması (geriye dönüşler, istemsiz zorlayıcı düşünceler), tekrarlayan rüyalar, kabuslar, sıkıntı-keder, acı veren duygu, hüznün, olayın tekrarlayacağı korkusu, ölüm korkusu, aşırı tetikte olma ya da sakınma tepkileri, önemli aktivitelerle ilgili azalma, travmaya ilişkin fobilerin gelişmesi, travmayı anımsatacak aktivite yada durumlardan kaçınma, uyku rahatsızlıkları.

Amaçlar

E.G. deneyimini anlamlı bir bütün olarak özümseyecek ve yaşam amaçları oluşturacak

şekilde kendi yaşamına devam etmeye yönelecek.

Göstergeler

Uyuşukluk, ilgisizlik belirtilerinde azalma olması, ya da travmayı anımsayarak yeniden yaşama durumunda bir azalma olduğunu bildirmesi. Travmatik olayın gerçekliğini kabul etmesi ve korku, suçluluk gibi duygularını ifade ederek, deneyim hakkında konuşarak, travma ile yüzleşip başa çıkmaya başlaması. Destekleyici kişi/kaynakları tanınması ve bağlantı kurması.

Girişimler

- Sessiz bir odada çocuk ile birlikte neler olup bittiği hakkında konuşuldu.
- Burada güvende olduğu açıklandı.
- Yaşadıklarını yeniden yaşama durumu ve donukluk belirtilerini azaltmak için, çocuğa yardım edildi. Kontrolünü yeniden kazanabileceği terapötik ve güvenli bir ortam sağlandı.
- E.G. ile birlikte kalınarak yüksek anksiyete nöbeti sırasında destek olundu.
- E.G. ve annesine bu tür travmatik olaylardan sonra bu tür duyguların ve belirtilerin sıklıkla yaşanabileceği açıklandı.
- Travmatik olayın, gerçekliğini görmesi, deneyim hakkında konuşarak, korku, öfke, suçluluk gibi duyguları ifade ederek travma ile başa çıkmaya başlamasına yardım edildi.
- Eski aktivitelerine yeniden devam etmesi ve bazı yeni aktivitelere başlaması için cesaretlendirilir.
- Annenin kızının niçin böyle etkilendiğini anlamasına yardım edildi.
- Duygularını açığa vurması için cesaretlendirildi.
- Anneye travmayı yeniden anımsama, ağlama nöbetleri, sakıncacı davranışlar, abartılmış ürkme refleksinin nedenleri hakkında bilgi verildi.
- Çocuğun yaş ve gelişimsel özelliklerine göre deneyimi nasıl anladığı ve bütünleştirdiği değerlendirildi.

- Oyun terapisi seansı gibi güvenli ve destekleyici bir ortamda deneyimi tanımlamasına ve duygularını ifade etmesine yardım edildi.
- Anlayabileceği şekilde açıklamalar yapıldı, doğru ve tam bilgi sağlandı.
- E.G.'nin gereksinimlerine ilişkin annenin anlayışını geliştirmek için danışmanlık sağlandı.

8) Ekonomik olanakların yetersizliğine, desteğin olmamasına ve dinlendirici olanakların yetersizliğine bağlı bakım verici rolünde zorlanma.

Tanımlayıcı Özellikler

Annenin zamanının ve fiziksel enerjisinin yetmediğini bildirmesi, gerekli bakım aktivitelerini yerine getirmede güçlük, kendinin bakım sağlama yeteneğinin ve kızının sağlığının gelecekte ne olacağı konusunda endişe yaşaması.

Kendisi hastalanırsa ya da başına bir şey gelirse kızının ne olacağı konusunda korku yaşaması, moral bozukluğu, keder, üzüntü.

Amaçlar

Bakım verici zorlanma durumunu azaltacak bir plan bildirecek.

Göstergeler

Bakım verici rolüne ilişkin hayal kırıklıklarının paylaşılması, en az bir destek kaynağının tanımlanması, anneye yardım ve destek için haftalık bir plan oluşturulması.

Girişimler

- Neden olan ya da arttıran faktörler değerlendirildi. (Durumu kötü olumsuz olarak algılama, yardım istemede yetersizlik ya da çekinme, kaynakların yetersiz kalması, boş zaman yetersizliği.
- Annenin durumla ilgili yorumları değerlendirildi, periyodik olarak yeniden değerlendirme yapıldı.
- Anneye söylenen bilginin ne olduğu, beklentilerin gerçekçi olup olmadığı değerlendirildi.

- Hangi aktivitelerde yardım istediğini tanımasına yardım edildi; (E.G'nin gereksinimleri, hijyen, dinlenme).
- E.G.'nin bakımını haftada 2 kez 1 saat Ayşe hanımın ablasının üstlenmesi ve Ayşe hanımın dinlenmesi sağlandı.
- Ayşe hanıma empati gösterilerek yeterlilik duygusu sağlamaya çalışıldı.
- Mevcut programın ve sorumlulukların Fiziksel sağlık, emosyonel durum, ilişkiler üzerine etkileri tartışıldı.
- Ayşe hanımın ablasıyla aşağıdaki konular tartışıldı; (Anne için durumun sıkıntı verici olduğunu kabul ve takdir etmenin, bunu ifade etmenin önemi, öğüt vermeden dinlemenin yararları, duygusal ve takdir edici desteğin yararları, düzenli olarak telefon etme ve ziyaretlerin önemi, E.G.'nin bakımı konusunda haftada 2 gün 1'er saat desteklemeye teşvik edildi, Ayşe hanıma hoş vakit geçirmesi için " izin vermesi" gerektiği vurgulandı, anneye sana nasıl yardım edebilirim sorusuna cevap verme fırsatları sağlamanın gerekliliği açıklandı).
- Olası tüm gönüllü yardım kaynakları tanımlandı (abla, komşular, toplumsal gruplar vb.)

Sonuç olarak; deprem nedeniyle çocukta yaşanan PTSSB, hemşirenin sistematik olarak ele alması gereken bir durumdur. Verilerin toplanmasında Gordon'un FSÖ modeli verilerin sistematik olarak elde edilmesinde yararlı olmaktadır. Bu makale, hemşirelere PTSSB yaşayan çocukta veri toplama süreci, olası hemşirelik tanıları ve girişimleri açısından yol göstermeyi amaçlamaktadır.

Kaynaklar

1. Gordon M. Functional health patterns, nursing diagnosis process and application. New York: Mc Graw-Hill Book Comp; 1982.
2. Bradley PJ. Family caregiver assessment. Essential for effective home health care. J Gerontol Nurs 2003;29:29-36.
3. Aptekar L, Boore J. Crisis Management, Vol:III, The Emotional

- Effects of Disaster on Children: A Review of the Literature, Ed: A Boin, p:340. SAGE Publications Ltd, Losangeles. 2008.
4. Lonigan CJ, Shannon MP, Taylor C. et al. Children exposed to disaster: II. Risk factors the development of posttraumatic symptomatology. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 1994;33:94-105.
 5. Alyanak B, Ekşi A, Toparlık D ve ark. Depremden Sonraki 2-6 Aylık Sürede Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Ergenlerde Araştırılması. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, 2000;7(2): 71-80.
 6. Berkem M, Bildik T. İzmit Depreminde Hospitalize Edilen Depremzede Çocuk ve Ergenlerin Klinik Özellikleri, Anadolu Psikiyatri Dergisi 2001;2(3):133-140.
 7. Alparslan S, Koçkar Aİ, Şenol S, Maral I. Marmara Depremini Yaşayan Çocuk ve Gençlerde Ruhsal Bozukluk ve Kaygı Düzeyi. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi 1999; 6(3):135-142.
 8. Carrion VG, Weems CF, Ray R et al. Toward An Empirical Definition Of Pediatric PTSD. The Phenomenology of PTSD Symptoms in Youth. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2002;41(2):166-173.
 9. Birol L. Hemşirelik Süreci, 8. baskı, Etki Matbaacılık, İzmir. 2007.
 10. Carpenito-Moyet LJ. Handbook of Nursing diagnosis, Translate: F Erdemir, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul 2005.

Ölçülü Doz İnhaler Kullanımı ve Hasta Eğitim Sürecinin Yönetilmesinde Hemşirenin Rolü

Metered Dose Inhaler Using and the Role of the Nurse in Managing of the Patient Training Process

Çiğdem Gamze ÖZKAN^a Mağfired KARA KAŞIKÇI^b

ÖZET Ölçülü doz inhalerler uzun süredir kullanılan ve bilinen cihazlar olmasına rağmen en çok uygulama hatası yapılan cihazlardır. Kullanımı el ve solunum koordinasyonu gerektirdiğinden ölçülü doz inhalerin yeterli etkiyi gösterebilmesi için hastanın cihazı uygun teknikle kullanması gerekmektedir. Ölçülü doz inhalerin hasta tarafından doğru kullanımının sağlanması ve cihaz kullanım becerisinin geliştirilmesi bir ekip işidir. Bu ekibin en önemli üyesi olan hemşire; ölçülü doz inhalerin yanlış kullanımından kaynaklanan hataları eğitici, araştırmacı, uygulayıcı ve koordinatör rolleri aracılığıyla, hemşirelik ve eğitim sürecine uygun şekilde vereceği eğitimlerle sağlayabilir. Ölçülü doz inhaler kullanımının hemşire tarafından kontrolü ve pekiştirilmesi, yanlış basamakların düzeltilmesi ve hasta tarafından yanlış yapılan basamakların fark edilmesi cihaz kullanım başarısını arttıracak gibi tedavinin etkinliğini arttırmak için de önemli bir faktördür.

Anahtar Kelimeler: Hasta eğitimi, hemşire, ölçülü doz inhaler

ABSTRACT Although metered dose inhalers are devices which have been used and known for along time, they are the devices which give the most applying error. As their usages require hand and respiration coordination, the patient must use the device with a proper technique sothat metered dose inhalers can indicate sufficient effect. Providing proper use of metered dose inhalers by patient and improvement of device using skill are the work of a team. The nurse ,the most important member of this team, can provide the mistakes resulting from misusing of metered dose inhalers for nursing training process by means of training she will give properly through instructive, inquiring ,practicing and coordinator roles. The control and strengthening of the use of metered dose inhalers by the nurse and correcting wrong steps and being noticed wrong steps caused by patient are significant factors for increasing of treatment effectiveness as well as improvement of device using achievement.

Key words: Metered dose inhaler, nurse, patient training

Geliş Tarihi/Received: 01.07.2015 /Kabul Tarihi/Accepted:12.07.2015

^a Yazışma Adresi/ Correspondence: Araş.Gör. KTÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü / Trabzon, e-mail: ozkan_551907@hotmail.com, cgozkan@ktu.edu.tr.

^b Prof.Dr, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Esasları ABD Başkanı, Kampüs/ Erzurum, e-mail: magfired@atauni.edu.tr

Giriş

Ölçülü doz inhaler (ÖDİ), genel olarak KOAH, astım ve diğer solunum yolu hastalıklarının tedavisinde kullanılan, katı veya sıvı haldeki etken maddenin bir sıvı içerisinde çözülmüş ya da gaz ortamında partiküller şeklinde dağılmış halde bulunduğu preparatlardır. ÖDİ'ler küçük silindirik alüminyum kaplar içerisinde basınç altında tutulan, özel bir çözücü içerisindeki solüsyonlar şeklinde hazırlanırlar. Kabın bir kapakçığı ve ağızlığı vardır. Kapakçığa her basışta belirli miktarda ilaç ağızlık aracılığıyla ağız içerisine püskürtülür ve aynı anda nefes alınarak hava yoluna çekilir.¹

Dr. George Maison tarafından 1955'te geliştirilmiş olan ÖDİ; küçük, taşınabilir, kullanımı kolay ve çoklu doz uygulaması için uygun olması nedeniyle, astım ve KOAH hastaları için en sık reçete edilen ve en çok kullanılan cihazdır.² ÖDİ'ler çabuk kullanılabilmeleri, hızlı etki göstermeleri, kolay taşınabilmeleri, birden çok doz içermeleri ve diğer araçlara göre ucuz olmaları gibi avantajlarından dolayı daha çok tercih edilmektedir.^{2,3,4} ÖDİ'ler "bas ve nefes al" şeklinde kullanılmak üzere tasarlanmıştır. Tüpün indükleyiciye doğru (plastik parça) bastırılmasıyla, içinde bulunan ilaç-itici gaz karışımı genişler ve buharlaşır, sıvı formdaki ilaç aerosol forma dönüşür. İtici gazın buharlaşması sonucu aerosol süspansiyon soğur. Tüpe basıldığı zaman ölçülü valfteki delikle ölçülü hazne aynı hizaya gelir. Sonrasında yüksek itici buhar gücü daha önceden dozu ayarlanmış ilacı bu aktivatör açıklıktan geçmesi için zorlar. Son olarak ölçülü haznenin serbest kalmasıyla hazne yeni bir ilaç-itici gaz karışımı ile dolar.^{5,6} Püskürtülen aerosol inhalatörün silindirik ağızlık parçası ağıza sokularak içinden inhale edilir.⁷

KOAH, astım ve diğer solunum yolu hastalıklarında semptomların kontrol altına alınabilmesi için; bronkodilatasyon sağlamak amacıyla inhalasyon yolu ile kullanılan ve en çok tercih edilen cihaz olan ÖDİ'nin doğru teknikle uygulanması

gerekmektedir.² ÖDİ'nin yanlış kullanılmasından kaynaklanan hatalar hastaların yeterli tedavi olamamalarına, daha fazla ilaç kullanımına, daha fazla yan etki ile solunum hastalıklarında görülen atakların ortaya çıkmasına, semptomların kontrol edilememesine, hastaneye yatışın fazla olmasına, yaşam kalitesinin azalmasına ve ilaç israfına neden olmaktadır. Bunun sonucunda da hastalık ve ölüm oranlarında ve ülkelerin sağlık harcamalarında artış meydana gelmektedir.⁸⁻¹²

1.ÖDİ Kullanımında Yapılan Hatalar

ÖDİ kullanan hastalar, ilaçlarını kullanırken değişik aşamalarda önemli hatalar yapmaktadır.¹³ Cihaz kullanım basamaklarından birisinin bile eksik yapılması ilacın akciğerlere ulaşamamasına ve hastaların hiç ya da az ilaç almalarına neden olmaktadır. Fink ve Rubin'in çalışmasında inhaler cihaz kullanan hastaların %28-68'i reçetelenen inhalerleri gerektiği gibi kullanmadığı ve bu ilaçlardan faydalanmadığı bulunmuştur.⁸ Chrystyn tarafından yapılan başka bir çalışmada da inhaler tedaviye kötü uyum; inhaler steroid reçete edilenlerin %10-46'sında ortaya çıkmış ve astıma bağlı ölümlerin tahmini olarak %18-48'inde bu nedenin sorumlu olduğu belirtilmiştir.¹⁴

ÖDİ kullanımında yapılan hatalar;

- İspirasyon ile eş zamanlı cihaza basmamak,
- Çok hızlı inspirasyon,
- 3- 10 saniyeye kadar nefes tutmamak,
- ÖDİ'yi ağızın yukarısında, aşağısında ya da kenarında tutmak,
- Her bir inspirasyonda 1 pufdan daha fazlasını inhale etmek,
- Kullanmadan önce ÖDİ'yi çalkalamamak,
- Her bir puf arasında yeterli süre beklememek,

- ÖDİ'yi aktive etmek için yeterli kas gücüne ve mental güce sahip olamamak,
- ÖDİ kullanımının anlaşılabilmesi,
- İlacın dil, damak ve dişlere yapışmasını sağlayan bir şekilde ağız yeterli genişlikte açmamaktır.¹⁵⁻²⁰

2.ÖDİ Kullanımında Hemşirenin Rolü

Koordine edici rolü ile sağlık ekip üyelerinin inhaler ilaç kullanımı konusunda eğitimci olarak hareket etmelerini sağlayan hemşire ilaçların uygulanmasını temel rollerinden biri olan uygulayıcı rolü ile yerine getirir^{13,21}. Burada önemli olan ilaçların hazırlanması ve uygulanmasında hastanın güvenliğinin sağlanmasıdır.²¹ ÖDİ kullanımında hemşirenin en önemli görevi hastanın cihazı etkin bir şekilde kullanmasını sağlamaktır.¹³ Hemşirenin başarılı ÖDİ kullanımında, hastanın öğrenme potansiyelini tanımlamada ve inhaler teknikle ilaç uygulama yönetiminde önemli bir sorumluluğu vardır. Hemşire bu görevini uygulayıcı ve eğitici rolleri ile yerine getirir.

Hemşire, ÖDİ uygulayacağı zaman öncelikle sekiz doğru ilkesini kullanmalı, ilacın etki mekanizmasını, vücuttan emilim ve atılım sürecini, tedavi edici ve istenilen etkilerini bilmelidir.²²⁻²⁴ Hemşire ÖDİ'nin farmakolojik özellikleri hakkında, alınması gereken önlem ve yapılması gereken girişimler konusunda karar verebilecek düzeyde bilgi sahibi olmalıdır. Ayrıca, hemşire; hasta ve ailesine tedavi hakkında vereceği eğitimi, hastanın tedaviye yanıtını, tedavinin başarısını gözlemlemeli ve sonuçlarını da kaydetmelidir.²²

Hastaların ÖDİ'yi kendi kendilerine doğru bir şekilde kullanabilmesi, hataların önlenmesi ve tedavinin etkinliğinin sağlanabilmesinde hasta ve sağlık profesyonellerinin eğitimi önemli bir faktördür.¹³ ÖDİ'ler solunum yolu hastalıklarının tedavisinde hem daha etkin bir tedavi sağlanması hem de yan etkilerin az olması nedeniyle uzun yıllardan beri en yaygın olarak kullanılan inhalasyon cihazı

olmasına rağmen en fazla uygulama hatası yapılan cihazlardır.^{25,26} Bu cihazın kullanımının karışık manevralara gereksinim göstermesi, hastanın el-ağız koordinasyonunu gerektirmesi nedeniyle cihazın doğru kullanımı zorlaşmaktadır.¹³ Bu nedenle hastalara verilecek eğitimlerin önemi cihazın doğru kullanımını sağlayacağı için büyüktür.

3.ÖDİ Kullanımında Hasta Eğitim Süreci

Hemşire eğitici rolü kapsamında hastanın öğrenme potansiyelini belirleyerek, vereceği eğitimle hastanın inhaler ilaçları doğru şekilde kullanmasını sağlayarak, tedavi başarısını arttırabilir.¹² İnhalasyon tedavisinde hasta eğitiminin yeri çok önemlidir. Hemşire eğitimleri yaparken yetişkin eğitim prensiplerini rehber almalı, her hastanın kendine ait gereksinimleri olduğunu bilmeli, hastanın hazır oluşluk durumunu değerlendirip eğitimleri bilişsel, duyuşsal ve psikomotor alanlara yönelik uygulamalıdır.²⁷ Bunun yanı sıra hastaları inhaler ilaçları doğru kullanmalarını sağlayacak davranış değişikliğini kazanması konusunda teşvik etmeli ve desteklemelidir.²⁵ Özellikle hastaların hastanede kalış süreleri esnasında inhalasyon yolu ile ilaç uygulamada davranış değişikliği kazandırmak önemlidir. Davranış değişikliği kazandırırken, hemşirenin yaptığı gözlem ve değerlendirme sonucunda uygulama hataları düzeltilebilir.²⁷

ÖDİ kullanımı ile ilgili hemşire tarafından verilecek eğitim, eğitim süreci basamaklarına göre planlanmalı ve uygulanmalıdır. Bu basamaklar;

A. Veri Toplama ve Tanılama: Hekim istemi kontrol edildikten sonra hastanın ÖDİ hakkında bilgi düzeyi, öğrenmeye uygun olup olmadığı (güçsüzlük, ağrı, dispne gibi şikâyetlerin olmaması), ÖDİ'yi kullanma becerisi (cihazı tutma, cihaza basma becerisi), konu ile ilgili öğrenmek istediği konular ve hekim tarafından

önerilen inhalasyon sıklığı belirlenerek tanımlama yapılır.²³

B. Planlama: ÖDİ kullanımını ile ilgili yapılacak eğitim planı hasta ile beraber oluşturulur. Sabah saatleri, dinlenmeyi takip eden saatler olduğu için tercih edilmeli ve her eğitim seansı hastanın bilişsel, duyuşsal ve psikomotor alanlara yönelik becerisinin geliştirilebilmesi için 15-20 dakikalık sürede tamamlanmalıdır.^{25,28-29} Ancak hastanın ne kadar sürede bu beceriyi geliştireceği bilinmediği için, bu süre hastaya cihaz kullanılarak belirlenir. Hastanın soruları varsa eğitim planını geliştirmek amacıyla yanıtlanır.²³ Hasta eğitiminde kullanılacak yöntem, aktarılan bilginin anlaşılma ve kalıcı olma derecesini belirler. Sözel eğitimlerin genellikle 10 dakikadan az sürmesi ve hastaların broşür okumayı tercih etmemesi, yalnızca yazılı materyal vermenin ÖDİ'nin, uygulama tekniğinin öğrenilmesinde yetersiz kalabileceğini göstermektedir.³⁰ Demonstrasyon yöntemi ile uygulama sözlü anlatıma dayalı tekniklerden daha etkili olan bir yöntemdir.²⁷ Bireyin cihaz uygulama becerisinin gelişebilmesi için demonstrasyon ile beraber uygulamaların yaptırılması ve tekrarlanması hastanın

psikomotor becerisinin gelişmesini sağlayacaktır.^{17,27}

C. Uygulama: ÖDİ eğitimi için öncelikle zaman, sonra sabırlı ve özverili bir çalışma gereklidir. Öncelikle eğitim için yeterli süre sağlanmalıdır.^{27,31} ÖDİ'nin kullanım amacı, hekim istemi doğrultusunda kullanacağı zaman, dozu, yan etkileri ve aşırı doz kullanım belirtileri, kullanırken dikkat edilmesi gerekenler ayrıntılı olarak hastaya ve ailesine açıklanır.^{7,22} Daha sonra hastaya belirlenen sürede bir demonstrasyon cihazıyla ÖDİ'nin kullanım basamakları ve mantıksal gerekçeleri tek tek anlatılarak gösterilir.²⁵ (Tablo 1). Hastanın soru sormasına imkân verilir.³¹ İnhalasyon sıklığını arttırmaması açısından hasta uyarılır. Eğitim hastaya broşür verilerek tamamlanır.³²

D. Değerlendirme: Hastadan ilaç kullanım sıklığını, ilaç yan etkilerini anlatması ve ÖDİ'nin kullanımını göstermesi istenir. Hastaya ÖDİ'yi uygulama basamakları tek tek yaptırılır, tüm basamaklar kontrol edilerek tedaviyi etkileyecek kritik hatalar gözlenir, kaydedilir ve düzeltilir.^{16,23,31}

Tablo 1. ÖDİ kullanımı işlem basamakları 7, 22,23,24,32

	İŞLEM BASAMAKLARI	MANTIKSAL GEREKÇESİ
1.	Ağız kısmındaki koruyucu kapağı çıkarın.	İlacın kullanılması için ön hazırlıktır.
2.	ÖDİ' yi çalkalayın.	İlaç ve itici gazın karışmasını sağlar.
3.	İnhaleleri ağız kısmı çenenizle aynı hizada, dik ve işaret parmağınız ilaç tüpünün üzerinde olacak şekilde tutun.	İlacın doğru tutulması ilacın çalışma mekanizmasını etkiler ve akciğerlere daha fazla ilacın gitmesini sağlar.
4.	Derin bir şekilde nefesinizi dışarı doğru verin.	Akciğerlerin boşalması sonraki aşamada derin nefes almayı kolaylaştırır.
5.	ÖDİ'nin ağız kısmını dudaklarınızın arasına yerleştirin ve dudaklarınızı kapatın.	İlacın doğru ve yeterli miktarda verilmesini sağlar.
6.	Madeni tüpü aşağıya bastırın ve aynı anda yavaşça nefes almaya başlayın.	Nefes alma ve ilacın püskürtülmesinin eş zamanlı yapılması ilacın hava yollarına dağılmasını sağlar.
7.	Nefesinizi vermeden cihazı ağızınızdan çekin ve nefesinizi 3-10 sn arasında tutun.	İlacın alt hava yollarına ulaşmasını ve tam olarak emilmesini sağlar.
8.	Nefesinizi yavaşça verin, 2. dozdan önce 1 dakika bekleyin.	İlk inhalasyonla hava yolları açılır.
9.	2. dozdan önce tekrar inhaleleri çalkalayın ve aynı işlemleri tekrarlayın.	İlaç ve itici gazın karışmasını sağlar. İkinci inhalasyonla ilaç daha derin hava yollarına ulaşır.
10.	Kullandıktan sonra kapağı kapatın.	Cihazın muhafazasını sağlar.

Sonuç ve Öneriler

ÖDİ kullanım becerisinin kazandırılması ve yapılan hataların önlenmesi; bir ekip çalışması olup burada en büyük sorumluluk hemşireye düşmektedir.^{18,33} Ekip üyelerinin her biri hastaların ÖDİ'yi doğru bir şekilde kullanmasını sağlamakla sorumludur. Eğitimlerin hasta-hemşire işbirliğiyle ve tekrarlanarak verilmesinin tedavideki başarıyı olumlu yönde etkilediği yadsınmaz.³⁴ Ancak hastaların ÖDİ kullanım becerilerinin gelişmesi ve hataların önlenmesi için sağlık çalışanlarının da bu konuda yeterince eğitilmiş olması gerekmektedir.^{15,17} Yapılan çalışmalarda hemşirelerin kullanım becerilerinin ve bilgilerinin yetersiz olduğu tespit edilmiştir.^{10,13,35}

Cihaz kullanım başarısı, eğitimi verecek olan hemşirenin ÖDİ kullanımı ile ilgili sahip olduğu bilgi düzeyine bağlıdır. Abadoğlu ve arkadaşlarının deneyimli bir hemşire tarafından astımlı hastalara verdikleri eğitim sonucunda elde ettikleri bulgular, hastaların cihaz kullanım becerilerinde olumlu yönde değişiklik olduğunu göstermektedir.³⁴ Cihazı kullanma başarısı aynı zamanda verilen eğitimin kalitesine de bağlıdır. Hastaya yalnızca eğitim broşürüyle eğitim vermek yeterli değildir.³⁶ ÖDİ'nin kullanımı anlatıldıktan sonra demonstrasyon cihazlarıyla kullanımının gösterilmesi, hatta bireysel ya da gruplar halinde video eğitimleri yaparak uygulama tekniğinin geliştirilmesi gerekmektedir.³⁷ Dolayısıyla hastaların hastanede yatış sürecinin bir

fırsat olarak görülmesi, özellikle solunum ile ilgili birimlerde görev yapan hemşirelerin ÖDİ kullanımı konusunda deneyimli olması, hasta eğitimine aktif olarak katılması, ÖDİ kullanımını uygun eğitim yöntemleriyle öğretmesi, hastaların ÖDİ'yi nasıl kullandıklarını belirli aralıklarla kontrol etmesi, hata yapılan basamakları belirlemesi ve verilen eğitimleri tekrar ederek pekiştirmesi gerekmektedir.^{10,14,19,35,38-42}

Kaynaklar

1. Smyth HD. The influence of formulation variables on the performance of alternative propellant-driven metered dose inhalers. *Advanced Drug Delivery Reviews* 2003; 55 (7): 807-28.
2. Çelik G, Kaya A, Çiledağ A. KOAH'da bronkodilatör tedavi ve destek tedavileri. *TTD Toraks Cerrahisi Bülteni* 2010; (1): 124-34
3. Hodder R. Teaching inhaler use in chronic obstructive pulmonary disease patients. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* .2012; 24 (2): 113-120.
4. Melani AS. Inhalatory therapy training: a priority challenge for the physician. *Acta Bio-medica* 2007; 78(3): 233-245.
5. Türkiye Solunum Araştırmaları Derneği. İnhalasyon Tedavileri Çalışma Grubu Solunum Tedavileri Uygulayanlar İçin Aeresol Tedavi Cihazları Rehberi. (Erişim tarihi:29.06.2015).<http://www.irccouncil.org/newsite/members/documents/AerosolDeliveryGuideTurkishtranslation.pdf>
6. Erk M. İnhalasyon teknikleri. *Toraks Dergisi* 2002; (3): 7-13.
7. Canobbio MM. Mosby's Handbook of Patient Teaching, 3rd ed. Philadelphia. Mosby; 2006. p. 259-61.
8. Fink JB, Rubin BK. Problems with inhaler use a call for improved clinician and patient education. *Respiratory Care* 2005; 50(10): 1360-1375.
9. Hull A, Gosellink R, Postmus P, Kwakkel G. Training with inspiratory pressure support in patients with severe COPD. *European Respiratory Journal* 2006; 27 (1): 62-72.
10. Lavorini F, Magnan A, Dubus JC, Voshaar T, Corbetta L, Broeders M. et al. Effect of incorrect use of dry powder inhalers on management of patients with asthma and COPD. *Respiratory Medicine* 2008; 102(4): 593-604.
11. Ronmark E, Jogi R, Lindqvist A, Haugen T, Meren M, Loit HM, et al. .Correct use of three powder inhalers: comparison between Diskus, Turbuhaler, and Easyhaler. *Journal Asthma* 2005; 42 (3): 173-178.
12. Basheti IA, Armour CL, Bosnic-Anticevich SZ, Helen KR. Evaluation of a novel educational strategy, including inhaler-based reminder labels, to improve asthma inhaler technique. *Patient Education and Counseling* 2008; 72(1) : 26-33
13. Hacıevliyagil SS, Arıkan Ö, Günen H. Hastaların inhaler ilaçları kullanma becerileri. *Hacettepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Dergisi* 2005; 25(2): 51-60.
14. Chrystyn H. Do patients show the same level of adherence with all dry powder inhalers. *International Journal of Clinical Practice* 2005; (59): 19-25.
15. Mirici A, Meral M, Akgün M, Sağlam L, İnandı T. İnhalasyon tekniklerinde hasta uyumunu etkileyen faktörler. *Solunum Hastalıkları* 2001; (12): 13-21.
16. Ceylan E, Akkoçlu G, Yıldız F, Tel O. Astımlı hastaların inhaler kullanımı ve cihaz tercihleri: Doğru uygulama için eğitimin rolü. *Solunum* 2008; (10): 40-47.
17. Fernández FL, Fernández JL, Santoyo FZ, Ruiz AG, Torres DP, Fonseca PB. Efficacy of two educational interventions about inhalation techniques in patients with chronic

- obstructive pulmonary disease (COPD). TECEPOC: study protocol for a partially randomized controlled trial (preference trial). *Trials* 2012; 21(13):13-64.
18. Din L. (Oral ve Lokal İlaçlar). İçinde: Aşti TA, Karadağ A. editör. Klinik Uygulama Becerileri ve Yöntemleri, 1. Baskı. Adana. Nobel Kitabevi; 2011. p. 673-676
 19. Çam O, Göçemen N. KOAH ve astım hastalarının inhalasyon cihazlarını kullanım becerilerinin değerlendirilmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2006; 22(2): 27-40.
 20. Tafti SF, Shoarzargari L, Heydari M, Khayamikia M, Eslami M, Nasiri S, et al. Comparative study of individual and traditional bedside metered-dose inhaler use and group teaching with video demonstration. *Journal of Pharmacol Pharmacother* 2011; 2(2): 112-114.
 21. Aşti T, Kıvanç MM. Ağız yolu ile ilaç verilmesine ilişkin hemşirelerin bilgi ve uygulamaları. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2003; 6(3): 1-9.
 22. Christensen LC, Kockrow EO. Foundations of Nursing. 4th ed. Elsevier Mosby, USA-2003.p. 563-609
 23. Bartow N, Perry AG. Oral and Topical Medications. In: Potter PA., Elkin MK., Ostendorf WR, editors., Clinical Nursing Skills & Techniques , 8rd ed. USA:Elsevier Mosby; 2004. p. 520-526
 24. Ay FA, İlaç Uygulamaları. Ay FA, editör. Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler. 3. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2011. p. 421-508
 25. Lewis SL, Heitkemper MM, Dirksen SF. Medical Surgical Nursing, 6th ed., Philadelphia. J.B. Elsevier Company; 2004. p. 43-57, 637 -673.
 26. Geller DE, Comparing clinical features of the nebulizer, metered-dose inhaler, and dry powder inhaler. *Respiratory Care* 2005; 50(10): 1313-1322.
 27. Hacıoğlu N. Hemşirelikte Öğretim, Öğrenme ve Eğitim. 2. Baskı İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2013. p. 33-38, 111-126.
 28. Ertem ÜT. Eğitim ve Öğrenme. Ay FA, editör. Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler. 3. Baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2011. p. 140-150.
 29. Şenyuva E, Taşocak G. Hemşirelerin hasta eğitimi etkinlikleri ve hasta eğitimi süreci. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2007; 15(59): 100-106.
 30. Çalışkaner Z. İnhalasyon tedavisinde hasta eğitimi. (Erişim Tarihi: 16.06.2014). http://www.inteda.net/hasta_egitimi.htm
 31. Babadağ K, Aşti T (ed.) Hemşirelik Esasları Uygulama Rehberi. 1. Baskı. İstanbul; Medikal Yayıncılık İstanbul Tıp Kitabevi; 2012. p. 134.
 32. Türkiye Solunum Araştırmaları Derneği İnhalasyon Tedavileri Çalışma Grubu. (Erişim Tarihi: 21.06.2015). <http://www.solunum.org.tr/TusadData/Bookcase/132012102558.jpg>
 33. Aydemir Y. İnhaler cihazların hatalı kullanımı, etkili faktörler ve eğitimin rolü. *Solunum Dergisi* 2013; 15(1): 32-38.
 34. Abadoğlu O, Yalazkaya S, Ülger G. Doğru inhaler kullanmada deneyimli bir hemşire tarafından verilen eğitimin rolü. *Türkiye Klinikleri Allerji Astım Dergisi* 2003; 5(1): 11-15.
 35. Ünlü M, Şahin Ü, Öztürk M. Sağlık personeli ve eczacıların inhalasyon aletlerinin kullanımıyla ilgili bilgilerinin araştırılması. *Solunum Hastalıkları* 2001; (12): 8-12.
 36. Ronmark E, Jogi R, Lindqvist A, Haugen T, Meren M, Loit HM. et al. Correct use of three powder inhalers: comparison between Diskus,

- Turbuhaler, and Easyhaler. *Journal Asthma* 2005; 42(3): 173–178.
37. Basheti IA, Armour CL, Bosnic-Anticevich SZ. Evaluation of a novel educational strategy, including inhaler-based reminder labels, to improve asthma inhaler technique. *Patient Education and Counseling* 2008; 72(1): 26-33
38. Şirinoğlu Y. (Yüksek Lisans tezi) “Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı olan hastalarda anemi sıklığının belirlenmesi ve inhaler kullanım becerilerinin değerlendirilmesi”. Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul,2009.
39. Pearce L. How to teach inhaler technique. *Nursing Times*. 2011; 107(8): 16-17.
40. Kaşıkçı M, Avşar G. Ülkemizde Hasta Eğitiminin Durumu. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2009; 12(3), 67-73
41. Lee SM, Chang YS, Kim CW, Kim TB, Kim SH, Kwon YE, et al. Skills in handling turbuhaler, diskus, and pressurized metered-dose inhaler in korean asthmatic patients. *Allergy Astma Immunology Research* 2011; 3(1):46-52.
42. Crompton GK, Barnes PJ, Broeders M, Corrigan C, Corbetta L, Dekhuijzen R. et al. The need to improve inhalation technique in Europe: a report from the Aerosol Drug Management Improvement Team. *Respiratory Medicine* 2006; 100(9):1479–1494.

Bir Kadın Sağlığı Sorunu: Genital Mutilasyon**A Female Health Problem: Genital Mutilation**Sevil GÜNAYDIN^a, Hüsniye DİNÇ^b

ÖZET Dünya Sağlık Örgütü genital mutilasyonu; tıbbi olmayan nedenlerle kadın genital organlarının kısmen veya tamamen çıkarılması, ya da dış genital organlara başka bir biçimde (piercing, kesi yapılması, kazıma, delme veya koterize etme) zarar verilmesi olarak tanımlamıştır. Günümüzde birçok ülkede hala çözümlenememiş önemli bir kadın sağlığı sorunu olan genital mutilasyon, fizyolojik, psikolojik ve cinsel açıdan kadının tüm yaşam evrelerini olumsuz yönde etkilemektedir. Ayrıca prekonsepsiyonel dönemden başlayarak gebelik, doğum ve doğum sonu dönemlerde komplikasyon görülme sıklığını arttırmaktadır. Bu derlemenin amacı kadın genital mutilasyonu konusuna dikkat çekmek, kadın sağlığı üzerine yarattığı olumsuz etkilerin farkındalığını arttırmak ve literatür bilgisini paylaşmaktır.

Anahtar Kelimeler: Genital mutilasyon, kadın sünneti

ABSTRACT The World Health Organization defines genital mutilation as removing part or all of the female genital organ for non-medical purposes; or harming external genital organs in any other way (i.e., piercing, cutting, scraping, pricking or cauterizing). As a significant female health problem which still cannot be resolved in many countries, genital mutilation affects the entire life cycle of women negatively in physiological, psychological, sexual ways. Therefore, beginning from preconceptional period, during pregnancy, birth and postpartum period, it increases the likelihood of complications. The aim of this compilation is to draw attention to the issue of female genital mutilation, to raise awareness about its negative effects on women's health and to share data from the literature about it.

Key Words: Female circumcision, genital mutilation

Giriş

Genital mutilasyon; Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Birleşmiş Milletler (BM) tarafından "tıbbi olmayan nedenlerden dolayı kadın genital organlarının kısmen veya tamamen çıkarılması" olarak tanımlanmıştır.¹

Terapötik olmayan nedenlerle yapılan ve tıbben gereksiz olan kadın genital mutilasyon (KGM), son derece acı verici ve ciddi sağlık sonuçlarına neden olan bir problemdir.² KGM kadın ve kızların insan hakları ihlali olarak kabul edilmektedir. Çünkü KGM kadınların ve kız çocuklarının birçok yönden zarar gördüğü, bütüncül açıdan gelişimlerini sınırlayan, toplumsal eşitliğin sağlanmasındaki en büyük engellerden biridir.³ Ayrıca kadınlara ve

kızlara karşı yapılan bir şiddet şekli olan KGM, mevcut çocuk ve yetişkin koruma yapılarının, politika ve prosedürlerin bir parçası olarak ele alınmalıdır.²

Birçok toplumda KGM geleneksel bir uygulama olarak kabul edilir ve uygulanır. Kadın sünneti, ailelerin ve toplumun içinde olduğu kültürel, dini ve sosyal faktörlerin bir karışımını içerir. Toplumsal normlara uyum sağlamak ve devam ettirmek için baskı oluşturur. KGM genellikle düzgün bir kız yetiştirmenin gerekli bir parçası, yetişkinlik ve evliliğe hazırlamanın bir yolu olarak kabul edilir. Ayrıca uygun cinsel davranış, evlilik öncesi bekâret ve evlilik sadakati gibi inançlara motive eder. Birçok toplumda kadınlarda cinsel istekte azalmaya yol açtığına ve bu

Geliş Tarihi/Received:25.06.2015/Kabul Tarihi/Accepted: 12.07.2015

^a Arş. Gör., İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü / İstanbul, e-mail: svlgunaydin@hotmail.com

^b Arş. Gör. Dr., İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü / İstanbul, e-mail: husniyedinc@hotmail.com

nedenle de kadınların "yasadışı" cinsel eylemler yaşamalarını engellediğine inanılır. Diğer bir inanış ise KGM sonrasında çıkarılan vücut parçaları ile kadınların "temiz" ve "güzel" olduğu inancıdır. Hiçbir dini dayanağı olmamasına rağmen KGM uygulayıcıları bunun dini açıdan desteklendiğine inanırlar. Bu durum din adamları tarafından tartışma konusudur. Ancak yerel yapıların gücü ve otoritesi KGM uygulayıcılarını (din adamı, sünnetçi, sağlık personeli vb.) koruma altına alır.⁴

KGM, kadını fiziksel, ruhsal, sosyal ve cinsel yönden tehdit eden çok önemli bir sağlık sorunudur. DSÖ geliştirmekte olan ülkelerde mutilasyon uygulanmış göçmen kadın sayısı arttığı için bu ülkelerdeki sağlık profesyonellerine kadın genital mutilasyonu hakkında eğitim verilmesi ve farkındalık kazandırılmasını önermiştir.⁵ Bu derlemenin amacı geliştirmekte olan ve son yıllardaki savaşlar nedeniyle fazla sayıda göç alan ülkemizde kadın genital mutilasyonu konusuna dikkat çekmek, kadın sağlığı üzerine yarattığı olumsuz etkileri konusunda farkındalık yaratmak ve literatür bilgisini paylaşmaktır.

Kadın Genital Mutilasyonun Tarihçesi ve Yasal Durumu

Antropologlar genital mutilasyonun başlangıcı hakkında görüş birliğine varamamışlardır. KGM'nin başlangıç tarihinin M.Ö. 15000 yıllarına dayandığı konusunda görüşler olsa da 6000 yıl önce antik Mısır'da var olduğu belgelenmiştir. KGM uygulamaları tarihi gelişim sürecinde, hem kadın hem erkek araştırmacılar tarafından yoğun bir şekilde tartışılmıştır. Ülkemizde bu girişimin uygulandığına dair veriler olmamasına rağmen günümüzde birçok ülkede medikal ve paramedikal birçok gerekçe ile azımsanmayacak bir oranda uygulamalar.⁶

Kadın genital mutilasyonu uygulama yaşı ülkeler arasında farklılık göstermektedir. Örneğin, Etiyopya ve Nijerya'da kız bebekleri 8 günlük iken, Mısır'da 3-8, Sudan'da 5-8 gün, Somali'de 4-10 yaş, Masai'de evlendikten hemen sonra

ve diğer pek çok ülkede ise 13-15 yaşları arasında uygulamaya maruz kalmaktadırlar.^{7,8}

Yasal açıdan ülkelerin bireysel olarak yasalarında düzenleme yapmaları gerekmektedir. Örneğin; Norveç 2004 yılında yasasını KGM'ye yönelik güçlendirerek KGM'nin önlenmesi adına hemşire, ebe, öğretmen ve sosyal yardım sisteminde çalışanlara daha fazla dikkat göstermesi gibi bir görev eklemiştir. Sosyal çalışmacı, hemşire, ebe ve öğretmen dâhil birçok meslek grubuna kızları/kadınları KGM'ye maruz kalmaktan korumaları ve topladıkları verileri mahkemeye veri olarak sunmaları açısından bilgi verilmiştir.⁹

KGM 1990'lı yıllarda uluslararası toplumun gündemine girmiştir. BM, 2002 yılında ülkelere KGM gibi kadın ve kız çocuklarının sağlığını etkileyen geleneksel uygulamaların yasaklanması konusunda tedbirler almaya yönelik çağrıda bulunmuştur. Ardından 2003 yılından itibaren 6 Şubat'ın Uluslararası Kadın Genital Mutilasyonunun Sıfır Tolerans Günü olarak anılmasına karar verilmiştir.¹⁰ Ayrıca KGM Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization-WHO), Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (Children's Rights & Emergency Relief Organization-UNICEF) ve Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu (*United Nations Population Fund-UNFPA*)'nun ortak raporunda tanımlama ve sınıflaması yapılarak mücadele kapsamına alınmıştır.⁶

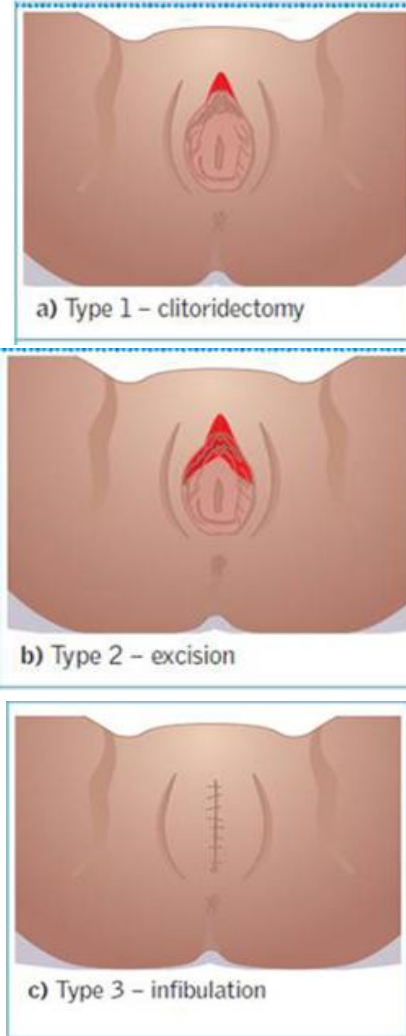
Kadın Genital Mutilasyonun Tipleri

KGM, DSÖ tarafından dört tipte sınıflandırılmıştır (Resim-1):

- **Tip I**, kısmen veya tamamen klitoris ve/veya sünnet derisi denilen prepisyumun çıkarılması (klitoridektomi)
- **Tip II**, klitorisin bütünüyle, labia minörlerin kısmen veya tamamen çıkartılması (kalan dokular vajinal açıklığı örtemez)
- **Tip III**, 'infibülasyon' olarak da bilinen dış genitalin önemli kısmı ya

da tamamının çıkartılması ve vajinal vestibülün posterior komissürde ufak bir açıklık kalacak şekilde kapatılması, bir kaplama mühür oluşturulması yoluyla vajinal açıklığın daralması.

- **Tip IV**, tıbbi olmayan amaçlar için kadın genital bölgesine yapılan diğer tüm zararlı işlemler, örneğin, piercing, genital bölgeye kesi yapılması, kazıma veya koterize etme.^{1,6,11}



Resim-1: Kadın genital mutilasyonun tipleri¹²

Bütün KGM vakaları arasında %80 oranında klitoral eksizyon ve labia minörleri kapsayan Tip I ve Tip II görülürken daha ağır şekli olan infibulasyon %15 oranında görülmektedir. İnfibulasyon sıklığı ve komplikasyonları daha çok Cibuti, Somali ve Sudan'ın kuzey kesimlerinde artış

gösterirken Güney Mısır, Eritre, Etiyopya, Kuzey Kenya, Mali ve Nijerya'da da yapıldığı bildirilmiştir.¹³

Kadın Genital Mutilasyonun Prevalansı

KGM; Afrika, Ortadoğu ve Asya'nın bazı ülkeleri dâhil toplam 28 ülkede ve birçok toplumda köklü bir gelenek olarak uygulanmaktadır.¹ Orta ve Güney Amerika'daki bazı etnik gruplar arasında ise KGM'nin bazı formlarını görmek mümkündür.¹⁴ Bugün dünyada KGM uygulamasına maruz kalmış tahminen 130-140 milyon kız ve kadın bulunmakta ve her yıl 3 milyon kız bu uygulamanın tehdidi altında yaşamaktadır.¹ KGM prevalansı geniş katımlı çalışmalarda %38-63 gibi yüksek oranlarda belirlenmiştir.⁶ Tablo-1'de bazı ülkelerdeki KGM tiplerine ve prevalanslarına yer verilmiştir.

Kadın Genital Mutilasyon ve Kadın Sağlığı

KGM; kızlar ya da kadınlar için sağlığı riske sokacak bir davranıştır.^{16,17} Bu geleneksel uygulama genellikle makas, jilet ve/veya kırık cam kullanarak anestezi olmadan yapılır. Risklerin ve gelişebilecek komplikasyonların sonuçları ciddi ve yaşamı tehdit edici olabilir.¹⁶

Kadın Sağlığı Açısından Gelişebilecek Komplikasyonlar

KGM' nin çok sayıda komplikasyonu rapor edilmesine rağmen uzun dönem sonuçları hakkında yapılan sistematik çalışmalar bulunmamaktadır.¹³ Tablo-2 ve Tablo-3'de KGM' nin kısa ve uzun dönem komplikasyonlarına yer verilmiştir.

KGM, özellikle kırsal kesimde, son derece olumsuz koşullarda sağlık personeli dışındaki uygulamacılar tarafından uygulanmakta ve erken dönemde şiddeti ağır hemoraji, bunlarla ilişkili şok ve ölüm gibi ciddi sorunlara, geç dönemde ise kronik genital ve/veya üriner enfeksiyonlar, keloid oluşumu, fertilitte veya doğurma problemleri

Tablo-1: Bazı ülkelere göre KGM prevalansı ve tipleri¹⁵

Ülke	Prevalans (%)	KGM Tip
Burkina Faso	72	Tip II
Orta Afrika Cumhuriyeti	43	Tip I ve II
Fildişi Sahili	43	Tip I
Mısır	97	Tip I (%17), Tip II (%72), Tip III (%9)
Eritre	95	Tip I (%64), Tip II (%4), Tip III (%34)
Gine	99	Tip II
Kenya	38	Tip I ve II, Tip III doğu bölgelerde uygulanır
Mali	94	Tip I (%52) Tip II (%47), Tip III Güney Mali (%1)
Niger	5	Tip II
Nigerya	25	Tip I, Tip II güney bölgede baskın, Tip III sadece kuzey bölgesinde
Somali	98–100	Tip III
Sudan	89	Tip I (%15), Tip II (%3), Tip III (%82)
Tanzanya	18	Tip I ve II
Togo	12	Tip II
Yemen	23	Veri yok

gibi birçok kalıcı ve tedavisi zor sağlık sorunlarına neden olmaktadır.⁶

Alsibiani ve Rouzi'nin (2010) yapmış olduğu prospektif vaka kontrol çalışmasında KGM'nin cinsel fonksiyona etkisi araştırılmıştır. Kadın Cinsel İşlev Ölçeği (FSFI) kullanılarak yapılan çalışmada demografik özellikleri benzer olan 130 KGM yapılan kadın ile 130 KGM yapılmayan kadın karşılaştırılmıştır. İki grup arasında cinsel istek ve ağrı skorları açısından fark bulunmazken, uyarılma, lubrikasyon, orgazm ve doyum arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Çalışma sonuçlarına göre KGM kadınların cinsel fonksiyonunu olumsuz yönde etkilemektedir.¹¹ Cinsel fonksiyonda değişikliklere neden olan KGM kadınları şiddete maruz kalma açısından da etkilemektedir. KGM yapılan kadınların partner şiddetinin değişik türlerine (fiziksel, cinsel ve duygusal) diğer kadınlara nazaran yaklaşık 9 kat daha fazla maruz kaldıklarını gösteren çalışmalar bulunmaktadır.¹⁸

KGM'li kadınlarda seksüel fonksiyonların düzeltilmesi için psikoterapi ve medikal tedaviler yapılabilmektedir.

Bunların yanı sıra, koitusa olanak sağlamak ve koitus sırasındaki tekrarlayan travmaların önüne geçmek, ağrıyı gidermek ve seksüel olarak uyarılabilir kalan dokuları (vestibüler bulbus, klitoral artık vs.) ortaya çıkarmak için cerrahi müdahale gerekliliği de bildirilmiştir. Bu amaçla olgudan olguya değişen farklı cerrahi uygulamalar yapılmaktadır. Genel adı ile 'deinfibulasyon' denen ve dış genital yapıları normal anatomik lokalizasyonlarına döndürmeyi amaçlayan bir cerrahi tedavi uygulanmakta, gerektiği ve şartların uygun olduğu durumlarda çeşitli 'klitorolabioplasti' yöntemleri ile kombine edilmektedir.⁶

Tablo-2: Kadın genital mutilasyonun kısa dönem komplikasyonları

Komplikasyonlar
✓ Kanama
✓ Ağrı
✓ Şok
✓ Enfeksiyon (tetanoz, sepsis, kan yoluyla bulaşan enfeksiyonlar (HIV, Hepatit B, C gibi))
✓ İdrar retansiyonu ^{2,13-15,19,20}
✓ Bitişik dokularda hasar ^{2,13,20}
✓ Organ hasarı ^{2,14}
✓ Ölüm ^{2,15,19}

Tablo-3: Kadın genital mutilasyonun uzun dönem komplikasyonları

Komplikasyonlar
✓ Yara izi ve skar oluşumu
✓ Kronik pelvik enfeksiyon
✓ İnfertilite
✓ Psikolojik etkiler (cinsel istekte azalma, anksiyete, depresyon vb.)
✓ Hematokolpos
✓ Vulvada epidermoid kist, skar veya keloid oluşumu
✓ Menstruasyon güçlükleri (dismenore vb.)
✓ Tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonu ^{2,13-15,19,20}
✓ Böbrek hasarı
✓ Üriner ve fekal inkontinans
✓ Cinsel disfonksiyon
✓ HIV ve diğer cinsel yolla bulaşan hastalıklar ^{2,13,20}
✓ Gebelik, doğum ve yenidoğan komplikasyonları ^{2,14}
✓ Anormal servikal sitoloji ¹⁵
✓ Yürürken veya otururken ağrı ²⁰

Kadın Genital Mutilasyonun Cinsel Sağlığa ve Kadın Psikolojisine Etkileri

KGM'li çoğu kadının evlilikte ortaya çıkan cinsel ilişki ile ilgili sorunları vardır. Çünkü KGM nedeniyle genital bölge ağrılı ve travmalıdır.^{13-15,19} KGM cinselliği çoğu zaman azaltır ya da yok eder. Eğer klitoris yok edilmişse, klitoral orgazm imkânsızdır.^{15,19} KGM sonucu oluşan skar dokusunun fazla olması sebebiyle vajinal darlık, cinsel ilişkide zorlanma görülebilir.¹³ Oluşan skar dokusunda cinsel

ilişkide zorlama sonucu perineal yırtıklar ve kanama görülebilir, ilerleyen zamanlarda ise vajinismus ve disparoniye sebep olabilir.^{13-15,19} Vajinal ilişki sağlanamayan durumlarda sürekli anal ilişkinin olması^{13,19} anal fistül ve fekal inkontinansa sebep olabilir.¹⁹ Ayrıca eşlerin isteği ile kadına defibulasyon (düzeltme) yapılarak cinsel ilişkide iyilik halinin artırılacağı vurgulanmaktadır.⁷

KGM'li kadınların benlik saygısının düşük olduğu ve bu kadınlar arasında cinselliği hissetmenin kötü bir şey olduğu fikrinin yaygın olduğu belirlenmiştir.¹⁹ Ayrıca psikolojik açıdan genital fobi, anksiyete, depresyon, nöroz, psikoz yaşama durumu ve intihar girişimi fazladır.^{13,19}

Kadın Genital Mutilasyonu ve Gebelikten Korunma Yöntemleri

DSÖ kadın genital mutilasyonu olmuş kadınlara mutilasyon tiplerine uygun gebelikten koruyucu yöntemler önermektedir. Bu kadınlara yöntem önerirken; çok iyi bir genital değerlendirme yapılarak genital mutilasyon tipinin doğru belirlenmesi ve kadınlarda enfeksiyon varlığının saptanması çok önem taşımaktadır.⁷ KGM uygulanan kadınlarda tiplerine göre kullanılacak aile planlaması yöntemleri Tablo 4'te belirtilmiştir.

Tablo-4: KGM tiplerine göre aile planlaması yöntemleri ⁵

Kontraseptif Yöntem	Tip I (Klitoridektomi)	Tip II (Eksizyon)	Tip III (İnfibulasyon)	Tip IV
Oral Kontrasepsiyon	Kullanılabilir	Kullanılabilir	Kullanılabilir	Kullanılabilir
Enjeksiyon	Kullanılabilir	Kullanılabilir	Kullanılabilir	Kullanılabilir
Rahim İçi Araç (RİA)	Kullanılabilir ancak önce enfeksiyon varlığı dışlanmalıdır	Kullanılabilir ancak introtustaki skar doku RİA uygulamasını zorlaştırabilir. Ayrıca enfeksiyon varlığı dışlanmalıdır	Kullanılamaz, introitus çok dardır. Eğer tercih edilecekse defibulasyon işlemi yapılmalıdır	Kullanılabilir ancak öncelikle labialarda meydana gelen uzamış dokuların alınması gerekir. Enfeksiyon riski vardır
Bariyer Yöntem (Diyafram, Spermisit, Kadın Kondomu, Servikal kap)	Kullanılabilir	Kullanılabilir	Kullanılabilir ancak açıklık dar olduğundan tercih edilecekse defibulasyon işlemi yapılmalıdır	Kullanılabilir
Norplant/implant	Kullanılabilir	Kullanılabilir	Kullanılabilir	Kullanılabilir
Doğal Yöntemler:				
Isı kontrol Yöntemi	Danışmanlık verilerek kullanılabilir	Danışmanlık verilerek kullanılabilir	Danışmanlık verilerek kullanılabilir	Danışmanlık verilerek kullanılabilir
Bazal Vücut Isısı Yöntemi	Danışmanlık verilerek kullanılabilir	Danışmanlık verilerek kullanılabilir	Danışmanlık verilerek kullanılabilir	Danışmanlık verilerek kullanılabilir
Takvim Yöntemi	Danışmanlık verilerek kullanılabilir	Danışmanlık verilerek kullanılabilir	Danışmanlık verilerek kullanılabilir	Danışmanlık verilerek kullanılabilir
Servikal Mukus Yöntemi	Danışmanlık verilerek kullanılabilir ancak enfeksiyon dışlanmalıdır	Danışmanlık verilerek kullanılabilir ancak enfeksiyon dışlanmalıdır	Kullanılamaz çünkü infibulasyon nedeni ile servikal mukus örneği almak ve testi yapmak zordur	Danışmanlık verilerek kullanılabilir ancak enfeksiyon dışlanmalıdır
Laktasyon Amenoresi	Danışmanlık verilerek kullanılabilir	Danışmanlık verilerek kullanılabilir	Danışmanlık verilerek kullanılabilir	Danışmanlık verilerek kullanılabilir

Kadın Genital Mutilasyonu ve Gebelik

Jinekolojik ve obstetrik sorunları değerlendirmeye yarayan pelvik muayene pek çok kadında korku ve tedirginlik yaratır. KGM'liler de ise diğer kadınlara oranla genital sistem anatomisi bozulduğu için bimanuel muayene veya transvajinal görüntüleme yapılması zordur. Ayrıca vajinal darlık sebebiyle gebelik kolay gerçekleşmeyebilir. Pelvik muayenenin yapılamaması birçok riski beraberinde getirir.^{13,19}

Literatürde, genital mutilasyon olmuş bazı gebe kadınların; anne karnındaki bebeğin düşük kilolu olmasının doğum kanalından daha rahat ilerleyebileceği düşüncesiyle gebeliklerinde diyet yaptıkları da belirtilmektedir.⁷

KGM'li kadınlarda gebelik sırasında ortaya çıkan bazı fizyolojik değişiklikler nedeniyle komplikasyonlar daha fazla görülür. Gebelikte birlikte tüm genital organlarda kan akımı ve damarlaşma artar. Genital organ dokuları daha fazla enfeksiyona duyarlı hale gelir. Kanda östrojen ve progesteron seviyelerinin artışı düz kaslar üzerinde gevşetici etki yaratır ve bu da idrar yolu enfeksiyonu olasılığını artırır.¹³

KGM'de epitel dokudaki değişiklikler sonucunda epidermoid kistler gelişebilir. Gebelik sırasında artan damarlaşma nedeniyle kistin boyutunda artış görülür ve bu kistler portakal büyüklüğüne ulaşabilir. Gebelik sırasında kistin cerrahi yöntemle çıkarılması ciddi kanamalara neden olacağından geçerli bir yöntem değildir. Ameliyat sırasında klitoral arter ve üretra yaralanmalarını önlemek için kist eksize edilirken dikkatli olunmalıdır. Kist basit ve iyi huylu ise doğuma engel olmaz. Bu konuda sağlık profesyonelleri gebe ve ailesini bilgilendirmeli ve danışmanlık hizmeti sunmalıdır.¹³

Yara yeri enfeksiyonu gelişmiş ise skar dokusunun sertleşmesi ile keloid oluşur. Keloid ise ilk ilişki sırasında veya doğumda sorunlara yol açabilir. Gebelik sırasında çevre dokulardaki damarlaşmanın artmasına bağlı olarak perineal bölgeye cerrahi girişim

uygulanmamalıdır. Ayrıca toplum tarafından keloid dokunun eksizyonu için kullanılan geleneksel yöntemler kanama ve enfeksiyona neden olabilir. Sağlık profesyonelleri gelişebilecek riskler konusunda topluma danışmanlık hizmeti vermelidirler.¹³

Kadın Genital Mutilasyonu Doğum ve Doğum Sonu Dönem

KGM'li kadınlar doğum sırasında bir dizi komplikasyonla karşılaşır. KGM'nin daha şiddetli olduğu tiplerinde ciddi komplikasyonlar görülür. Dolayısıyla infibulasyonlu kadın, doğum eylemi sürecinde yüksek risk taşımaktadır.¹³ Bu da doğum korkusuna sebep olmaktadır.¹⁵ İnfibulasyonlu kadınlarda introitus darlık sebebiyle vajinal muayene zor veya mümkün olmadığından doğum eyleminin yönetimi de oldukça zordur.^{13,15,19} KGM'li kadınlarda normal vajinal doğum sırasında epizyotomi gerektiğinden doğumun sezaryenle gerçekleşmesi tercih edilir.¹⁵

Sezaryen doğum tercih edildiğinde ise dar introitus sebebiyle mesane kateterinin yerleştirilmesi zordur.^{13,15} Ayrıca sezaryen sonrası loşia vajinada birikebilir ve bu da enfeksiyona, puerperal sepsise neden olabilir.¹⁹

Normal vajinal doğumda ise rijit perine, uzamış ve ilerlemeyen eylemlere sebep olurken eylemin ikinci evresinde ise perineal yırtıklara, kanamaya, fistül oluşumuna, uterus rüptürüne, uterin prolapsuslara, fetal veya maternal ölümlere yol açabilir.^{13,19,20}

KGM'li kadınlarda doğum sonu kanama görülme olasılığı fazladır.¹⁵ Bu yüzden hemoglobin değerleri hastaneden taburcu olmadan önce kontrol edilmeli, anemi gelişmişse tedavi edilmelidir. Ayrıca kullanılan malzemelerin steril olmayışı, yara yerinin gaita veya idrarla temas etmesi doğum sonu enfeksiyona sebep olabilir.¹³ Ağır vajinal laserasyon gelişen olgularda hastanede kalış süresinde artış görülebilmektedir. Bu durum nazokomiyal enfeksiyon riskini arttırmaktadır.¹⁵ Ayrıca gebelikte diyet yapılmasına bağlı olarak

düşük doğum ağırlıklı bebek doğurma, yenidoğan bebeği canlandırılmak için daha çok resüsitasyon gereksinimi duyulması mutilasyonun doğuma ilişkin komplikasyonları arasında sayılır.⁷

Sonuç olarak; kadın genital mutilasyonu birçok toplumda geleneksel olarak uygulanan ve uluslararası toplumun gündeminde yer bulan önemli bir kadın sağlığı sorunudur. Ülkelere göre farklı uygulama tipleri ve prevalansları bulunan kadın genital mutilasyonu kadın yaşamını tehdit etmekte ve ciddi komplikasyonlara neden olmaktadır.

Bu doğrultuda önerilerimiz, kadın sağlığının yükseltilmesi ve toplum refahının artırılması açısından kadın genital mutilasyonu hakkında sağlık profesyonellerinin farkındalığın artırılması ve bilgi eksikliklerinin giderilmesidir.

Kaynaklar

1. World Health Organization. An update on WHO's work on female genital mutilation (FGM): Progress report 2011. Available from: http://whqlibdoc.who.int/hq/2011/WHO_RHR_11.18_eng.pdf?ua=1
2. Government HM. Multi-agency practice guidelines: female genital mutilation 2011. Available from: www.dhsspsni.gov.uk/fmg.pdf
3. UNICEF. Legislative reform to support the abandonment of female genital mutilation/cutting 2010. Available from: http://www.unicef.org/policyanalysis/files/UNICEF_LRI_Legislative_Reform_to_support_the_Abandonment_of_FGMC_August_2010.pdf
4. International day of zero tolerance to female genital mutilation. Available from: <http://www.un.org/en/events/femalegenitalmutilationday/background.shtml>
5. Female Genital Mutilation. A Students Manual. Integrating the prevention and management of the health complications into the curricula of nursing and midwifery ,Geneva, WHO 2001. p.1-104. Available from:

https://www.who.int/Gender/Other_Health/Studentsmanual/pdf

6. Yeni E. Kadında sirkumsizyon ve genital mutilasyon. *Androloji Bülteni* 2004;18: 261-264.
7. Aktaş S, Çalık KY. Kadın genital mutilasyonu. *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi* 2010; 19(1): 29-37.
8. Khaled MA, Cox C. Female genital mutilation. *Trauma* 2000; 2(2):161-167.
9. Lien IL, Schultz JH. Interpreting signs of female genital mutilation within a risky legal framework. *International Journal Of Law, Policy And The Family* 2014; ebu002.
10. Female Genital Mutilation/Cutting: A statistical overview and exploration of the dynamics of change. Available from: http://www.childinfo.org/files/FGCM_L_o_res.pdf
11. Alsibiani SA, Rouzi AA. Sexual function in women with female genital mutilation. *Fertility And Sterility* 2010;93(3):722-724.
12. Female genital mutilation (FGM) explained. Available from: <http://www.thepoliticaldomain.eu/fgm-female-genital-mutilation-explained/>
13. Rushwan H. Female genital mutilation FGM/ management during pregnancy, childbirth and the postpartum period. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2000;70:99-104.
14. World Health Organization. Library cataloguing-in-publication data. eliminating female genital mutilation: an interagency statement UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCHR, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO 2008. Available from: http://www.un.org/womenwatch/daw/csw/csw52/statements_missions/Interagency_Statement_on_Eliminating_FGM.pdf
15. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). Green-top guideline no. 53 Female genital mutilation and its management 2009. Available from: <https://www.rcog.org.uk/guidelines>

16. Perron L, Senikas V. Female genital cutting/mutilation. *J Obstet Gynaecol Can* 2012;34(2):197–200.
17. Yasin BA, Al-Tawil NG, Shabila NP, Al-Hadithi TS. Female genital mutilation among Iraqi Kurdish women: a cross-sectional study from Erbil city. *BMC Public Health* 2013;13(809):1-8, doi:10.1186/1471-2458-13-809
18. Salihu HM, August EM, Salemi JL, Weldeselasse H, Sarro YS, Alio AP. The association between female genital mutilation and intimate partner violence. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2012;119(13):1597-1605.
19. Rymer J. Female genital mutilation. *Current Obstetrics & Gynaecology*. 2003;13:185-190.
20. Reyners M. Health consequences of female genital mutilation. *Reviews in Gynaecological Practice* 2004;4:242–251.