

Cilt 18, Sayı: 4 Ekim 2025



ETKİLİ HEMŞİRELİK DERGİSİ

**JOURNAL OF NURSING
EFFECT
JNEF**

ISSN: 2980-3527

ETKİLİ HEMŞİRELİK DERGİSİ

Journal of Nursing Effect

Yayın Etiği

Hakemli çalışmalar bilimsel yöntemi somutlaştıran ve destekleyen çalışmalardır. Bu noktada sürecin bütün paydaşlarının (yazarlar, okuyucular ve araştırmacılar, yayıncı, hakemler ve editörler) etik ilkelere yönelik standartlara uyması önem taşımaktadır.

Etkili Hemşirelik Dergisi

Cilt/Volume: 18, **Sayı/Issue:** 4, 2025

Yayıncı: Dokuz Eylül Üniversitesi

Yayımlayan: Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Adres: Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Balçova, İzmir

E-Posta: seyda.seren@deu.edu.tr

Yayın Tarihi: 15 Ekim 2025

Dizinler/Indexes: ULAKBİM Türk Tıp Dizini, Türk Medline, Türkiye Atıf Dizini, EBSCO Host, DOAJ, Index Copernicus, SCOPUS

e-ISSN: 2980-3527

Etkili Hemşirelik Dergisi yılda 4 kez yayımlanır.

Derginin yayın dili Türkçe ve İngilizce'dir.

Makale gönderim adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/jnef>



Cetus Publishing Owners and Publishers
Asst. Prof. Ceyda Sancaklı Usta
Web Coordinator
Eren Özmeral

Publication and Project Coordinator/ Graphic Desing
MD Duygu Lafcı
Research & Development
MD Duygu Lafcı

Publisher Contact

Address: Balıkesir TEKNOKENT
Çağış Mah. Çağış B.M.Sk.
No:340/16 İç Kapı No:17 Bigadiç/
BALIKESİR,Türkiye
Phone: +90 532 605 56 85/+90 850 380 08 02
E-mail: info@cetuspub.com
Website : cetuspub.com
You can contact Cetus Publishing for
Editing and Proofreading services. Please
[click here](#) to contact Cetus Publishing.

DERGİ KURULLARI / JOURNAL BOARDS

Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Adına Sahibi

Prof. Dr. Şeyda SEREN İNTEPELER

Baş Editör / Editor in Chief

Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Dekanı

Prof. Dr. Şeyda SEREN İNTEPELER

Editör Yardımcıları / Assistant Editors

Prof. Dr. Neslihan GÜNÜŞEN

Prof. Dr. Burcu AKPINAR SÖYLEMEZ

Yabancı Dil Editörleri / Language Editors

Prof. Dr. Ayhan LASH, USA

Prof. Dr. Erika FROELICHER, USA

Prof. Dr. Susan BAINES, UK

Dr. Öğr. Üyesi Memnun SEVEN, USA

Dr. Maggie RAFFERTY, USA

Dr. Oya GÜMÜŞKAYA BRADLEY, Australia

Dr. Öğretim Üyesi Gülfer TUNALI, Türkiye

Yayın Kurulu Sekreteri / Editorial

Board Secretary

Doç. Dr. Aylin DURMAZ EDEER

Yayın Kurulu / Editorial Board

Prof. Dr. Özlem Uğur

Dokuz Eylül Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi,
Onkoloji Hemşireliği ABD, İzmir, Türkiye.

Prof. Dr. Gül ERTEM

Ege Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Kadın
Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği ABD, İzmir,
Türkiye.

Prof. Dr. Hatice YILDIRIM SARI

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri
Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
Hemşireliği ABD, İzmir, Türkiye.

Prof. Dr. Nurcan UYSAL

İstinye Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi,
Hemşirelik Programı, İstanbul, Türkiye.

Doç. Dr. Dilek BÜYÜKKAYA BESEN

Dokuz Eylül Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi,
İç Hastalıkları Hemşireliği ABD, İzmir, Türkiye

Doç. Dr. Sibel COŞKUN BADUR

Dokuz Eylül Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi,
Psikiyatri Hemşireliği ABD, Ankara, Türkiye.

Doç. Dr. Fahriye OFLAZ

Koç Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik
Programı, İstanbul, Türkiye.

Doç. Dr. Fahriye VATAN

Ege Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi,
Hemşirelikte Yönetim ABD, İzmir, Türkiye.

Doç. Dr. Yelda CANDAN DÖNMEZ

Ege Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Cerrahi
Hastalıklar Hemşireliği ABD, İzmir, Türkiye.

Dr. Öğr. Üyesi Burcu CENGİZ

Dokuz Eylül Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi,
Halk Sağlığı Hemşireliği ABD, İzmir, Türkiye.

Dr. Öğr. Üyesi Eda Ayten KANKAYA

Dokuz Eylül Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi,
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği ABD, İzmir,
Türkiye.

Dr. Öğr. Üyesi Emine Zahide ÖZDEMİR

Dokuz Eylül Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi,
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği ABD,
İzmir, Türkiye.

Dr. Öğr. Üyesi Hasan Fehmi DİRİK

Dokuz Eylül Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi,
Hemşirelik Yönetimi ABD, İzmir, Türkiye.

Doç. Dr. Hülya ÖZBERK

Dokuz Eylül Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi,
Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği ABD,
İzmir, Türkiye.

Doç. Dr. Nurten ALAN

Dokuz Eylül Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi,
Hemşirelik Esasları ABD, İzmir, Türkiye.

Arşiv Komitesi / Archive Committee

Prof. Dr. Burcu AKPINAR SÖYLEMEZ

Dokuz Eylül Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği ABD, İzmir, Türkiye.

Doç. Dr. Merve Aliye AKYOL

Dokuz Eylül Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği ABD, İzmir, Türkiye.

Dr. Öğr. Üyesi Burcu CENGİZ

Dokuz Eylül Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği ABD, İzmir, Türkiye.

Dr. Öğr. Üyesi İlkin YILMAZ

Dokuz Eylül Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Esasları ABD, İzmir, Türkiye.

Doç. Dr. Hülya ÖZBERK

Dokuz Eylül Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği ABD, İzmir, Türkiye.

İndeks Komitesi / Index Committee

Prof. Dr. Burcu AKPINAR SÖYLEMEZ

Dokuz Eylül Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği ABD, İzmir, Türkiye.

Prof. Dr. Yaprak SARIGÖL ORDİN

Dokuz Eylül Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği ABD, İzmir, Türkiye.

Prof. Dr. Gülçin ÖZALP GERÇEKER Dokuz Eylül Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği ABD, İzmir, Türkiye.

Doç. Dr. Havva ARSLAN YÜRÜMEZOĞLU

Dokuz Eylül Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Yönetimi ABD, İzmir, Türkiye.

İletişim Adresi / Institutional Contact Editör

E-Posta:seyda.seren@deu.edu.tr

Telefon:(0232) 412 47 50

Teknik İletişim / Technical Contact

E-Posta:burcu.akpinar@deu.edu.tr

Telefon:(0232) 412 47 83

DANIşMA KURULU / ADVISORY BOARD

Prof. Dr. Burcu AKPINAR SÖYLEMEZ, Dokuz Eylül Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İç Hastalıkları Hemşireliği ABD, İzmir, Türkiye.

Prof. Dr. Dilek ÖZDEN, Dokuz Eylül Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Hemşirelik Esasları ABD, İzmir, Türkiye.

Prof. Dr. Gülendamar KARADAĞ, Dokuz Eylül Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Halk Sağlığı Hemşireliği ABD, İzmir, Türkiye.

Prof. Dr. Hatice MERT, Dokuz Eylül Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İç Hastalıkları Hemşireliği ABD, İzmir, Türkiye.

Prof. Dr. İsmet EŞER, Ege Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Hemşirelik Esasları ABD, İzmir, Türkiye.

Prof. Dr. Mualla YILMAZ, Mersin Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği ABD, Mersin, Türkiye.

Prof. Dr. Nurcan UYSAL, İstinye Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Hemşirelik Programı, İstanbul, Türkiye.

Doç. Dr. Emine AKÇİN ŞENYUVA, İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Hemşirelikte Eğitim ABD, İstanbul, Türkiye.

Prof. Dr. Gülşah GÜROL ARSLAN, Dokuz Eylül Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Hemşirelik Esasları ABD, İzmir, Türkiye.

Doç. Dr. Hamdiye ARDA SÜRÜCÜ, Dicle Üniversitesi, Atatürk Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Hemşirelik ABD, Diyarbakır, Türkiye.

Doç. Dr. İlkey BOZ, Akdeniz Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği ABD, Antalya, Türkiye.

Doç. Dr. Kıvanç ÇEVİK KAYA, Manisa Celâl Bayar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Hemşirelik Esasları ABD, Manisa, Türkiye.

Doç. Dr. Sevgi NEHİR, Manisa Celâl Bayar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Psikiyatri Hemşireliği ABD, Manisa, Türkiye.

Prof. Dr. Yaprak SARIGÖL ORDİN, Dokuz Eylül Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği ABD, İzmir, Türkiye.

Doç. Dr. Yeter DURGUN OZAN, Dicle Üniversitesi, Atatürk Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Hemşirelik ABD, Diyarbakır, Türkiye.

Doç Dr. Yıldız DENAT, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Hemşirelik Esasları ABD, Aydın, Türkiye.

Dr. Öğr. Üyesi Elem KOCAÇAL, İzmir Demokrasi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Hemşirelik Esasları ABD, İzmir, Türkiye.

Dr. Öğr. Üyesi Berna Nilgün ÖZGÜRSOY URAN, İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İç Hastalıkları Hemşireliği ABD, İzmir, Türkiye.

Dr. Öğr. Üyesi Elif ULUDAĞ, Pamukkale Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Doğum Ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği ABD, Denizli, Türkiye.

Dr. Öğr. Üyesi Gönül BODUR, İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Hemşirelikte Eğitim ABD, İstanbul, Türkiye.

Dr. Öğr. Üyesi Hale SEZER, İzmir Bakırçay Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Hemşirelik Öğretimi ABD, İzmir, Türkiye.

Dr. Öğr. Üyesi Hatice ÖNER, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği ABD, İzmir, Türkiye.

Dr. Öğr. Üyesi Saliha HALLAÇ, Akdeniz Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Psikiyatri Hemşireliği ABD, Antalya, Türkiye.

Dr. Öğr. Üyesi Yasemin AYHAN ÖNCÜ, İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Hemşirelikte Yönetim ABD, İzmir, Türkiye.

Dr. Öğr. Üyesi Menevşe YILDIRIM, Fethiye Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Hemşirelik Yönetimi ABD, Muğla, Türkiye.

Doç. Dr. Nurten ALAN, Dokuz Eylül Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Hemşirelik Esasları ABD, İzmir, Türkiye.

Dr. Öğr. Üyesi Ayşe ARIKAN DÖNMEZ, Hacettepe Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İç Hastalıkları Hemşireliği ABD, Ankara, Türkiye.

Öğr. Gör. Dr. Fethiye Yelkin ALP, Dokuz Eylül Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Hemşirelik Esasları ABD, İzmir, Türkiye.

Aims and Scope

The owner of the Journal of Nursing Effect is the Dean of Dokuz Eylul University Nursing Faculty.

E-Journal of nursing Effect is covering research in all areas of nursing and health care.

It is expected that the articles sent to the journal for publication are related to nursing research, nursing education, nursing practices, nursing care, health protection and development, nursing management and all areas of nursing.

The aims of the Journal of nursing Effect are;

- To increase scientific research and publication literacy,
- To ensure the sharing of qualified and original research results in accordance with scientific norms and scientific ethics,
- To continue its publication life by developing and strengthening communication on the scientific platform.

In addition, the journal aims to improve health-related issues globally, protect and develop public health, and strengthen the nursing profession.

Open Access Policy

Journal of nursing Effect is an open access journal, which means that all content is freely accessible to the user or institution.

Users are permitted to read, download, copy, print, search or link the full text of the articles, or use them for any other lawful purpose, without prior permission from the publisher or author.

This is in line with the Budapest Open Access Initiative (BOAI).

(<https://budapestopenaccessinitiative.org/>)

Peer-Review Policy

Double-blind refereeing system is applied in the Journal and studies are sent to at least three referees unaware of each other.

In the process, neither of the authors and referees can have information about the others.

The descriptive information of the author(s) in the work is removed by the author and this information could be uploaded to the system by the cover page.

The time given to the referees for evaluation is 30 days.

Authors are given 4 weeks for minor and major referee suggestions.

If the responsible author of the article is informed about the technical correction and spelling rules three times, but the requested correction is not made, the article is removed from the evaluation process and this issue is conveyed to the author.

If there are two changes made in the referees determined for the article accepted for the publication process, the section editor becomes the referee to evaluate the relevant article without sending it to another referee for the third time.

For an article to be accepted for publication, it is sufficient to receive an “accept” answer from at least two referees.

If two of the three referees reject and one of the referees accepts a major or minor revision, the article is rejected.

If one referee decides to reject, 2 referees major, minor or accept, the article is sent back to the referees.

Instructions for Authors

Writing rules of the journal, announcements about the journal, publication policy, etc. It is available on our journal's page and is available at <https://dergipark.org.tr/tr/pub/jnef>

Amaç Kapsam

Etkili Hemşirelik Dergisi sahibi Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dekanıdır. Dergi hemşirelik bakımının tüm alanlarındaki araştırmaları kapsayan bir dergidir.

Dergiye yayınlanmak üzere gönderilen makalelerin hemşirelik araştırmaları, hemşirelik eğitimi, hemşirelik uygulamaları, hemşirelik bakımı, sağlığın korunması ve geliştirilmesi, hemşirelik yönetimi ve hemşireliğin tüm uzmanlık alanları ile ilgili olması beklenmektedir.

Etkili Hemşirelik Dergisi

- Bilimsel araştırma ve yayın okuryazarlığını arttırma,
- Bilimsel normlara ve bilim etiğine uygun, nitelikli ve özgün araştırma sonuçlarının paylaşılmasını sağlama,
- Bilimsel platformda iletişimi geliştirme ve güçlendirme amacı ile yayın hayatını sürdürmektedir.

Ayrıca, küresel anlamda sağlıkla ilgili konuların iyileştirilmesi, toplum sağlığın korunması ve geliştirilmesi ve hemşirelik mesleğinin güçlenmesini amaçlamaktadır.

Açık Erişim Politikası

Etkili Hemşirelik Dergisi tüm içeriği ücretsiz olarak kullanıcıya veya kurumuna ücretsiz olarak erişilebildiği anlamına gelen açık erişimli bir dergidir.

Kullanıcıların, yayıncıdan veya yazardan önceden izin almaksızın makalelerin tam metinlerini okumasına, indirmesine, kopyalamasına, yazdırmasına, aramasına veya bağlantı vermesine veya başka herhangi bir yasal amaç için kullanmasına izin verilmektedir.

Bu, Budapeşte Açık Erişim Girişimi'ne (BOAI) uygundur.

(<https://budapestopenaccessinitiative.org/>)

Hakem Değerlendirme Politikası

Etkili Hemşirelik Dergisinde çift kör hakemlik sistemi uygulanmakta olup çalışmalar birbirinden habersiz en az üç hakeme gönderilir.

Bu süreçte yazar ve hakemlerden hiçbirisi diğerleri ile ilgili bilgi sahibi olamaz. Yazar tarafından gönderilen çalışma dosyasındaki yazar(lar) ile ilgili tanımlayıcı bilgiler çıkarılıp yalnızca kapak sayfasında yer verilerek sisteme yüklenir.

Değerlendirme için hakemlere verilen süre 30 gündür. Minör ve majör hakem önerileri için yazarlara 4 hafta süre verilir.

Makalenin sorumlu yazarına teknik düzeltme ve yazım kuralları ile ilgili üç kere bilgi verildiği halde istenilen düzeltme yapılmazsa makalesi değerlendirme sürecinden çıkarılır ve bu konu yazara iletilir. Yayın sürecine kabul edilen makale için belirlenen hakemlerde iki kez değişiklik yapıldıysa bölüm editörü üçüncü kez başka bir hakeme göndermeden ilgili makaleyi değerlendirmek için hakem olur.

Bir makalenin yayına kabul edilmesi için en az iki (2) hakemden “kabul” cevabı alınması yeterlidir. Üç hakemden ikisi red biri kabul, majör ya da minör revizyon kararı verirse, makale red edilir. Bir hakem red, ikisi majör, minör ya da kabul kararı verirse, makale tekrar hakemlere gönderilir.

Yazarlar İçin Talimatlar

Derginin yazım kuralları, dergi ile ilgili duyurular, yayın politikası vb.

dergimizin sayfasında [t https://dergipark.org.tr/tr/pub/jnef](https://dergipark.org.tr/tr/pub/jnef) adresinde mevcuttur.

Etkili Hemşirelik Dergisi

Journal of Nursing Effect

Cilt / Volume: 18

İÇİNDEKİLER / CONTENTS

Sayı / Issue: 4

ARAŞTIRMA MAKALESİ

- 487-502 Akciğer Kanseri Olan Hastaların Yaşadıkları Semptomların Bakım Veren Yüküne Etkisi**
The Effect of Symptoms Experienced by Patients with Lung Cancer on Caregiver Burden
Alev Aktaş, Özlem Uğur
- 503-511 Adaptation of the Multiple Sclerosis Self-Management Scale to Turkish Society: Validity and Reliability Study**
Multiple sclerosis self-management scale's validity and reliability in Turkish society: a validity and reliability study
Nermin Eroğlu, Anıl Tosun
- 512-524 Hemodiyaliz Tedavisi Alan Bireylerde Hastalık Uyum Düzeyi ve Semptom Yönetimi**
Level of Disease Adaptation and Symptom Management in Individuals Taking Hemodialysis
Zarife Ekici, Merve Çayır Yılmaz
- 525-540 Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarının Spiritüel İyi Oluşlarının Yaşam Kalitesiyle İlişkisi**
The Relationship between Spiritual Well-being and Quality of Life in Chronic Obstructive Pulmonary Patients
Ilknur Kaba Dere, Güler Duru Aşiret
- 541-551 Tiroid Fonksiyon Bozukluğu Olan Bireylerin Kardiyovasküler Hastalık Risklerinin Değerlendirilmesi ve Risk Faktörleri Hakkındaki Bilgilerinin İncelenmesi**
Evaluation of Cardiovascular Disease Risks and Risk Factor Knowledge Levels of Individuals with Thyroid Dysfunction
Dilan Çiftçi Akan, Aynur Türezen
- 552-566 Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı için Uyarlanmış Hasta Bildirimine Dayalı Sonuç Ölçeği'nin Türkçe Geçerlilik ve Güvenirlilik Çalışması**
Turkish Validity and Reliability Study of the Modified Patient-Reported Outcome Scale for Chronic Obstructive Pulmonary Disease
Yasemin Sazak, Nermin Olgun
- 567-582 Fertilite Tedavisi Alan Kadınların Tedaviye Hazıroluşluk Durumları Ve Etkileyen Faktörler**
The Fertility Preparedness And Affecting Factor In Women That Undergoing Fertility Treatment
Cansu Demirdağ, Merlinda Aluş Tokat
- 583-592 Hemşirelik Öğrencilerinin Kişilik Özellikleri ile Yenilikçi Davranışları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi**
Investigation of the Relationship Between Personality Traits and Innovative Behaviors of Nursing Students
Ertuğrul Sarı, Fulya Batmaz, Fatma Aksoy Şirin, Hayva Öztürk
- 593-605 Gastrointestinal Sistem Kanseri Hastalarında Öz Yeterlilik İle Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki**
The Relationship Between Self-Efficacy and Quality of Life in Patients with Gastrointestinal System Cancer
Ezgi Karadağ, Yağmur Yaşa, Özlem Uğur
- 606-617 The Effect of Social Support Perception on Attitude Towards Early Diagnosis of Cervical Cancer in Orthopedically Disabled Women**
Orthopedically Disabled Women's Social Support Perception's Effect on Cervical Cancer Early Diagnosis Attitude
Sıdar Gül, Ayşegül Kılıçlı
- 618-633 Doğum Şeklinin Doğum Sonrası Fiziksel Yakınmalar ve Anksiyete Düzeyine Etkisinin Değerlendirilmesi**
Evaluation of the Effect of Mode of Delivery on Postpartum Physical Complaints and Anxiety Level
Zümrüt Bilgin, Tuğba Altunbaş
- 634-647 Kadınların Menstrual Döneme İlişkin Kültürel İnanış ve Uygulamalarının Belirlenmesi**
Determining Women's Cultural Beliefs and Practices Regarding Menstrual Period
Özge Şiir Dağlar, Eslem Altuntaş, Meltem Mecdi Kaydırak

ORIGINAL ARTICLE / ORJİNAL MAKALE

Akciğer Kanseri Olan Hastaların Yaşadıkları Semptomların Bakım Veren Yüküne Etkisi

The Effect of Symptoms Experienced by Patients with Lung Cancer on Caregiver Burden

 Alev Aktaş¹  Özlem Uğur²

¹ Uzm. Hem., Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç hastalıkları Hemşireliği Doktora Programı, İzmir, Türkiye.

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

Geliş: 27.02.2023, Kabul: 14.10.2025

Öz

Giriş: Akciğer kanserinde hastalığa ve semptomlarına bağlı hastaların duygusal durumu, fiziksel fonksiyonları ve yaşam kalitelerinde bozulmalar olmaktadır. Akciğer kanserli hastalar tedavi ve semptomların fazlalığı nedeniyle bakım veren bireylere ihtiyaç duymaktadırlar.

Amaç: Akciğer kanseri olan hastaların yaşadıkları semptomların bakım veren yüküne etkisinin incelenmesidir.

Yöntem: Kesitsel tipteki araştırma, Ocak-Ekim 2022 tarihleri arasında bir Üniversite Hastanesi Gündüz Tedavi Merkezi'nde tedavi alan akciğer kanserli hasta ve hasta yakınları ile yürütülmüştür. Verilerin toplanmasında Sosyodemografik Özellikler Formu, Karnofsky Performans Durum Ölçeği, Akciğer Kanseri Semptom Skalası, Nightingale Semptom Değerlendirme Ölçeği kullanılmıştır. Ortalama, standart sapma ve yüzdeleri alınan veriler pearson korelasyon analizi, bağımsız gruplarda t testi, Mann Whitney U testi ve Kruskal Wallis testleri kullanılarak analiz edilmiştir.

Bulgular: Çalışmada, hastaların performans puan ortalamalarının 77.02 ± 10.96 , akciğer kanseri semptom puan ortalamalarının 40.96 ± 13.96 , fiziksel semptom puan ortalamalarının 23.14 ± 11.68 , sosyal semptom puan ortalamalarının 9.21 ± 6.08 ve psikolojik semptom puan ortalamalarının 18.12 ± 8.66 olduğu tespit edilmiştir. Eğitim düzeyi ilköğretim olan bakımverenlerin bakım yükü yaşadıkları saptanmış, fakat diğer sosyodemografik değişkenler arasında ilişki bulunmamıştır.

Sonuç: Çalışmada akciğer kanseri hastalarının yaşadıkları semptom yüklerinin ve bakım veren yüklerinin düşük olduğu bulunmuştur. Onkoloji hemşirelerinin hastaların yaşadıkları semptomları tanılaması, hasta ve bakım veren bireylerin eğitim gereksinimlerini belirlemesi ve bu doğrultuda planlama yapması hasta yakınlarının semptom yüklerini belirlemeye yardımcı olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Akciğer kanseri, bakım veren yükü, kanser semptomları.

Sorumlu Yazar: Alev AKTAŞ, Uzm. Hem., Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç hastalıkları Hemşireliği Doktora Programı, İzmir, Türkiye. **Email:** alevaktas62@gmail.com , **Tel:** 0535 602 88 04

Nasıl Atıf Yapılır: Aktaş A, Uğur Ö. Akciğer Kanseri Olan Hastaların Yaşadıkları Semptomların Bakım Veren Yüküne Etkisi. Etkili Hemşirelik Dergisi. 2025;18(4): 487-502

Journal of Nursing Effect published by Cetus Publishing.



Journal of Nursing Effect 2025 Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License

Abstract

Background: In lung cancer, there are deteriorations in the emotional state, physical functions and quality of life of patients due to the disease and its symptoms. Patients with lung cancer need caregivers because of the excess of treatment and symptoms.

Objectives: To investigate the effects of symptoms experienced by patients with lung cancer on caregiver burden.

Method: Sectional Type Research was conducted with lung cancer patients and patients who were treated at a University Hospital Day Treatment Center between January-October 2022. Socio-demographic features form, carnosky performance status scale, lung cancer symptom scale, Nightingale symptom evaluation scale were used in the collection of data. Average, standard deviations and percentage data were analyzed by pearson correlation, T test in independent groups, Mann Whitney U test and Kruskal Wallis tests.

Results: In the study, it was determined that the patients' mean performance score was 77.02 ± 10.96 , their lung cancer symptom mean score was 40.96 ± 13.96 , their physical symptom mean score was 23.14 ± 11.68 , their social symptom mean score was 9.21 ± 6.08 , and their psychological symptom mean score was 18.12 ± 8.66 . It was determined that caregivers with primary education level experienced care burden, but no relationship was found between other sociodemographic variables.

Conclusion: The study found that the symptom burden and caregiver burden experienced by lung cancer patients were low. Oncology nurses' diagnosis of the symptoms experienced by patients, determining the educational needs of patients and caregivers and planning accordingly will help determine the symptom burden of patient relatives.

Keywords: Lung cancer, caregiver burden, cancer symptoms

GİRİŞ

Akciğer kanseri hücrelerin mutasyona uğraması ile ortaya çıkan, insan sağlığını ve hayatını tehdit eden ciddi bir hastalıktır (Hu, Peng, Su, ve Huang, 2018; American Lung Association). Dünya Sağlık Örgütü 2022 yılında dünya çapında kanser nedeniyle 9.7 milyon ölümün gerçekleştiğini ve bu ölümlerin ilk sırasını 1.8 milyon ile akciğer kanseri hastalarının oluşturduğunu belirtmiştir. (World Health Organization, 2022; International Agency for Research on Cancer, 2022).

Akciğer kanserinde hem hastalığa hem de semptomlarına bağlı hastaların duygusal durumu, fiziksel fonksiyonları ve yaşam kalitelerinde bozulmalar olmaktadır. Hastalar destekleyici ve palyatif bakımın yanı sıra cerrahi müdahale, kemoterapi ve radyoterapi gibi bir dizi invaziv veya kemoterapötiklere

bağlı gelişen toksisitelere karşı mücadele etmek durumunda kalabilmektedirler. Akciğer kanseri diğer kanser türlerine göre daha fazla semptom sıkıntısına neden olmaktadır (Sung vd., 2017). Kanser semptom sıkıntısının değerlendirildiği çalışmalarda akciğer kanserli hastaların diğer kanser türlerine sahip hastalara göre daha fazla semptom yükü ve daha fazla psikolojik sıkıntı yaşadıkları bildirilmiştir (Graves vd., 2007; Morrison vd., 2017).

Akciğer kanserinde en çok görülen semptomlar öksürük, hemoptizi, dispne, göğüs ağrısı ve yorgunluk iken, metastatik akciğer kanseri hastalarında bu semptomlara baş ağrısı, baş dönmesi ve kusma eşlik edebilmektedir. Ayrıca akciğer kanseri hastaları tedavi sürecine yönelik anksiyete, depresyon ve ölüm korkusu yaşayabilmektedirler (Iyer, Taylor-Stokes, ve Roughley, 2013; Seo ve Park, 2019; Sung

vd., 2017). Iyer vd. (2013)'nin Fransa ve Almanya'da ileri evre küçük hücreli dışı akciğer kanserli hastalarda semptom yükünün yaşam kalitesi üzerine etkisini değerlendirdikleri bir çalışmada hastaların en sık yorgunluk (%98), iştahsızlık (%98), dispne (%94), öksürük (%93), ağrı (%90) ve hemoptizi (%70) gibi semptomları bildirdikleri tespit edilmiştir (Iyer vd., 2013). Graves vd. (2007) yaptığı bir çalışmada hastaların %61.6'sının sıkıntı yaşadıklarını ve bu sıkıntıyı en çok depresyon, anksiyete, ağrı ve yorgunluk semptomlarının neden olduğunu bildirmiştir. Sung vd. (2017) ileri evre akciğer kanserli hastalar ile yaptığı bir çalışmada, örnekleme oluşturan hastaların üçte birinin akciğer semptomlarına bağlı günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede sıkıntı yaşadıklarını, %20 oranında anksiyete yaşadıklarını bildirmiştir.

Kanser hastaları tedavi ve semptomların fazlalığı nedeniyle bakım veren bireylere ihtiyaç duymaktadırlar (Nipp vd., 2017; Choi, Bae, Kim, ve Tae, 2016). Kanser tanısı sadece hastalar üzerinde değil aileler üzerinde de büyük etkiye sahiptir (McKeague ve Maguire, 2021). Kanser, hastanın ve sevdiklerinin hayatını değiştirerek hem fiziksel hem de psikolojik acılara ve olumsuz sosyal ve ruhsal deneyimlere neden olur. (Lewandowska, Rudzki, Lewandowski, ve Rudzki, 2020). Bakım veren bireylerin bakım verme sonucunda hissettikleri sıkıntılar bakım veren yükü olarak tanımlanmaktadır (Grant vd., 2013). Hastalık sürecinde bakım veren bireylerin yaşadıkları yükler fiziksel, zihinsel, sosyal ve ekonomik yükler olarak değişebilmekle beraber bakım verenin yükü hastanın, bakım verenin ve bakım ortamının özelliklerine göre de değişebilmektedir (Grant vd., 2013; Seo ve Park, 2019). Bakım veren bireyler günlük yaşam aktivitelerine yardımcı olmak, randevuların planlanması, destek sağlama, tedavilerin takibi,

semptom yönetimi, duygusal destek, mali destek sunma gibi birçok unsorda sorumluluk almak durumunda kalırlar (Hu vd., 2018; Rha, Park, Song, Lee, ve Lee, 2015). Bakım verenler kanser tanısı alan yakınları için kendi ihtiyaçlarını ihmal etme eğiliminde olduklarından hem fiziksel hem de duygusal birçok yük yaşayabilmektedirler (Borges vd., 2017). Akciğer kanseri hastaları daha yüksek düzeyde fiziksel semptomlar ve emosyonel sıkıntılar yaşadıklarından akciğer kanseri olan hastalara bakım veren bireylerin daha fazla yük yaşadıkları belirtilmiştir (Grant vd., 2013).

Literatürde pek çok çalışma kanser hastalarına bakım veren bireylerin bakım yüklerine odaklanmıştır (Ge, 2017; Johansen, 2018; Park ve Look, 2019). Akciğer kanseri olan hastalara bakım veren bireylere yönelik bakım veren yükünün değerlendirildiği çalışmalar yapılmıştır (Borges vd., 2017; Hu vd., 2018; Lee vd., 2018; Seo ve Park, 2019) fakat akciğer kanseri hastalarının yaşadığı semptomların bakım veren yükü üzerine etkisini inceleyen çalışmalar bulunmamaktadır. Bu çalışma ile akciğer kanseri olan hastaların yaşadıkları semptomların bakım veren yüküne etkisinin incelenmesi amaçlanmaktadır.

Araştırma Soruları

Akciğer kanseri olan hastaların yaşadıkları semptomlar nelerdir?

Akciğer kanseri olan hastaların yaşadıkları semptomlarla bakım veren yükü arasında ilişki var mıdır?

Akciğer kanseri olan hastaların yaşadıkları semptomların bakım veren yüküne etkisi var mıdır?

YÖNTEM

Araştırmanın Tipi

Bu araştırma akciğer kanserli hastaların yaşadıkları semptomların bakım veren yüküne etkisinin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel tipte bir araştırma olarak gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın Yapıldığı Yer

Çalışma Ocak-Ekim 2022 tarihlerinde bir Üniversitesi Hastanesi gündüz tedavi merkezinde tedavi alan akciğer kanserli hasta ve hasta yakınları ile yürütülmüştür.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Gündüz tedavi merkezine 2020-2021 yılları arasında başvuran akciğer kanserli hasta sayıları ile ilgili net veri bulunamamaktadır. Bu nedenle çalışmanın örneklem büyüklüğü G-Power programı ile hesaplanmıştır. %80 güç, orta etki büyüklüğü ve 0.5 anlamlılık düzeyi baz alınarak 114 hasta ve bakım verenin çalışmaya alınmasına karar verilmiştir.

Örnekleme Dahil Edilme ve Dışlama Kriterleri

Hastaların Dahil Edilme Kriterleri

Akciğer kanseri tanısının olması

Tanısını bilme

Ayaktan tedavi alıyor olmak

En az ikinci kür keoterapi alıyor olmak

Etkin iletişim kurabilmek

Çalışmaya katılmayı kabul etme (Seo ve Park, 2019; Wood, Taylor-Stokes, Smith, ve Chaib, 2019).

Hastaların Dışlama Kriterleri

Karnofsky performans durumunun <30 olması

Başka kronik hastalık varlığı

Bakım Verenlerin Dahil Edilme Kriterleri

18 yaş üstü olma

Primer bakım veren olma

Etkin iletişim kurabilmek

Çalışmaya katılmayı kabul etme (Seo ve Park, 2019; Wood vd., 2019).

Bakım Verenlerin Dışlama Kriterleri

Hastaya dönüşümlü bakım veriyor olmak (Yıldız, Dedeli, ve Pakyüz, 2016)

Kronik hastalık varlığı.

Çalışma Materyali

Araştırmada veri toplama anketleri dışında materyal kullanılmamıştır.

Veri Toplama Araçları- Geçerlilik ve Güvenirlik Bilgisi

Çalışma verilerinin toplanmasında ‘’ Hasta ve Bakım Veren Bireye Ait Sosyo-Demografik Özellikler Formu, Karnofsky Performans Durum Ölçeği, Akciğer Kanseri Semptom Skalası, Nightingale Semptom Değerlendirme Ölçeği ve Bakım Veren Yüğü Ölçeği’’ kullanılmıştır.

Sosyo-Demografik Özellikler Formu

Çalışmaya dahil edilecek hasta ve bakım verenlerin sosyo-demografik özelliklerini içeren formdur. Literatür desteği ile araştırmacı tarafından oluşturulmuştur (Mosher, Ott, Hanna, Jalal, ve Champion, 2014; Seo ve Park, 2019; Wood vd., 2019). Form hastaya yönelik olarak yaş, cinsiyet, medeni durumu, eğitim durumu, tanı/türü, sigara kullanma durumu, alınan tedavi türleri, kür sayıları ve performans skorunu; bakım verene yönelik olarak yaş, cinsiyet, medeni durumu, eğitim durumu, hastaya yakınlık derecesi, günlük bakım verme süresi, çalışma durumu, sağlık güvencesi ve aylık gelir sorularını içermektedir.

Karnofsky Performans Durum Ölçeği

Kanser hastalarının performanslarını değerlendirmek amacıyla Karnofsky ve ark. tarafından 1948 yılında geliştirilmiştir. Ölçekte “0-100” arasında puanlama yapılmaktadır ve yüksek puan yüksek fonksiyonel kapasiteyi ifade etmektedir. Ölçekte değerlendirme puanlarına göre hastalar üç gruba ayrılmaktadır; A grubu (%100-%80) günlük aktiviteleri bağımsız olarak gerçekleştirebilirken, B grubu (70%–%50) birinin yardımı ile günlük aktivitelerini gerçekleştirebilir, C grubu ise (<%40) sürekli yardıma ihtiyaç duymaktadır ve ölüme aşamalı olarak yaklaşmaktadır. Ölçekte 100 puan-normal yakınması yok, semptom yok; 90 puan-normal aktivitesini sürdürebilir, hastalığın birkaç semptom veya bulgusu olabilir; 80 puan- bazı zorluklarla beraber normal aktivitesini sürdürür, hastalığın minör bulgu ve belirtisi var; 70 puan-kendine bakabilir, normal aktivite ve işini yapamaz; 60 puan-gereksinimlerini karşılayabilir, nadir yardım gerekir biraz yardıma ihtiyaç duyar; 50 puan- sıkça yardım ve tıbbi bakım gerekir; 40 puan- özel bakım ve yardım gerekir; 30 puan-hastane bakımı gerektirecek derecede sakat fakat ölüm riski yoktur; 20 puan- çok hasta, hastanede aktif destek tedavisi gereksinimi vardır; 10 puan- ölmek üzere; 0 puan- ölüm şeklinde değerlendirme yapılmaktadır. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirliği 2019 yılında Yıldız Çeltek vd. tarafından palyatif bakım hizmeti alan kanser hastalarında yapılmıştır. Ölçek Cronbach’s alpha değeri 0.720 olarak bulunmuştur (Blagden, Charman, Sharples, Magee, ve Gilligan, 2003; Karnofsky, Abelmann, Craver, ve Burchenal, 1948; Yıldız Çeltek, Süren, Demir, ve Okan, 2019).

Akciğer Kanseri Semptom Skalası (AKSS)

Akciğer Kanseri Semptom Skalası, yaşam kalitesinin fiziksel ve fonksiyonel boyutlarına odaklanarak başlıca akciğer kanseri semptomlarını

ve bunların aktivite düzeyi üzerindeki etkilerini ölçmek amacıyla Patricia Hollen ve arkadaşları tarafından 1994 yılında geliştirilmiştir (Hollen vd., 1994). Türkiye de geçerlik ve güvenirliği Korkmaz (2007) tarafından yapılan ölçekte toplam 9 madde yer almakta ve ölçekten elde edilen toplam puanın düşük olması semptom yoğunluğunun azlığını, yaşam kalitesinin ise yüksekliğini ifade etmektedir. Ölçek cronbach- α katsayısı 0.75 olarak tespit edilmiştir (Korkmaz, 2007). Ölçekten toplam 90 puan alınmaktadır. Çalışmalarda genellikle yaygın görülen semptomlar veya semptomlardan alınan madde puanları değerlendirilerek, total puan elde edilmektedir (Whisenant vd., 2020; Gelhorn vd., 2018; Ammar vd., 2017). Çalışmamızda AKSS ölçeğinin toplam puanı ile bakım yükü arasındaki ilişkiye değerlendirmek için ise AKSS ölçeğinde bir kesme noktası belirlenmiştir. Bu kesme noktasıda 45 puan olarak belirlenmiştir. 45 ve üzeri puan, hastalardaki semptom yükünün fazla olduğunu göstermektedir.

Nightingale Semptom Değerlendirme Ölçeği (N-SDÖ)

Can ve Aydın (2011) tarafından kanser hastaları için geliştirilmiş bir yaşam kalitesi ölçeğidir. Toplamda 38 madde olan ölçek 3 alt boyuttan oluşmaktadır. Fiziksel iyilik hali (1-4, 6-15, 23-27, ve 37), sosyal iyilik hali (5, 16-22), psikolojik iyilik hali (28-36, 38) alt boyutları olarak gruplandırılmaktadır. Likert tipi olan ölçekte hastanın her bir maddeye verdiği cevap hayır (0), çok az (1), biraz (2), oldukça (3) ve çok fazla (4) olarak puanlanmaktadır. Her alt boyutta yer alan toplam madde puanlarının alt boyut madde sayısına bölünmesi ile alt boyut toplam puanı elde edilmekte; üç alt boyutun toplam puanlarının toplanması ve üçe bölünmesi ile de ölçeğin toplam puanı hesaplanmaktadır. Ölçek puanının yüksek olması hastaların hastalığa ve

tedaviye bağlı oluşan sorunlardan etkilenme düzeylerinin yüksek olduğunu ifade etmektedir. Ölçeğin cronbach- α değeri 0.93 olarak bulunmuştur (Can ve Aydiner, 2011).

Bakım Verme Yükü Ölçeği

Bakım verenlerin yaşadıkları güçlükleri belirlemek amacıyla Zarit, Reeve ve Bach-Peterson tarafından 1980 yılında geliştirilmiştir. Bakım ihtiyacı olan bireye veya yaşlı bireylere bakım verenlerin yaşadığı stresi değerlendirmek amacıyla kullanılmaktadır. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirliğini İnci ve ark. 2006 yılında yapmıştır. 22 maddeden oluşan ölçekte bakım veren/hasta ilişkisi, bakım verenin sağlık durumu, psikolojik sağlığı, sosyal yaşamı ve ekonomik yükü değerlendirilmektedir. Ölçekte her bir madde 0'dan 4'e kadar (Hiçbir zaman -Nadiren-Bazen-Oldukça sık-Hemen her zaman) likert tipte puanlama yapılarak belirlenmektedir. Ölçekte alt boyut puanlaması olmamakla birlikte yalnızca toplam puan değerlendirilmektedir. Ölçekten en düşük "0" puan, en yüksek "88" puan alınabilmekte ve yüksek puan yüksek bakım veren yükünü ifade etmektedir. Geçerlik ve güvenirliği yapılan ölçeğin Cronbach- α değeri 0.95 olarak bulunmuştur (Çeler, Özyurt, ve Özcan, 2018; İnci ve Erdem, 2008; Zarit, Reeve, ve Bach-Peterson, 1980).

Verilerin Değerlendirilmesi

Kesitsel tipteki çalışmanın verileri bilgisayar ortamında Statistical Package for Social Science (SPSS) version 24 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin tanımlayıcı istatistikleri alınmış, sayıları, yüzdeleri, ortalama ve standart sapmaları verilmiştir. Bakım Verme Yükü Ölçeği toplam puanı ile hastanın ve bakım veren bireyin sosyo-demografik özellikleri, Karnofsky Performans skoru, Akciğer Kanseri Semptom Skalası toplam puanı ve Nightingale

Semptom Değerlendirme Ölçeği toplam puanı arasındaki ilişki pearson korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir. Çalışmada gruplar arasında farkın kaynaklandığı değişkenleri tespit etmek için bağımsız gruplarda t testi, Mann Whitney U testi ve varyans analizi yapılmıştır.

Araştırmanın Etik Boyutu

Çalışmanın yürütülebilmesi için bir üniversitenin Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (Dosya no: 6808-GOA, Karar no: 2021/38-25, Tarih: 22.12.2021) etik izin alınmış olup, Helsinki Bildirgesi kriterleri göz önünde bulundurulmuştur. Ölçek sahiplerinden, ölçek geçerlilik ve güvenirlik çalışmalarını yapan araştırmacılardan ölçek kullanım izinleri alınmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul eden gönüllü bireylere çalışmanın amacı konusunda bilgi verilerek yazılı onamları alınmıştır. Yayın sürecinde makalenin araştırma ve yayın etiğine uyulmuştur.

BULGULAR

Bu çalışmanın bulguları hasta ve bakım veren bireylere ait tanımlayıcı özellikler, hasta ve bakım veren bireylerin tanımlayıcı özelliklerinin bakım veren yüküne etkisi, akciğer kanseri semptom puanları ile N-SDÖ alt boyut puanlarının bakım veren yüküne etkisinin değerlendirildiği başlıklar altında toplanmıştır.

Çalışmaya alınan hastaların yaş ortalamalarının 65.85 ± 8.82 olduğu, %76.3'ünün erkek, %83.3'ünün evli, %62.3'ünün ilköğretim mezunu, %82.5'inin sigara kullanmayı bıraktığı, %51.8'nin yalnızca kemoterapi aldığı, kemoterapi kür sayısı ortalamalarının 5.91 ± 5.18 , karnofsky performan puan ortalamalarının 77.02 ± 10.96 olduğu ve hastaların %64'ünün AKSS'dan 1-45 arası puan aldığı tespit edilmiştir (Tablo 1).

Çalışmaya alınan bakım verenlerin yaş

Tablo 1. Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri

Özellikler	n=114	%
	<u>Min-Max</u>	<u>M ± SD</u>
Yaş	45-92	65.85±8.82
Cinsiyet		
Kadın	27	23.7
Erkek	87	76.3
Medeni Durum		
Bekar	19	16.7
Evli	95	83.3
Eğitim Durumu		
İlköğretim	75	65.8
Lise	14	12.3
Lisans/Lisansüstü	25	21.9
Sigara kullanma Durumu		
Kullanıyor	14	12.3
Kullanmayı bıraktı	94	82.5
Hiç kullanmadı	16	5.3
Aldığı Tedavi Türleri		
Kemoterapi	59	51.8
Kemoterapi + Radyoterapi	39	34.2
Cerrahi + Kemoterapi	6	5.3
Cerrahi + Kemoterapi + Radyoterapi	10	8.8
Kemoterapi Kür Sayısı	<u>Min-Max</u>	<u>M ± SD</u>
	2-33	5.91±5.18
Karnofsky Performans Puanı	<u>Min-Max</u>	<u>M ± SD</u>
	40-90	77.02±10.96
AKSS Puanı		
1-45 puan	73	64
46-90 puan	41	36

M: mean, SD: standard deviation

Tablo 2. Bakım Veren Bireylerin Tanımlayıcı Özellikleri (n:114)

	n=114	%
	Min-Max	<u>M ± SD</u>
Yaş	19-71	51.48±12.72
Cinsiyet		
Kadın	82	71.9
Erkek	32	28.1
Medeni Durum		
Bekar	20	17.5
Evli	94	82.5
Eğitim Durumu		
İlköğretim	49	43.0
Lise	30	26.3
Lisans/Lisansüstü	35	30.7
Hastaya Yakınlık Durumu		
Eş	60	52.6
Anne/Baba	44	38.6
Kızı/Oğlu	1	0.9
Diğer*	9	7.9
Günlük Ortalama Bakım Verme Süresi		
≤ 4 saat	14	12.3
≤ 5-9 saat	9	7.9
≤ 10-19 saat	75	65.8
≥ 20 saat		
Çalışma Durumu		
Tam zamanlı çalışıyor	24	21.1
Yarı zamanlı çalışıyor	5	4.4
Çalışmıyor	85	76.4
Sağlık Güvencesi		
Var	105	92.1
Yok	9	7.9
Aylık Gelir		
Gelir giderden az	64	56.1
Gelir gidere eşit	41	36.0
Gelir giderden fazla	9	7.9

* Kardeş, Torun, Yeğen / M: mean, SD: standard deviation

Tablo 3. Akciğer Kanseri Semptom Skalası ve N-SDÖ Alt Boyut Puanları ile Bakım Veren Yükü Ölçeği Arasındaki İlişki

Bakım Veren Yükü Ölçeği			
	M ±SD	Test	p
Karnofsky Performans Puanı	77.02±10.96	r=.068	.472
AKSS Toplam Puanı	40.96±13.96	r=.127	.177
N-SDÖ Fiziksel Semptomlar	23.14±11.68	r=.007	.942
N-SDÖ Sosyal Semptomlar	9.21±6.08	r=-.043	.647
N-SDÖ Psikolojik Semptomlar	18.12±8.66	r=.177	.059

Kısaltmalar: M: mean, SD: standard deviation, r değeri: pearson korelasyon katsayısı, *: p<0.05, **: p≤0.01.

ortalamalarının 51.48±12.72, %71.9'unun %92.1'inin sağlık sigortalarının olduğu ve kadın, %82.5'inin evli, %43.0'ı ilköğretim %56.1'inin gelirlerinin giderlerden az olduğu mezunu, %52.6'nın hasta eşi, %65.8'inin ≥ 20 tespit edilmiştir (Tablo 2).

saat bakım verdiği, %76.4'ünün çalışmadığı, Çalışmamızda hastaların karnofsky performans

Tablo 4. Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerinin Bakım Veren Yüküne Etkisi (n: 114)

Bakım Veren Yükü Ölçeği			
	M ±SD	Test	p
Cinsiyet			
Kadın	28.85±14.11	U= 1052	.414
Erkek	30.96±14.76		
Medeni Durum			
Bekâr	32.47±15.41	U=828	.571
Evli	30.06±14.45		
Eğitim durumu			
İlköğretim	32.91±14.96	X ² KW: 11.421	.003*
Lise	18.71±10.83		
Lisans/Lisanüstü	29.72±12.13		
Sigara Kullanma Durumu			
Kullanıyor	32.71±15.20	X ² KW: 0.441	.802
Kullanmayı bıraktı	30.17±14.55		
Hiç kullanmadı	29.83±15.65		
Aldığı Tedavi Türleri			
Kemoterapi	30.20±12.49	X ² KW: 0.649	.885
Kemoterapi + Radyoterapi	31.43±17.51		
Cerrahi + Kemoterapi	32.50±15.39		
Cerrahi + Kemoterapi + Radyoterapi	27.00±14.65		
AKSS Puanı			
1-45 puan	28.48±13.35	t= -1.965	.052
46-90 puan	34.00±16.09		

Kısaltmalar: M: mean, SD: standard deviation, U: Mann-Whitney U Testi, KW: Kuruskal Wallis Testi, t değeri: bağımsız gruplarda t testi, F değeri: tek yönlü ANOVA testi, *: p<0.05, **: p≤0.01.

puan ortalamalarının 77.02 ± 10.96 , Akciğer Kanseri Semptom Skalası toplam puan ortalamasının 40.96 ± 13.96 , N-SDÖ Fiziksel Semptomlar puan ortalamasının 23.14 ± 11.68 , N-SDÖ Sosyal Semptomlar puan ortalamasının 9.21 ± 6.08 ve N-SDÖ Psikolojik Semptomlar puan ortalamasının 18.12 ± 8.66 olduğu tespit edilmiştir. Hastaların KPS, akciğer kanseri

semptom skalası toplam puanları ve N-SDÖ alt boyut puanları ile bakım veren yükü ölçeği arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (Tablo 3).

Çalışmada hastaların yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, sigara kullanma durumu, aldığı tedavi türleri, kemoterapi kür sayısı ve AKSS kesme puanları ile bakım veren yükü arasında ilişki bulunamamıştır. Hastaların eğitim durumunun

Tablo 5. Bakım Veren Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerinin Bakım Veren Yüküne Etkisi (n: 114)

	Bakım Veren Yükü Ölçeği		
	M $\pm$ SD	Test	p
Cinsiyet			
Kadın	31.70 $\pm$ 14.43	t=1.464	.146
Erkek	27.28 $\pm$ 14.69		
Medeni Durum			
Bekâr	26.50 $\pm$ 12.65	U=828	.571
Evli	31.30 $\pm$ 14.88		
Eğitim durumu			
İlköğretim	32.90 $\pm$ 16.49	F: 1.625	.202
Lise	30.40 $\pm$ 13.55		
Lisans/Lisansüstü	27.11 $\pm$ 12.07		
Hastaya yakınlık durumu			
Eş	32.33 $\pm$ 15.13	X ² KW:3.342	.342
Anne/baba	27.43 $\pm$ 13.44		
Kızı/oğlu	25.00 $\pm$ 0.0		
Diğer (Kardeş, Torun, Yeğen vb.)	33.44 $\pm$ 15.77		
Günlük Ortalama Bakım Verme Süresi			
≤ 4 saat	13.56 $\pm$ 11.26	X ² KW:6.332	.097
$\leq 5-9$ saat	28.07 $\pm$ 14.56		
$\leq 10-19$ saat	36.00 $\pm$ 13.62		
≥ 20 saat	31.72 $\pm$ 14.99		
Çalışma Durumu			
Tam zamanlı çalışıyor	28.08 $\pm$ 13.24	X ² KW:1.413	.493
Yarı zamanlı çalışıyor	28.40 $\pm$ 21.72		
Çalışmıyor	31.25 $\pm$ 14.59		
Sağlık Güvencesi			
Var	31.09 $\pm$ 14.84	t=2.137	.055
Yok	24.50 $\pm$ 7.70		
Aylık Gelir			
Gelir giderden az	33.10 $\pm$ 15.50	X ² KW:4.158	.125
Gelir gidere eşit	27.90 $\pm$ 12.68		
Gelir giderden fazla	23.33 $\pm$ 12.57		

Kısaltmalar: M: mean, SD: standard deviation, U: Mann-Whitney U Testi, KW: Kuruskal Wallis Testi, t değeri: bağımsız gruplarda t testi, F değeri: tek yönlü ANOVA testi, *: $p < 0.05$, **: $p \leq 0.01$.

bakım veren yükü üzerinde etkili olduğu saptanmıştır. Eğitim düzeyi ilköğretim olan bakım verenlerin daha fazla bakım veren yükü yaşadıkları tespit belirlenmiştir (Tablo 4).

Çalışmamızda bakım veren bireylerin cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, hastaya yakınlık durumu, günlük ortalama bakım verme süresi, çalışma durumu, sağlık güvencesi ve aylık gelirleri düzeyinin bakım veren yükü arasında anlamlı bir etkisinin olmadığı saptanmıştır (Tablo 5).

TARTIŞMA

Bu çalışma ile akciğer kanseri olan hastaların yaşadıkları semptomların bakım veren yüküne etkisi incelenmiştir.

Literatür incelendiğinde akciğer kanserli bireylerin çoğunluğunun erkek cinsiyette, yaş ortalamalarının yüksek, büyük çoğunluğunun sigara öyküsünün olduğu ve çoğunluğunun evli olduğu tespit edilmiştir (Seo ve Park, 2019; Wood vd., 2019; Lee vd., 2013). Bu boyutta bulgularımız literatürle benzedir.

Çalışmamızda bakım veren bireylerin yaş ortalamalarının 51.48 ± 12.72 , %71.9'unun kadın, %82.5'inin evli, %39.5'inin ilköğretim mezunu, %52.6'nın hasta eşi, %65.8'inin ≥ 20 saat bakım verdiği, %76.4'ünün çalışmadığı, %92.1'inin sağlık sigortalarının olduğu ve %56.1'inin gelirlerinin giderlerden az olduğu tespit edilmiştir (Tablo 2). Literatür incelendiğinde bakım veren bireylerin çoğunluğunun kadın ve eş bakım veren olduğu, yaş ortalamalarının yüksek, gelir durumlarının gidere eşit olduğu veya giderden az olduğu belirtilmiştir (Fujinami vd., 2014; Wood vd., 2019; Lee vd., 2013). Park ve Look (2019), diğer hastalara göre kanser hastalarının daha yüksek düzeyde ekonomik yük yaşadıklarını ve kanser tanıları arasında en yüksek ekonomik yükün akciğer kanseri hastalarına ait olduğunu bildirmiştir. Yapılan

bir çalışmada kanser hastalarının primer bakım verenlerinin genellikle eşleri, yakın akrabaları veya arkadaşları olduğu bildirilmiştir (Tan, Molassiotis, Lloyd-Williams, ve Yorke, 2017). Seo ve Park (2019)'ın yaptıkları çalışmada bakım verenlerin %75.7'sinin kadın bakım veren, %62.6'sının eş bakım veren, bakım verenlerinin yaş ortalamalarının 60.25 ± 11.43 olduğu ve %53.3'ünün ≥ 20 saatten uzun süre bakım verdiği bildirilmiştir. Unsar, Erol, ve Özdemir (2020)'in kanserli hastalara bakım veren bireylerin bakım yükünü değerlendirdikleri bir çalışmada, bakım verenlerin çoğunluğunun kadın olduğu ve yarısının hastanın eşi olduğu belirtilmiştir. Aynı çalışmada bakım yükünün hastanın işlevsel durumu ve günlük bakım verme süresi ile yakından ilişkili olduğu ve bakım verenlerin kanserli hastalara göre daha fazla anksiyete ve depresyon yaşadıkları bildirilmiştir (Unsar vd., 2020). Çalışmamızda günlük ortalama bakım verme süresinin ≥ 20 saat olmasının nedeni eş bakım verenlerin çoğunlukta olmasıdır. Bu bulgulara bağlı olarak eş bakım verenlerin aynı evde yaşadıkları ve dolayısıyla bakım verme sürelerinin bakım ihtiyacından bağımsız olarak yüksek olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda hastaların fiziksel semptom puan ortalaması 23.14 ± 11.68 olarak bulunmuş ve hastanın fiziksel semptomları ile bakım veren yükü arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 3). İleri evre KHDAK hastalarına bakım veren bireylerde bakım yükünün değerlendirildiği bir çalışmada hastaların fiziksel işlevsellikleri düştükçe bakım verenlerin daha yüksek düzeyde depresyon riski altında oldukları bildirilmiştir (Wood vd., 2019). Çalışmamızda hastaların performans durumlarının yüksek olması ve akciğer kanseri semptomlarının hafif düzeyde olması nedeniyle bakım veren yükü arasında anlamlı ilişki bulunamadığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda hastaların sosyal semptom puan ortalamaları 9.21 ± 6.08 olarak tespit edilmiştir ve bakım veren yükü ile arasında ilişki bulunamamıştır. Çin’de hastanede yatan akciğer kanserli hastalar ile yapılan bir çalışmada sosyal destek düzeyi düşük olan hastalarda psikolojik semptomların yüksek olduğu bildirilmiştir (Gu, Xu, ve Zhong, 2018). Çalışmamız literatür ile karşılaştırıldığında, yatan hastalara göre ayaktan tedavi alan hastaların semptom yüklerinin az olması ve sosyal destek kaynaklarının daha fazla olması nedeniyle sosyal semptomlar ile bakım yükü arasında ilişki bulunamadığı düşünülmektedir.

Akciğer kanserli hastalara bakım veren eşlerin yaşadıkları yükler ve distresin değerlendirildiği 6 aylık boylamsal bir çalışmada, eşlerin 1. aylık takibe kıyasla 3. ve 6. aylık takipte daha fazla aile desteği eksikliği daha az mali yük bildirdikleri tespit edilmiştir. Ayrıca 1. aylık takibe kıyasla ise 3. ayda daha fazla sağlık sorunu yaşadıkları ve eşlerin başlangıca kıyasla daha az distres deneyimledikleri bildirilmiştir (Milbury, Badr, Fossella, Pisters, ve Carmack, 2013). Akciğer kanserli hasta ve bakım verenlerinin depresif belirtilerinin incelendiği bir çalışmada, hastanın fiziksel fonksiyonları azaldıkça ve ağrı puanı arttıkça eş bakım verenlerin daha çok depresif belirtiler gösterdikleri tespit edilmiştir (Lyons vd., 2014). Çalışmamızın örneklemini ayaktan tedavi gören akciğerli kanser hastaları oluşturmaktadır ve bulgularımızda performans puan ortalamalarının 77.02 ± 10.96 olduğu tespit edilmiştir. Bulgular göz önüne alındığında hastaların günlük yaşam aktivitelerini yerine getirebildikleri, performans puan ortalamalarının yüksek olduğu ve dolayısıyla bakım yükü arasında ilişki bulunamadığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda hastaların cinsiyeti, medeni durumu, sigara kullanma durumu, aldığı tedavi

türleri ve AKSS kesme puanları ile bakım veren yükü arasında ilişki tespit edilmemiştir. Hastaların eğitim durumu ve bakım veren yükü arasında ilişki olduğu tespit edilmiştir ve yapılan ileri analiz testinde eğitim düzeyi ilköğretim olan hastalara bakım veren bireylerde daha fazla bakım yükü tespit edilmiştir (Tablo 4). Yapılan bir çalışmada hastanın tanısı, hastalığın evresi, tedavi süreci, bakım gereksiniminin derecesi ve hasta ile ilgili özelliklerin bakım yükünü etkilediği belirtilmiştir (Grant vd., 2013). Kronik hastalığı olan hastalar ile bakım verenleri arasında yük algısının incelendiği bir çalışmada, en çok okur yazar olmayan bireylerin kendini yük olarak algıladıkları, en az yük olarak algılayan grubun ise üniversite mezunları oldukları tespit edilmiştir (Arıkan ve Barutcu, 2022). Eğitim düzeyi düşük olan hastaların hastalık ve semptom yönetimlerine yönelik bilgi eksikliğinin daha fazla olabileceği ve bunun sonucunda bakım yükünün daha fazla olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda hastaların karnofsky performans puan ortalamalarının 77.02 ± 10.96 olduğu ve bakım veren yükü arasında anlamlı ilişki bulunmadığı saptanmıştır (Tablo 4). İleri evre akciğer kanserli hastaların klinik özellikleri ile bakım veren yükü arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada, hastaların işlevsellikleri azaldıkça bakım veren yükünün arttığı bildirilmiştir (Wood vd., 2019). Yapılan bir çalışmada hastaların fonksiyonel durumunda azalma ve komorbidite puanlarında artma ile bakım verenin fiziksel ve psikolojik semptom puanı arasında ilişki olduğu, bu doğrultuda bakım verenlerin daha fazla fiziksel yük ve psikolojik sıkıntı yaşadıkları tespit edilmiştir (Wong vd., 2017). İleri evre yaşlı kanser hastaları ve bakım verenleri ile yapılan bir çalışmada, hastanın fonksiyonel durumu kötüleştikçe bakım veren yaşam kalitesinin kötüleştiği, bakım verenin daha fazla anksiyete ve depresyon yaşadığı tespit edilmiştir (Semere vd.,

2021). Çalışmamızın örneklemini ayaktan tedavi alan ve fiziksel performansları yüksek olan hasta grubunun oluşturması nedeniyle performans durumu ve bakım veren yükü arasında anlamlı ilişki bulunamadığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda hastaların akciğer kanseri toplam semptom puan ortalaması 40.96 ± 13.96 olarak tespit edilmiş ve bakım veren yükü ile arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 4). Çalışmamızdan farklı olarak Seo ve Park (2019)'ın yaptıkları çalışmada akciğer kanserli hastaların %45.8'inin ileri evre olduğu, semptom puan ortalamalarının 75.54 ± 29.09 olduğu ve hastaların akciğer kanseri semptom puan ortalamaları arttıkça bakım veren yükünün de arttığı bildirilmiştir. ABD'de küçük hücreli dışı akciğer kanserli hastaların semptom yükünün değerlendirildiği bir çalışmada hastaların AKSS toplam puan ortalamalarının 42.3 ± 21.5 olarak bulunduğu bildirilmiştir ve aynı çalışmada evre IV hastalığı olan bireylerin evre IIIB hastalığı olan bireylere göre daha fazla semptom yükü bildirdikleri bulunmuştur (Iyer, Taylor-Stokes, ve Roughley, 2014). Akciğer kanserli hastaların semptom deneyimlerinin değerlendirildiği bir çalışmada, kemoterapi alan hastalarda en yaygın görülen semptomun yorgunluk olduğu bildirilmiştir (Wong vd., 2017). Hastanın akciğer kanseri evresi ve yaşam kalitesi ile bakım veren yükü arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada, bakım veren yükünün akciğer kanseri evresinden çok hastanın yaşam kalitesi ile ilişkili olduğunu bildirilmiştir (Borges vd., 2017). Çalışmamızın örneklemini ayaktan tedavi alan ve tüm evreleri kapsayan, kemoterapi kür sayısı puan ortalaması 5.91 ± 5.18 olan akciğer kanserli hastalardan oluşmaktadır. Çalışma sonuçlarımız göz önüne alındığında hastaların kemoterapi kür sayılarının düşük olması ve dolaylı olarak semptom yüklerinin hafif düzeyde olmasının bakım veren yükünü etkilediği ve bundan

dolayı bakım veren yükünün düşük olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda bakım veren bireylerin cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, hastaya yakınlık durumu, günlük ortalama bakım verme süresi, çalışma durumu, sağlık güvencesi ve aylık gelirleri ile bakım veren yükü arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (Tablo 5). Kemoterapi alan kanser hastalarına bakım veren aile bireylerinin bakım yükü ve yaşam kalitesinin değerlendirildiği bir çalışmada medeni durum, cinsiyet, eğitim durumu, yaş ve hastaya yakınlık durumu arasında anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir (Mishra vd., 2021). Meme kanserli hastalara bakım veren bireyler ile yapılan bir çalışmada bakım veren bireyin eğitim düzeyi ile bakım yükü arasında ilişki olduğu, okuma yazma bilmeyen ve ilköğretim mezunu olan bakım verenlerin lise ve üniversite mezunu olan bakım verenlere göre daha fazla bakım yükü yaşadıkları bildirilmiştir (Vahidi vd., 2016). Kronik hastalığı olan hastalar ile bakım verenleri arasında yük algısının incelendiği bir çalışmada eğitim durumuna göre bakım yükünü en yüksek yaşayan grubun okuryazar olmayanlar olduğu, bakım yükünü en az yaşayanların ise üniversite mezunları olduğu tespit edilmiştir (Arıkan ve Barutcu, 2022). Seo ve Park (2019)'ın hastanede yatan akciğer kanserli hastalara bakım veren bireylerde bakım veren yükünü değerlendirdikleri bir çalışmada ise bakım veren yaşı, cinsiyeti, hastaya yakınlık durumu ve günlük ortalama bakım verme süresi ile bakım verme yükü arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bu boyutta çalışma bulgularımızı destekler niteliktedir. Çalışmamızın örneklemini ayaktan tedavi alan ve semptom yükü hafif olan hastalardan oluşmaktadır. Yüksek semptom ve bakım yükünün olmamasına bağlı olarak bilgi ihtiyaçlarının az olduğu ve buna bağlı olarak eğitim düzeyleri arasında ilişki bulunmadığı düşünülmektedir.

Sınırlılıklar

Çalışmamızın tek merkezli oluşu ve yalnızca ayaktan tedavi alan hastaları kapsaması sınırlılıklarını oluşturmaktadır.

Bilgilendirmeler

Araştırmayı yürüten yazarlar arasında herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır. Yazarlar çalışmanın tamamlanması veya yayın sürecinde herhangi bir finansal destek almamıştır ve tüm giderler araştırmacılar tarafından karşılanmıştır. Çalışmanın yürütülmesi için bir üniversite hastanesinin Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (Dosya no: 6808-GOA, Karar no: 2021/38-25, Tarih: 22.12.2021) ölçek sahiplerinden, ölçek geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarını yapan araştırmacılar tarafından ölçek kullanım izinleri alınmıştır. Ayrıca çalışmaya katılmayı kabul eden gönüllü bireylere çalışmanın amacı konusunda bilgi verilerek yazılı onamları alınmıştır.

Yazar Katkıları

Fikir: ÖU, AA, Tasarım: AA, ÖU, Gözetim: ÖU, Araç gereç: AA, ÖU, Veri toplama ve işleme: AA, Analiz ve yorumlama: AA, ÖU, Literatür tarama: AA, Yazma: AA, Eleştirel inceleme: ÖU.

SONUÇLARIN UYGULAMADA KULLANIMI

Bu çalışmanın sonucunda hastaların ayaktan tedavi görmesi, semptom yüklerinin düşük olması ve bakım veren bireye ihtiyacın az olması nedeniyle bakım veren yükünün düşük olduğu belirlenmiştir. Dolayısıyla akciğer kanserli hastaların yaşadıkları semptomların bakım veren yüküne etkisini incelemek amacıyla daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır. Gelecek çalışmalarda ayaktan ve yatarak tedavi alan hastaların yaşadıkları semptomların bakım veren yükü üzerine etkisini değerlendirmeye yönelik çok merkezli çalışmaların yürütülmesi önerilebilir. Akciğer kanser hastalarının ve

bakımverenlerinin yaşam kalitelerini iyileştirmek için özellikle onkoloji birimlerinde çalışan sağlık ekiplerinin hastaların yaşadıkları semptomları tanımlaması, hasta ve bakım veren bireylerin eğitim gereksinimlerini belirlemesi ve bu doğrultuda planlama yapması hasta ve bakımverenlerinin semptom yüklerini belirlemeye yardımcı olacak ve bakım veren yükünü azaltmaya katkı sunacaktır.

KAYNAKLAR

- American Lung Association. (2022). <https://www.lung.org/lung-health-diseases/lung-disease-lookup/lung-cancer/learn-about-lung-cancer/what-causes-lung-cancer> adresinden erişildi.
- Ammar, A., Dhahri, M., Bougmiza, I., Chafai, R., Ezzairi, F., Njah, M., ve Bouafia, N. (2017). Symptoms burden, quality of life and its determinant factors in advanced lung cancer patients. JCTI, 6(1), 1-10, Article no.JCTI.35636.
- Arıkan, B., Barutcu, C.D. (2022). Kronik hastalığı olan hastalar ile bakım verenleri arasındaki yük algısının incelenmesi. Forbes J Med, 3(3), 257-265.
- Blagden, S.P., Charman, S.C., Sharples, L.D., Magee, L.R.A. ve Gilligan D. (2003). Performance status score: do patients and their oncologists agree. British Journal Of Cancer, 89, 022-1027.
- Borges, E.L., Franceschini, J., Costa, L.H.D., Fernandes, A.L.G., Jamnik, S. ve Santoro, I.L. (2017). Family caregiver burden: the burden of caring for lung cancer patients according to the cancer stage and patient quality of life. Jornal Brasileiro de Pneumologia, 43(1), 18-23.
- Can, G. ve Aydiner, A. (2011). Development and validation of the Nightingale Symptom Assessment Scale (N-SAS) and predictors of the quality of life of the cancer patients in Turkey. European Journal of Oncology Nursing, 15(1), 3-11.
- Choi, Y.S., Bae, J.H., Kim, N.H. ve Tae, Y.S.

(2016). Factors influencing burden among family caregivers of elderly cancer patients. *Asian Oncology Nursing*, 16(1), 20-29.

Çeler, H.G., Özyurt, B.C. ve Özcan, F. (2018). Meme kanseri hastalarının yakınlarında yaşam kalitesinin ve bakım yükünün değerlendirilmesi. *Ankara Med J*, 18(2), 164-74.

Fujinami, R., Sun, V., Zachariah, F., Uman, G., Grant, M. ve Ferrell, B. (2014). Family caregivers' distress levels related to quality of life, burden, and preparedness. *Psycho-Oncology*, 24(1), 54-62.

Ge, L. ve Mordiffi, S.Z. (2017). Factors associated with higher caregiver burden among family caregivers of elderly cancer patients. *Cancer Nursing*, 40(6), 471-478.

Gelhorn, H.L., Skalicky, A.M., Balantac, Z., Eremenco, S., Cimms, T., Halling, K., ... Sexton, C. (2018). Content validity and electronic PRO (ePRO) usability of the Lung Cancer Symptom Scale-Mesothelioma (LCSS-Meso) in mesothelioma patients. *Supportive Care in Cancer*, 26(7), 2229-2238.

Grant, M., Sun, V., Fujinami, R., Sidhu, R., Otis-Green, S., Juarez, G. ve Ferrell, B. (2013). Family caregiver burden, skills preparedness, and quality of life in non-small cell lung cancer. *Oncology Nursing Forum*, 40(4), 337-346.

Graves, K.D., Arnold, S.M., Love, C.L., Kirsh, K.L., Moore, P.G. ve Passik, S.D. (2007). Distress screening in a multidisciplinary lung cancer clinic: Prevalence and predictors of clinically significant distress. *Lung Cancer*, 55(2), 215-224.

Gu, W., Xu, Y.M. ve Zhong, B.L. (2017). Health-related quality of life in Chinese inpatients with lung cancer treated in large general hospitals: A cross-sectional study. *BMJ Open*, 8(4), e019873. doi: 10.1136/bmjopen-2017-019873.

Hollen, P.J., Gralla, R.J., Kris, M.G., Cox, C., Belani,

C.P., Grunberg, S.M., ... Neidhart, J.A. (1994). Measurement of quality of life in patients with lung cancer in multicenter trials of new therapies, Psychometric assessment of the Lung Cancer Symptom Scale. *Cancer*, 73(8), 2087-2098.

Hu, X., Peng, X., Su, Y., ve Huang, W. (2018). Caregiver burden among Chinese family caregivers of patients with lung cancer: A cross-sectional survey. *European Journal of Oncology Nursing*, 37, 74-80.

International Agency for Research on Cancer (IARC). (2022). <https://gco.iarc.who.int/> adresinden erişildi.

Iyer, S., Roughley, A., Rider, A., ve Taylor-Stokes, G. (2013). The symptom burden of non-small cell lung cancer in the USA: A real-world cross-sectional study. *Supportive Care in Cancer*, 22(1), 181-187.

Iyer, S., Taylor-Stokes, G. ve Roughley, A. (2013). Symptom burden and quality of life in advanced non-small cell lung cancer patients in France and Germany. *Lung Cancer*, 81(2), 288-293.

İnci, F.H. ve Erdem, M. (2008). Bakım verme yükü ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması geçerlilik ve güvenilirliği. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11(4), 85-95.

Johansen, S., Cvancarova, M. ve Ruland, C. (2018). The effect of cancer patients' and their family caregivers' physical and emotional symptoms on caregiver burden. *Cancer Nursing*, 41(2), 91-99.

Karnofsky, D.A., Abelmann, W.H., Craver, L.F. ve Burchenal, J.H. (1948). The use of the nitrogen mustards in the palliative treatment of carcinoma, with particular reference to bronchogenic carcinoma. *American Cancer Society*, 1, 634-656.

Korkmaz, M. (2007). Akciğer kanseri olan hastalara uygulanan taburculuk planlamasının semptom kontrolü ve yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi. Yayımlanmamış doktora tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

Lee, Y.H., Liao, Y.C., Liao, W.Y., Shun, S.C., Liu,

- Y.C., Chan, J.C. ve Lai, Y.H. (2013). Anxiety, depression and related factors in family caregivers of newly diagnosed lung cancer patients before first treatment. *Psycho-Oncology*, 22(11), 2617-2623.
- Lee, Y.H., Liao, Y.C., Shun, S.C., Lin, K.C., Liao, W.Y., Chang, P.H. ve Lai, Y.H. (2018). Trajectories of caregiver burden and related factors in family caregivers of patients with lung cancer. *Psycho-Oncology*, 27(6), 1493-1500.
- Lewandowska, A., Rudzki, G., Lewandowski, T., ve Rudzki, S. (2020). The problems and needs of patients diagnosed with cancer and their caregivers. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(1), 87.
- Lyons, K.S., Bennett, J.A., Nail, L.M., Fromme, E.K., Dieckmann, N., Sayer, A.G. (2014). The role of patient pain and physical function on depressive symptoms in couples with lung cancer: A longitudinal dyadic analysis. *Journal of Family Psychology*, 28(5), 692–700.
- McKeague, B., Maguire, R. (2021). “The effects of cancer on a family are way beyond the person who’s had it”: The experience and effect of a familial cancer diagnosis on the health behaviours of family members. *European Journal of Oncology Nursing*, 51, 101905.
- Milbury, K., Badr, H., Fossella, F., Pisters, K.M. ve Carmack, C.L. (2013). Longitudinal associations between caregiver burden and patient and spouse distress in couples coping with lung cancer. *Supportive Care in Cancer*, 21(9), 2371-2379.
- Mishra, S., Gulia, A., Satapathy, S., Gogia, A., Sharma, A., Bhatnagar S. (2021). Caregiver burden and quality of life among family caregivers of cancer patients on chemotherapy: a prospective observational study. *Indian Journal of Palliative Care*, 27(1), 109–112.
- Morrison, E.J., Novotny, P.J., Sloan, J.A., Yang, P., Patten, C.A., Ruddy, K. J., ve Clark, M.M. (2017). Emotional problems, quality of life, and symptom burden in patients with lung cancer. *Clinical Lung Cancer*, 18(5), 497–503.
- Mosher, C.E., Ott, M.A., Hanna, N., Jalal, S.I. ve Champion, V.L. (2014). Coping with physical and psychological symptoms: a qualitative study of advanced lung cancer patients and their family caregivers. *Supportive Care in Cancer*, 23(7), 2053-2060.
- Nipp, R.D., El-Jawahri, A., Moran, S.M., D’Arpino, S.M., Johnson, P.C., Lage, D.E. ve Temel, J.S. (2017). The relationship between physical and psychological symptoms and health care utilization in hospitalized patients with advanced cancer, *Cancer*, 123(23), 4720-4727.
- Park, J. ve Look, K.A. (2019). Health care expenditure burden of cancer care in the united states, *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization*, 56, 1-9.
- Rha, S.Y., Park, Y., Song, S.K., Lee, C.E. ve Lee, J. (2015). Caregiving burden and health-promoting behaviors among the family caregivers of cancer patients. *European Journal of Oncology Nursing*, 19(2), 174-181.
- Semere, W., Althouse, A.D., Rosland, A.-M., White, D., Arnold, R., Chu, E., ... Schenker, Y. (2021). Poor patient health is associated with higher caregiver burden for older adults with advanced cancer. *Journal of Geriatric Oncology*, 12(5), 771–778.
- Seo, Y.J. ve Park, H. (2019). Factors influencing caregiver burden in families of hospitalised patients with lung cancer. *Journal of Clinical Nursing*, 28(9-10), 1979-1989.
- Sung, M.R., Patel, M.V., Djalalov, S., Le, L.W., Shepherd, F.A., Burkes, R.L. ve Leighl, N.B. (2017). Evolution of symptom burden of advanced lung cancer over a decade, *Clinical Lung Cancer*, 18(3), 274-280.
- Tan, J.Y., Molassiotis, A., Lloyd-Williams, M. ve Yorke, J. (2017). Burden, emotional distress and quality of life among informal caregivers of lung cancer patients: An exploratory study. *European Journal of Cancer Care*, 27(1), e12691.
- Unsar, S., Erol, Ö., ve Özdemir, Ö. (2020). Caregiving burden, depression, and anxiety in family caregivers of patients with cancer. *European Journal of Oncology*

Nursing, 101882. doi:10.1016/j.ejon.2020.1

Vahidi, M., Mahdavi, N., Asghari, E., Ebrahimi, H., Eivazi Ziaei, J., Hosseinzadeh, M., ... Kermani, I. A. (2016). Other side of breast cancer: factors associated with caregiver burden. *Asian Nursing Research*, 10(3), 201–206.

Whisenant, M.S., Williams, L.A., Garcia Gonzalez, A., Mendoza, T., Shi, Q., Cleeland, C., ... Simon, G. (2020). What do patients with non–small-cell lung cancer experience? content domain for the MD Anderson Symptom Inventory for Lung Cancer. *JCO Oncology Practice*, 16(10), <https://doi.org/10.1200/JOP.19.00577>.

Wong, M.L., Paul, S.M., Cooper, B.A., Dunn, L.B., Hammer, M.J., Conley, Y.P., Miaskowski, C. (2017). Predictors of the multidimensional symptom experience of lung cancer patients receiving chemotherapy. *Supportive Care in Cancer*, 25(6), 1931–1939.

Wood, R., Taylor-Stokes, G., Smith, F. ve Chaib, C. (2019). The humanistic burden of advanced non-small cell lung cancer (NSCLC) in Europe: A real-world survey linking patient clinical factors to patient and caregiver burden. *Quality of Life Research*, 28, 1849-1861.

World Health Organization. (2022). <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer> adresinden erişildi.

Yıldız Çelteç, N., Süren, M., Demir, O. ve Okan, İ. (2019). Karnofsky Performance Scale validity and reliability of Turkish palliative cancer patients. *Turkish Journal Of Medical Sciences*, 49(3), 894-898.

Yıldız, E., Dedeli, Ö. ve Pakyüz, S.Ç. (2016). Kanser hastalarına bakım veren aile üyelerinin bakım yükü ve yaşam kalitesinin incelenmesi, *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 13(3), 216-225.

Zarit, S.H., Reeve, K.E. ve Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden, *The Gerontologist*, 20(6), 649-655.

Zhang, Y., Ding, Y., Liu, C., Li, J., Wang, Q., Li, Y., Hu, H. (2023). Relationships among perceived social support, family resilience, and caregiver burden in lung cancer

families: a mediating model. *Seminars in Oncology Nursing*, 39(3), 151356.

ORIGINAL ARTICLE / ORJİNAL MAKALE

Adaptation of the multiple sclerosis selfmanagement scale to Turkish society: validity and reliability study

Multipl skleroz öz yönetim ölçeğinin Türk toplumuna uyarlanması: geçerlik ve güvenirlik çalışması



Nermin Eroglu¹



Anıl Tekeoglu Tosun²

¹ Assistant Professor, Fenerbahçe University, Faculty of Health Science, Nursing Department, Istanbul, Türkiye

² Assistant Professor, Fenerbahçe University, Faculty of Health Science, Physical Therapy and Rehabilitation Department, Istanbul, Türkiye.

Geliş: 21.03.2023, Kabul: 14.10.2025

Abstract

Background: Multiple Sclerosis (MS) is a chronic, autoimmune disease that causes physical and psychological damage and has a highly variable prognosis. It is very important to develop self-care skills apart from symptom treatment that causes individuals to become physically dependent.

Objectives: The study was planned and carried out methodologically to adapt the Multiple Sclerosis Self-Management Scale-Revised (MSSM-R) to Turkish society.

Methods: The study was conducted with individuals with multiple sclerosis who presented to the neurology clinic of a university hospital between July 2019 and May 2020. The validity and reliability of the MSSM-R were tested with 169 participants. Construct validity was examined using confirmatory factor analysis (AMOS), test-retest reliability through paired-sample t-tests and Pearson correlation analysis, and internal consistency using Cronbach's alpha. Item-level analyses were also performed.

Results: The validity of the MSSM-R was evaluated with language validity, construct validity Confirmatory factor analysis (CFA), and content validity. The reliability coefficient of the internal consistency analysis (Cronbach's Alpha) was found to be very high (.88). Item total correlation was examined, and no items were removed from the scale accordingly. The scale was administered to 30 patients at a two-week interval to evaluate test-retest reliability and time-dependent invariance.

Conclusion: The MSSM-R, which was adapted to Turkish society to evaluate the self-management of individuals with multiple sclerosis, is a valid and reliable tool. The Turkish-adapted MSSM-R is a valid and reliable tool and can be used in both clinical practice and research to support self-management interventions for individuals with multiple sclerosis.

Keywords: Multiple Sclerosis, Self-Management, Validity, Reliability

Sorumlu Yazar: Nermin EROGLU, Assistant Professor, Fenerbahçe University, Faculty of Health Science, Nursing Department, Istanbul, Türkiye. **Email:** nermin.guduloglu@hotmail.com , **Tel:** +90 533 725 19 79

Nasıl Atıf Yapılır: Eroglu N, Tekeoglu Tosun A. Adaptation of the Multiple Sclerosis Self-Management Scale to Turkish Society: Validity and Reliability Study. Etkili Hemşirelik Dergisi. 2025;18(4): 503-511

Journal of Nursing Effect published by Cetus Publishing.



Journal of Nursing Effect 2025 Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License

Öz

Giriş: Multipl Skleroz (MS), fiziksel ve psikolojik hasara neden olan ve oldukça değişken prognoza sahip kronik, otoimmün bir hastalıktır. Bireylerin fiziksel olarak bağımlı hale gelmesine neden olan semptom tedavisi dışında öz bakım becerilerinin geliştirilmesi oldukça önemlidir.

Amaç: Araştırma Multipl Skleroz Öz Yönetim Ölçeği (MS-ÖYÖ) Türk toplumuna uyarlanması amacıyla metodolojik olarak planlandı ve uygulandı.

Yöntemler: Araştırma, Temmuz 2019-Mayıs 2020 tarihleri arasında bir üniversite hastanesinin nöroloji kliniğine başvuran multipl sklerozlu bireylerle gerçekleştirilmiştir. MSSM-R'nin geçerlik ve güvenilirliği 169 katılımcı ile test edilmiştir. Yapı geçerliliği doğrulayıcı faktör analizi (AMOS) ile incelenmiş, test-tekrar test güvenilirliği eşleştirilmiş örneklem t-testleri ve Pearson korelasyon analizi ile değerlendirilmiş ve iç tutarlılık Cronbach's alpha ile belirlenmiştir. Ayrıca madde analizleri de yapılmıştır.

Bulgular: MS-ÖYÖ geçerliği dil geçerliği, yapı geçerliği (DFA) ve kapsam geçerliği ile değerlendirilmiştir. Güvenirliğinde iç tutarlılık analizi (Cronbach's Alpha) .88 oldukça yüksek bulunmuştur, madde toplam korelasyonu incelenmiş ve herhangi bir maddenin ölçekten çıkarılmamasına karar verilmiştir ve zamana karşı değişmezliğin değerlendirilmesi için test tekrar test güvenilirliği için 30 hastaya iki hafta ara ile ölçek tekrar uygulanmıştır.

Sonuç: Multipl Sklerozlu bireylerin öz yönetimlerinin değerlendirmesi amacıyla Türk toplumuna uyarlanan MS-ÖYÖ geçerli ve güvenilir bir araçtır. Türkçeye uyarlanan MSSM-R, geçerli ve güvenilir bir araç olup, multipl sklerozlu bireylerin öz-yönetim müdahalelerini desteklemek için hem klinik uygulamada hem de araştırmalarda kullanılabilir.

Anahtar Sözcükler: Multipl Skleroz, Öz Yönetim, Geçerlik, Güvenirlik

INTRODUCTION

Multiple sclerosis (MS) is a debilitating central nervous system disorder that is progressive and chronic, usually beginning at age 20 to 40 years. According to valid reports, MS is the second leading cause of nontraumatic disability in young people (Khodaveisi et al., 2017). It is estimated that there are approximately 2.5 million individuals with MS in the world. There are around forty thousand individuals with MS in our country as well (Bayat et al., 2025). Some of the outcomes of MS include deterioration in functions such as motor movements, balance, speech, vision, and sexuality, and problems such as fatigue resulting from damage to the myelin sheath. The progressive type is without attacks, and symptoms increase over time (Keerthana et al., 2024). Depending on the level and nature of the dysfunctions experienced, individuals

may experience difficulties in maintaining their daily lives. Moreover, the disease affects other areas of life, such as working life, family life, relationships, and psychological health. Treatment of this disease, whose causes are not completely understood, focuses on preventing attacks or slowing down the progression rather than eliminating it (Birnbaum, 2017; Demirtepe-Saygılı, 2019). Individuals with MS experience disability, defined as a limitation or loss in the ability to perform an activity within the limits considered normal for an ordinary person. Depending on the level of disability, individuals with MS may experience difficulties doing routine housework, participate less in social activities, and face challenges in self-care (Heidari-Soureshjani et al., 2023; Russell et al., 2024).

Self-management is defined as an active process

for coping with disease through adherence to treatment and drug use, participation in medical decision-making, self-care, and maintenance of social relationships and emotional balance (Heidari-Soureshjani et al., 2023). Failure to perform self-care can lead to feelings of uselessness, decreased self-esteem, and social isolation (Bayat et al., 2025). Beyond symptom management, individuals with MS who become physically dependent need holistic healthcare that addresses all aspects of the problems experienced (Keerthana et al., 2024). It is crucial that the healthcare team, especially nurses, who play a key role in patient care, take appropriate initiatives. Nurses contribute significantly to symptom reduction by assessing patients' current condition, supporting self-management, promoting self-worth, positive thinking, and setting achievable goals (Russell et al., 2024).

This scale will contribute to the literature as it is the first scale to be used in the evaluation of the self-management of individuals with MS in our country. Therefore this study; It was methodologically planned and organized in order to adapt multiple sclerosis self-management performance to Turkish society.

MATERIALS AND METHODS

Study Design

This research is of methodological type.

Data Collection

The study was conducted with individuals with multiple sclerosis who presented to the neurology clinic of a university hospital between July 2019 and May 2020. The research data were collected online. The data was collected via Google form exchange, with individuals who responded completely to all samples. Before starting the study, the individuals were informed and their consent was obtained.

Participants and Setting

The population of the study consisted of patients who were diagnosed with multiple sclerosis and met the sample selection criteria. To conduct the validity and reliability study of the Multiple Sclerosis Self-Management Scale (MSSM), the sample included 169 patients, which was more than 5 times the number of items (24 items) on the scale. For test-retest reliability, the scale was administered to 30 patients at a two-week interval. When determining the number of samples in validity-reliability studies in the literature for the sample of the research, it is recommended to reach 5-10 times as many individuals as the number of items in the scale (Uğurlu, 2017).

According to the test-retest reliability analysis, the items of the test demonstrated high temporal consistency. The mean differences between the initial and repeated measurements were very small (e.g., for M1-T1, mean difference = 0.033), indicating no systematic differences between the test and retest administrations. The t-test results were not statistically significant (t values generally ± 1 , $p > .05$; e.g., M1-T1: $t = 1.000$, $p = .326$), supporting the stability of the measurements over time. When examining the correlation coefficients, a very high and statistically significant relationship was observed between the test and retest scores. Correlations ranged from 0.748 to 0.993, all of which were statistically significant ($p < .001$). The highest correlation was found for item M23-T23 ($r = 0.993$), and the lowest for M20-T20 ($r = 0.748$). These results indicate that the measurement tool has a high level of test-retest reliability and provides consistent results over time.

Research inclusion criteria; had a confirmed diagnosis of multiple sclerosis, were receiving medication therapy in the neurology clinic and presented to the outpatient clinic, had

no communication disorders, volunteered to participate in the study and were aged 18 or over were included in the study. Patients with severe psychological disorder and/or communication disorders were not included in the study.

Data Collection Tools

The Patient Information Form: This form was developed by the researchers following a review of the literature (Berhanu et al., 2023; Demirtepe Saygılı, 2019; Russell et al., 2024;). It consists of 5 items questioning the personal characteristics of the individuals.

The Multiple Sclerosis Self-Management Scale-Revised (MSSM-R): This 24-item scale was developed by Bishop and Frain in 2011 to evaluate the self-management of individuals with MS. The scale consists of 5 subscales, namely, healthcare provider relationship and communication (items 9, 12, 14, 16, 18, and 20) ($\alpha = 0.74$), treatment adherence/barriers (11, 15, 17, 21, 22, 23, and 24) ($\alpha = 0.80$), social/family support (6, 10, and 13) ($\alpha = 0.85$), MS awareness and knowledge (1, 2, 3, and 4) ($\alpha = 0.64$), and health maintenance behavior (5, 7, 8, and 19) ($\alpha = 0.88$). The scale uses a 5-point Likert-type scale with options 1. totally disagree, 2. somewhat disagree, 3. neither agree nor disagree, 4. somewhat agree, and 5. totally agree. While good internal consistency ($\alpha = 0.83$). Minimum and maximum scores range between 0 and 100. High scores show increased MS self-management. Items 21, 23, and 24 on the scale contain reverse expressions; therefore, the points of these items are reversed (Bishop et al., 2011).

Statistical Analysis

The construct validity of the scale was conducted with confirmatory factor analysis using the AMOS software package. Test-retest measurements were performed with paired samples t-test and

correlation analysis. The reliability of the scale was analyzed with Cronbach's Alpha, and an item level analysis was done for each item. The dependent variable of our research is Multiple sclerosis, and the independent variable is Multiple sclerosis self-management.

Ethical Aspect of the Research

For the validity and reliability study of the MSSM-R, first, the permission of the researchers who developed the scale was obtained. Also, the permission of the ethics committee of a university and the institution where the study would be conducted was obtained (24.04.2019/61).

RESULTS

Validity of the MSSM

Language validity

The language validity process of the MSSM-R included the back-translation method. The scale was translated into Turkish by three people who had a good command of both English and Turkish languages. The appropriateness of each item of the scale translated into Turkish was examined by the researchers. Later, it was translated back into English by a translator. The translated items were compared to the items on the original scale, and inappropriate items were revised. The Turkish version of the translated scale and the English of the original scale were evaluated in terms of meaning, and language validity was achieved.

Content validity

A scale presentation form was created for the content validity index of MSSM-R (CVI), it was submitted to the opinions of 10 nurse academicians, and feedback was received from 8 academicians. To evaluate the consistency of the items and determine their intelligibility, the experts were asked to score each item between 1 and 4 points. In line with the feedback received

from the experts, necessary corrections were made to the items, and the Turkish form of the scale was finalized. The CVI of the scale was .927, which is considerably high.

Construct validity

In the study, the most frequently used goodness of fit indices in studies in the literature was used. The goodness of fit index values for the confirmatory factor analysis is given in Table 1.

Table 1. The goodness of fit index values for confirmatory factor analysis

Index	Normal value	Acceptable range	Value
χ^2/sd	<2	<5	2.05
GFI	>.95	>.90	.90
AGFI	>.95	>.90	.91
CFI	>.95	>.90	.90
RMSEA	<.05	<.08	.07
RMR	<.05	<.08	.05

χ^2/sd (Chi-Square/Degree of Freedom Ratio), GFI (Goodness of Fit Index), AGFI (Adjusted Goodness of Fit Index), CFI (Comparative Fit Index), RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation), RMR (Root Mean Square Residual)

Standardized factor loads, t values, and explanatory (R^2) values of the items are given in Table 2.

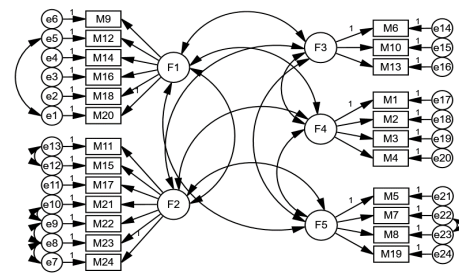


Figure 1. Diagram of Confirmatory Factor Analysis

The reliability of the MSSM

Internal Consistency

A reliability analysis was conducted for the scale, and Cronbach's Alpha coefficient was found as .88.

Item total correlation

Item-total correlation values of the items on the scale varied between .40 and .72. The internal consistency coefficients (Cronbach's Alpha) obtained when the items were deleted one by one ranged between .87 and .88, and these values did not show much deviation from the overall internal consistency value of .88. As a result of the analysis of the items, no items were excluded from the scale (Table 3).

Test-retest reliability

In the study, the scale was administered to 30 people at a two-week interval to examine the inter-rater consistency. Test-retest reliability of the scale items was tested with paired samples t-test and correlation analysis. According to the results obtained, it was determined that the retest measurements did not show a significant difference but had a high correlation. According to this finding, the items on the scale showed

Table 2. Factor loads

Items		Factors	β	Std. β	S. Error	t	p	R ²
M20	<---	F1	1.000	.717				.575
M18	<---	F1	.912	.723	.102	8.976	p<.001	.465
M16	<---	F1	.975	.782	.101	9.689	p<.001	.455
M14	<---	F1	1.218	.834	.118	10299	p<.001	.384
M12	<---	F1	1.168	.794	.142	8.246	p<.001	.558
M9	<---	F1	1.019	.720	.114	8.934	p<.001	.476
M24	<---	F2	1.000	.451				.487
M23	<---	F2	1.254	.556	.305	2.443	.015	.561
M22	<---	F2	.945	.541	.359	2.122	.030	.502
M21	<---	F2	.925	.488	.455	2.034	.042	.765
M17	<---	F2	2.433	.762	.772	-3.151	.002	.615
M15	<---	F2	3.060	.902	.971	-3.153	.002	.487
M11	<---	F2	2.108	.698	.690	-3.056	.002	.814
M6	<---	F3	1.000	.784				.581
M10	<---	F3	1.006	.874	.084	11.914	p<.001	.566
M13	<---	F3	.847	.708	.090	9.425	p<.001	.522
M1	<---	F4	1.000	.749				.517
M2	<---	F4	.867	.558	.130	6.653	p<.001	.539
M3	<---	F4	1.007	.690	.123	8.192	p<.001	.518
M4	<---	F4	1.043	.747	.118	8.803	p<.001	.631
M5	<---	F5	1.000	.620				.695
M7	<---	F5	.872	.566	.150	5.830	p<.001	.612
M8	<---	F5	.865	.515	.160	5.392	p<.001	.523
M19	<---	F5	1.265	.758	.178	7.098	p<.001	.513

internal consistency according to the responses received.

DISCUSSION

The back-translation method was employed for the language validity of the scale. The Turkish version of the translated scale and the English of the original scale were evaluated in terms of meaning, and language validity was achieved.

Content validity means that a measurement tool is free from the effects of factors. It is conducted in order to evaluate whether the overall scale and sub-dimensions measure the intended domains and express different concepts. Expert opinion is consulted to calculate the content validity. The qualifications and number of experts (between 5 and 40) are of great importance in obtaining objective results in content validity calculations

(Yeşilyurt and Çapraz, 2018). The feedback of 8 academicians was received for the content validity index of the MSSM-R (CVI). CVI was calculated by dividing the number of experts who gave 3 or 4 points to each item on the scale to the total number of experts, and it was decided that the content of the Turkish form of the scale was appropriate. The CVI of the scale was found to be .92, which is higher than the generally accepted standard level (.80 and above). Experts reached a consensus on all items on the scale.

Confirmatory factor analysis (CFA) was employed to evaluate the construct validity of MSSM. CFA is a type of structural equation model (SEM) that can measure the relationship between observed variables and latent variables (Tang, et al., 2024). It explains the result obtained from the scale and what this result is

Table 3. Item analysis

	Scale score when the item is deleted	Variance when the item is deleted	item total correlation	Cronbach's alpha when the item is deleted
M1	87.04	264.397	.580	.881
M2	87.40	267.028	.424	.884
M3	87.15	264.405	.524	.882
M4	87.04	263.290	.581	.881
M5	87.34	263.405	.507	.882
M6	87.41	255.816	.641	.878
M7	87.53	265.191	.489	.883
M8	87.68	265.695	.430	.884
M9	87.63	257.436	.646	.878
M10	87.32	255.481	.728	.877
M11	86.95	262.795	.640	.880
M12	87.47	256.715	.636	.879
M13	87.51	259.275	.604	.880
M14	87.36	255.754	.664	.878
M15	87.12	262.907	.559	.881
M16	87.09	258.301	.720	.877
M17	86.99	263.827	.573	.881
M18	87.14	262.170	.605	.880
M19	87.51	258.180	.612	.879
M20	87.24	259.816	.597	.879
M21	88.18	280.766	.457	.884
M22	88.25	276.212	.511	.882
M23	88.98	284.387	.533	.885
M24	88.98	290.089	.409	.886

related to. It is about how accurately the scale items measure the targeted properties. In scale adaptation studies, the factor structure of the scale is compared with the factor structure of the original scale, and similarities and differences are evaluated. In adapting a scale to another language, it is expected that the factor structure of the scale does not change much. CFA allows the evaluation of fit indices showing model and data fit (Francis, et al., 2024). In the study, the most frequently used goodness of fit indices in studies in the literature was used. The fit index values obtained in the study showed that the data obtained from the model and the sample had a fairly good fit. The results of the analysis indicated that the fit statistics calculated with the confirmatory factor analysis were consistent

with the previously determined factor structure of the scale at an acceptable range.

When the standardized coefficients were examined, it was determined that the factor loads were high, the standard error values were low, and that the t values were significant. These results confirmed the construct validity relating to the previously determined factor structure.

Reliability analysis was conducted to determine the internal consistency of the scale. The reliability analysis shows whether the items on the scale are consistent with each other and with the overall scale. It also determines whether individuals understand the expressions on the scale in the same way. Reliability is the consistency between participants' responses to scale items (Buyukozturk, 2024). In the

literature, the reliability (internal consistency) of a scale is commonly determined with the Cronbach's Alpha coefficient (Ozdamar, 2017). In our study, the reliability analysis of the scale was conducted, and Cronbach's Alpha coefficient was found to be .88, proving the scale is quite reliable.

The item-total correlation was used to assess the consistency of each item with the overall scale. This analysis indicates how well each item reflects the construct measured by the total score (Kalaycı, 2017). Responses to the items are expected to have a positive correlation with items and the overall scale. This shows that the participants understand the statements correctly and give objective answers. When the correlation coefficient of an item on a scale with the item total is 0.3 or above, this indicates a high discriminating power (Buyukozturk, 2024). The high correlation of each item with the overall scale score shows the consistency of the measuring tool. The correlation coefficient is determined by "r", and its values vary between 0 and 1. The closer the correlation value approaches 1(± 1.00), the higher the reliability is (Tekeş and Hasta, 2015). As a result of the evaluation of the item analysis, no items were removed from the scale.

Test-retest reliability is performed to evaluate the time-dependent invariance of the test. In other words, the process of administering a test to the same group after a certain period of time is a method used to determine the reliability of the related test (Ozdamar, 2017). To administer the retest, there must be at least two and at most four weeks between the first and second measurements. Test-retest reliability is recommended to be administered to at least 30 people. In our study, the scale was administered to 30 individuals at a 2-week interval to examine inter-rater consistency. Test-retest reliability

of scale items was tested with paired samples t-test and correlation analysis. According to the results obtained, it was determined that the retest measurements did not show a significant difference and had a high correlation.

Limitations

The limitation of this study is that it is difficult to reach the sufficient number of samples.

IMPLICATIONS FOR PRACTICE

The MSSM, which is originally in English and was adapted to Turkish society, was consistent with its original form in terms of having 24 items and 5 subscales. This scale is a highly valid and reliable tool in evaluating the self-management of individuals with multiple sclerosis in Turkish society.

Conflicts of Interest

No potential conflicts of interest were declared by the authors.

Financial Support

The authors received no financial support for the research, authorship and/or publication of this article.

Contributions

Concept: NE, ATT, Design: NE, ATT, Supervising: NE, Financing and equipment: NE, ATT, Data collection and entry: NE, ATT, Analysis and interpretation: NE, ATT, Literature search: NE, ATT, Writing: NE, Critical review: NE.

Acknowledgement

We would like to thank all individuals with Multiple Sclerosis who participated in our study.

REFERENCES

Bayat, F., Negarandeh, R., Pashaeypoor, S. (2025). The effect of patient-centered empowerment program

through telenursing on self-management in people with multiple sclerosis: A double-blinded randomized clinical trial. *BMC Neurology*, 25, 138.

Berhanu, D., Rato M.L., Canhoto, A.I., Vieira da Cunha, J., Galdes, J. (2023). Online information search by people with Multiple Sclerosis: A systematic review. *Multiple Sclerosis and Related Disorders*, 79, 105032.

Birnbaum, G., Stulc, J. (2017). High dose biotin as treatment for progressive multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis and Related Disorders*, 18, 141–143.

Bishop, M., Frain, M. P. (2011). The multiple sclerosis self-management scale: Revision and psychometric analysis. *Rehabilitation Psychology*, 56(2), 150–159.

Büyüköztürk, Ş. (2024). Sosyal bilimler için veri analizi el kitabı (31. baskı). Pegem Akademi Yayıncılık.

Demirtepe Saygılı, D. (2019). Multipl skleroz hastaları için geliştirilen bir grup psikoeğitim programının değerlendirilmesi. *AYNA Klinik Psikoloji Dergisi*, 6(3), 289–311.

Francis, T., Peiris R.G., Stanimirovic, A., Stogios, N., Syed F., Rac, V.E., Nolan R.P. (2024). The EvalUation of goal-diRected activities to prOmote well-beIng and heAlth (EUROIA) scale: Psychometric evaluation with Confirmatory Factor Analysis. *Plos One*, 19(3), e0299854.

Heidari-Soureshjani, R., Nikbakht Nasrabadi, A., Zakerimoghadam, M., Mohammadi, T., Rasti, A. (2023). Self-management interventions for people with multiple sclerosis: A systematic review and meta-analysis protocol. *Health Science Reports*, 6(9), e1536.

Kalaycı, Ş. (2017). SPSS uygulamalı çok değişkenli istatistik teknikleri (9. baskı). Dinamik Akademi Yayıncılık.

Keerthana, D., Arun, M., Kumar, G. S., Desai, G., Thomas, P. T., Netravathi, M. (2024). Self-

management interventions in multiple sclerosis: Case series from a tertiary neuroscience hospital. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 02537176241264772.

Khodaveisi, M., Ashtarani, F., Beikmoradi, A., Mohammadi, A., Mahjub, H., Mazdeh, M., Ashtarani, E. (2017). The effect of continuous care on the lifestyle of patients with multiple sclerosis: A randomized clinical trial. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 22, 225–231.

Özdamar, K. (2017). Modern bilimsel araştırma yöntemleri (3. baskı). Nisan Kitabevi.

Russell, R. D., He, J., Black L.C., Begley, A. (2024). Evaluating experiences in a digital nutrition education program for people with multiple sclerosis: A qualitative study. *Health Expectations*, 27(5), e70012.

Tang, D., Boker, S. M., Tong, X. (2024). Are the signs of factor loadings arbitrary in confirmatory factor analysis? Problems and solutions. *Structural Equation Modeling*, 32(1), 142–154.

Tekeş, B., Hasta, D. (2015). Özgeciliğin ölçeği: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Nesne Psikoloji Dergisi*, 3(6), 55–75.

Uğurlu, F., Aylar, F. (2017). Destekleme ve yetiştirme kurslarına yönelik öğretmen öz algı ölçeğinin geliştirilmesi: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Gazi Eğitim Bilimleri Dergisi*, 3(1), 28–43.

Yeşilyurt, S., Çapraz, C. (2018). Ölçek geliştirme çalışmalarında kullanılan kapsam geçerliği için bir yol haritası. *Erzincan Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 20, 251–264.

ORIGINAL ARTICLE / ORJİNAL MAKALE

Hemodiyaliz Tedavisi Alan Bireylerde Hastalık Uyum Düzeyi ve Semptom Yönetimi

Level of Disease Adaptation and Symptom Managament in Individuals Taking Hemodialysis



Zarife Ekici¹



Merve Çayır Yılmaz²

¹ Hemşire, Yozgat Şehir Hastanesi, Genel Yoğun Bakım, Yozgat, Türkiye

² Dr. Öğr. Üyesi, Amasya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Amasya, Türkiye

Geliş: 25.04.2023, Kabul: 09.10.2025

Öz

Giriş: Hemodiyaliz (HD) tedavisi alan bireyler fiziksel, psikolojik ve sosyal alanlarda birçok sorun ve semptomla karşılaşmakta olup yaşanan bu sorunlar, bireylerin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. HD tedavisi alan bireylerde hastalığa uyum düzeyi, bireylerin tedavi sürecine adaptasyonunu ve semptom yönetimini doğrudan etkileyen önemli bir faktördür.

Amaç: Bu araştırma, HD tedavisi alan bireylerde kronik hastalığa uyum düzeyi, semptom düzeyi ve uyuma etki eden faktörlerin belirlenmesini amaçlamaktadır.

Yöntem: Tanımlayıcı kesitsel tipteki bu araştırma 254 birey ile yürütülmüştür. Araştırma verileri HD Hasta Tanıtıcı Formu, Diyaliz Semptom İndeksi (DSİ) ve Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği (KHUÖ) kullanılarak toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler ve çoklu doğrusal regresyon analizi kullanılmıştır.

Bulgular: HD tedavisi alan bireylerin KHUÖ toplam puan ortalaması 81.38 ± 12.19 , DSİ puan ortalaması 57.67 ± 21.69 bulunmuştur. Ayrıca kadın cinsiyetin ($\beta = .160$), lise ve üstü eğitim düzeyine sahip olmanın ($\beta = .178$), evli olmanın ($\beta = .148$), ekonomik durumun orta ($\beta = .300$) ya da yüksek ($\beta = .311$) olmasının ve diyaliz esnasında fistül damara erişim yolunu kullanmanın ($\beta = .178$) kronik hastalığa uyumun pozitif anlamlı yordayıcıları olduğu, yaşın ($\beta = -.278$) ise kronik hastalığa uyumun negatif anlamlı bir yordayıcısı olduğu belirlenmiştir ($p < .05$).

Sonuç: Bu çalışmada HD tedavisi alan bireylerin genel olarak hastalığa uyumlarının orta düzeyde, diyaliz semptomlarını deneyimleme düzeylerinin ortalamanın altında olduğu saptanmıştır. Kronik hastalığa uyumun ise kadınlarda, lise ve üstü eğitime sahip bireylerde, evlilerde, ekonomik durumu orta ve yüksek olanlarda, fistül damara erişim yolunu kullananlarda daha yüksek olduğu belirlenmiştir. HD tedavisi alan bireylerin hastalığa uyumlarının artırılmasına yönelik müdahale çalışmalarının yapılması önerilmektedir.

Anahtar Sözcükler: Hastalığa Uyum, Hemodiyaliz, Hemşirelik, Diyaliz Semptomları

Sorumlu Yazar: Merve ÇAYIR YILMAZ, Dr. Öğr. Üyesi, Amasya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Amasya, Türkiye. **Email:** merve.yilmaz@amasya.edu.tr, **Tel:** +90 542 804 22 63

Nasıl Atıf Yapılır: Çayır Yılmaz M, Ekici Z., Hemodiyaliz Tedavisi Alan Bireylerde Hastalık Uyum Düzeyi ve Semptom Yönetimi. Etkili Hemşirelik Dergisi. 2025;18(4): 512-524

Journal of Nursing Effect published by Cetus Publishing.



Journal of Nursing Effect 2025 Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License

Abstract

Background: Individuals receiving hemodialysis (HD) treatment encounter many problems and symptoms in the physical, psychological and social areas, and these problems can negatively affect the quality of life of individuals. The level of compliance with the disease in HD patients is an important factor that directly affects individuals' adaptation to the treatment process and symptom management.

Objective: This study aims to determine the level of adaptation to chronic disease, symptom level, and factors affecting adaptation in individuals receiving HD treatment.

Methods: This descriptive cross-sectional study was conducted with 254 individuals. Research data were collected by using HD Patient Descriptive Form, Dialysis Symptom Index (DSI) and Chronic Disease Adjustment Scale (CDAS). Descriptive statistics and multiple linear regression analysis were used to evaluate the data.

Results: The mean total score of the individuals receiving HD treatment on the CDAS was found to be 81.38 ± 12.19 , and the mean DSI score was found to be 57.67 ± 21.69 . In addition, it was determined that being female ($\beta = .160$), having a high school or higher education level ($\beta = .178$), being married ($\beta = .148$), having a medium ($\beta = .300$) or high ($\beta = .311$) financial status, and using a fistula vascular access route during dialysis ($\beta = .178$) were positively significant predictors of adaptation to chronic disease, while age ($\beta = -.278$) was a negatively significant predictor of adaptation to chronic disease ($p < .05$).

Conclusion: In this study, it was determined that individuals receiving HD treatment generally had a moderate level of adaptation to the disease and that their level of experiencing dialysis symptoms was below average. It was determined that adaptation to chronic disease was higher in women, individuals with high school and above education, married individuals, those with medium and high financial status, and those using fistula vascular access. It is recommended that intervention studies be conducted to increase the adaptation of individuals receiving HD treatment to the disease.

Keywords: Adaptation to Disease, Hemodialysis, Nursing, Dialysis Symptoms.

GİRİŞ

Kronik böbrek yetmezliği (KBY) dünyada ve ülkemizde sık görülen önemli bir halk sağlığı sorunudur. KBY erken evrede önlenabilir ve/veya ilerleme hızı yavaşlatılabilir bir hastalık olmakla birlikte, hastalığa ilişkin farkındalık düzeyinin ve erken dönem tanısının düşük olması hastalığın son evresi olan son dönem böbrek yetmezliği (SDBY)'ne kadar ilerlemesine neden olmaktadır. SDBY, KBY'nin son evresini tanımlamakta olup bu evrede diyaliz ve böbrek transplantasyonu gibi renal replasman tedavileri (RRT) uygulanmaktadır (Bilgiç, 2020).

SDBY'nin görülme sıklığı her geçen gün artmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri Böbrek Veri Sistemi 2024 raporuna göre; 808.536 bireyin SDBY tanısı aldığı, bu bireylerin 483.567'sinin (%59.50) HD tedavisi aldığı bildirilmiştir (United

States Renal Data System, 2024). Türkiye'de ise 2023 yılı verilerine göre 89.527 bireyin SDBY tanısı aldığı, bu bireylerin 63.454'ünün (%70.88) HD tedavisi aldığı bilinmektedir (Seyahi vd., 2025).

En sık kullanılan RRT olan HD tedavisi ile bireylerin yaşam süresinin uzatılması ve yaşam kalitesinin artırılması hedeflenmektedir. Ancak yaşamı koruyucu tedavilerden olan HD'nin hedeflenen etkilerinin yanında fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik alanlarda istenmeyen birçok soruna sebep olduğu bilinmektedir. HD'ye giren bireylerde diyet ve sıvı kısıtlaması, iş kaybı, erken emeklilik, rol değişimleri ve rol kayıpları, aile yaşamında bozulma, cihaza ve sağlık kuruluşuna bağımlı olma, ölüm korkusu, depresyon, fiziksel işlev bozukluğu, cinsel fonksiyon bozukluğu, yaşam kalitesinin düşmesi, beden imajında ve benlik saygısında bozulma gibi pek çok

sorunla karşılaşılmaktadır. Ayrıca yorgunluk (%12-97), kaşıntı (%10-77), konstipasyon (%8-57), iştahsızlık (%25-61), ağrı (%8-82), uyku bozukluğu (%20-83), anksiyete (%12-52), dispne (%11-55), huzursuz bacak (%8-52) ve depresyon (%5-58) gibi fiziksel ve psikolojik alana ilişkin çok sayıda sıkıntı ve semptom da görülmektedir (Demiroğlu ve Bülbül, 2021; Tayaz ve Koç, 2020; Yılmaz vd., 2020). Yaşanan tüm bu sorunlar HD tedavisi alan bireylerin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (Pretto vd., 2020). Pretto vd. (2020) tarafından yapılan çalışmada HD tedavisi alan bireylerin yaşamış oldukları semptomların (uyku sorunları, ağrı, depresyon, halsizlik, kaşıntı vb.) yaşam kalitelerini azalttığı saptanmıştır. HD tedavisi alan bireylerdeki düşük yaşam kalitesinin ise hastaneye yatış ve ölüm riskinde artışa neden olduğu belirtilmektedir (de Alencer vd., 2019; Karabulutlu ve Yılmaz, 2019; Pretto, vd., 2020; Varol ve Sivrikaya, 2018). Yaşam kalitesinin artırılması ve tedaviye bağlı yaşanan sorunların kontrolünde, bireylerin tedaviye uyumu önem taşımaktadır (de Alencer vd., 2019; Karabulutlu ve Yılmaz, 2019; Pretto, vd., 2020; Varol ve Sivrikaya, 2018).

Kronik bir hastalığa uyumda hastalık ve tedaviye ilişkin özellikler önemlidir. Özellikle, birey ve ailesinin yaşam tarzında değişikliklere, maddi ve manevi kayıplara neden olan hastalıklara uyum zordur (Varol ve Sivrikaya, 2018). HD, birey ve ailesinin yaşamını bütünüyle etkileyen, olumlu etkilerinin yanında istenmeyen birçok etkiye neden olan bir tedavi olup bireylerin sürece uyumu zor ve zaman alıcıdır. HD tedavisi alan bireylerde uyum, tedavi sürecinde dikkate alınan alanlara (ilaç kullanımı, seanslara katılım, diyet, alınan sıvı vb.) ve kullanılan ölçütlere göre farklı düzeylerde tespit edilebilmektedir ve HD tedavisinin başarısı büyük ölçüde bireylerin tedaviye uyumu ile ilişkilendirilmektedir. Ancak HD tedavisi alan bireylerde genel olarak tedaviye

uyum düzeyinin düşük olduğu bilinmektedir. Özellikle uzun süredir HD tedavisi alan ve farklı hastalıklara sahip olan bireylerde uyumun daha düşük olduğu bildirilmiştir (Yılmaz vd., 2020). Özen vd. (2019)'nin yaptığı çalışmada HD tedavisi alan bireylerin %39.1'inin diyet, %33.6'sının sıvı kısıtlamasına ve %20.1'inin ilaç kullanımına uyumsuz olduğu saptanmıştır. Yapılan diğer çalışmalarda HD tedavi programının herhangi bir bölümüne uyumsuzluğun %50 veya daha yüksek oranlarda olduğu saptanmıştır (Mukakarangwa vd., 2018; Tayebi vd., 2019).

HD tedavisi alan bireylerde hastalığa, tedavi sürecine ve dolayısıyla yeni yaşam tarzına uyum zaman almaktadır. Uyumu arttırmak için uyuma etki eden faktörlerin belirlenmesi ve yönetimi önemlidir. Uyumu bireyin kendinden kaynaklı faktörler (bireyin kendi sağlık sorumluluğunu üstlenmesi, hastalığı hakkında bilgi sahibi olması, benlik saygısı, kendi tutum ve inançları vb.), tedaviden kaynaklı faktörler (yaşam şeklinin etkilenmesi durumu, tedavi sürecinin karmaşıklığı ve süresi, bireyin tedaviye uyum becerisi ve tedaviye yönelik algısı, sağlık personeli ve birey arasında görüş birliği vb.), sosyodemografik özellikler (yaşam yeri, tedavi merkezine ulaşım gibi yaşam yeri kaynaklı faktörler, yaş, cinsiyet, eğitim durumu, sigara veya alkol gibi alışkanlıklar, medeni durum vb.) ve psikososyal faktörler (depresyon, inkar, anksiyete, bireysel inanç ve tutumlar, başkalarına bağımlı olma vb.) olmak üzere birçok faktör etkilemektedir (Kara, 2007). HD tedavisi alan bireylerde tedaviye uyumu etkileyen faktörlerin ele alınması ile tedavinin etkinliği artırılmakta ve daha iyi sağlık sonuçlarına ulaşılmaktadır (Yılmaz vd., 2020). Hastalık ve tedaviye uyumsuzluk durumunda ise bireylerin genel durumları ve tedavi sonuçları olumsuz yönde etkilenmektedir (Murali ve Lonergan, 2020).

Literatürde HD tedavisi alan bireylerin tedaviye uyum düzeylerini ve etkileyen faktörleri (Dantas, Rocha ve Cruz, 2020; Halle vd., 2020; Ozen vd., 2019; Varghese, 2021; Varol ve Sivrikaya, 2018; Yılmaz vd., 2020) ve HD sürecinde bireylerin yaşadıkları semptomları (Atik vd., 2020; Demiroğlu ve Bülbül, 2021; Ng vd., 2021; Tayaz ve Koç, 2020; van der Villik vd., 2021; Yılmaz vd., 2020) inceleyen çalışmalar yer almakta olup, HD tedavisi alan bireylerde hastalık uyum düzeyi ile semptom deneyimleme düzeyinin birlikte değerlendirildiği çalışma sayısının sınırlı olduğu görülmüştür.

Amaç ve Araştırma Soruları

Bu araştırma, HD tedavisi alan bireylerde hastalığa uyum düzeyi, semptom düzeyi ve uyuma etki eden faktörlerin belirlenmesi amacı ile gerçekleştirilmiştir. Bu amaç doğrultusunda aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır:

HD tedavisi alan bireylerin kronik hastalığa uyum düzeyi nasıldır?

HD tedavisi alan bireylerin diyaliz semptom düzeyleri nasıldır?

HD tedavisi alan bireylerin sosyo-demografik ve hastalığa ilişkin özellikleri ile deneyimledikleri diyaliz semptomları, kronik hastalığa uyum üzerinde yordayıcı mıdır?

YÖNTEM

Araştırmanın Tipi

Bu çalışma HD tedavisi alan bireylerde hastalığa uyum düzeyi, semptom düzeyi ve uyuma etki eden faktörlerin incelendiği tanımlayıcı kesitsel tipte bir araştırmadır.

Araştırmanın Evreni/Örnekleme

Araştırmanın evrenini Temmuz-Eylül 2021 tarihleri arasında ilgili diyaliz merkezlerinde HD tedavisi görmekte olan 284 birey oluşturmuştur. Araştırmanın örneklem

büyükliğini belirleyebilmek amacıyla güç analizi gerçekleştirilmiştir. Gerçekleştirilen güç analizinde .05 anlamlılık seviyesinde minimum .80 istatistiksel güç ile 12 olası bağımsız değişken için ulaşılması gereken minimum örneklem büyüklüğünün 127 olduğu hesaplanmıştır. Olası kayıp değerler dikkate alınarak ve örneklemin evreni daha iyi temsil edebilmesi amacıyla minimum 200 hastaya ulaşım hedeflenmiştir. Araştırma 18 yaş ve üstü olan, en az 6 aydır HD tedavisi alan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 254 gönüllü birey ile tamamlanmıştır.

Veri Toplama Araçları-Geçerlik ve Güvenirlilik Bilgileri

HD Hasta Tanıtıcı Formu: Araştırmacılar tarafından geliştirilen bu formda bireylerin sosyo-demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni durum vb.) ve uyumunu etkileyebileceği düşünülen hastalık ile ilgili bilgileri içeren 14 soru yer almaktadır.

Diyaliz Semptom İndeksi (DSİ): Weisbord vd. (2004) tarafından geliştirilen ölçek Önsöz ve Usta (2013) tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır. İndeks fiziksel ve emosyonel semptomları ve bu semptomların şiddetini belirlemeye yönelik 30 maddeden oluşmakta olup 5'li likert tipindedir. İndeksten alınacak en düşük puan 0, en yüksek puan 150 olup puan arttıkça diyaliz semptomları da artmaktadır. Önsöz ve Usta (2013)'ın çalışmasında ölçeğin cronbach alpha değeri .83, bu çalışmada ise .91 bulunmuştur.

Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği (KHUÖ): Atik ve Karatepe (2016) tarafından geliştirilen üç alt boyutlu (fiziksel, sosyal, psikolojik) ve 25 maddeli ölçek 5'li likert tipindedir. Ölçekten alınan en düşük puan 25, en yüksek puan 125'tir. Ölçekten alınan yüksek puan, uyumun yüksek olduğunu göstermektedir Atik ve Karatepe (2016)'nin çalışmasında ölçeğin cronbach alpha değeri .88, bu çalışmada ise .85 bulunmuştur.

Verilerin Toplanması

Araştırma verileri, birinci araştırmacı tarafından yüz-yüze görüşme tekniği kullanılarak HD seansı esnasında toplanmıştır.

Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin analizi, Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) V25 programı ile gerçekleştirilmiştir. Hastaların sosyodemografik özellikleri, kronik hastalığa uyum düzeyleri, diyaliz semptom şiddeti düzeyleri hakkında bilgi vermek amacıyla frekans, yüzde, ortalama, standart sapma, minimum değer, maximum değeri içeren tanılayıcı istatistiklerden yararlanılmıştır. Kronik hastalığa uyum düzeyine etki eden faktörleri belirleyebilmek amacıyla çoklu doğrusal regresyon analizi gerçekleştirilmiştir. Çoklu doğrusal regresyon analizinde ikiden fazla kategoriye sahip demografik değişkenlerde ilk grup referans kategori olarak kullanılmıştır. Açıklanan varyans oranlarının yorumlanmasında Cohen (1992) etki büyüklüğü sınıflandırması kullanılmıştır. Çoklu doğrusal regresyon analizinin varsayımları olan normallik, çoklu doğrusallık, eş varyanslılık ve doğrusallık varsayımları analizlerden önce kontrol edilmiş ve karşılandığı bulunmuştur (Field, 2024; George ve Mallery, 2024). İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < .05$ olarak kabul edilmiştir.

Araştırmanın Değişkenleri

Hastalığa uyum düzeyi ve diyaliz semptom düzeyleri araştırmanın bağımlı değişkenlerini oluşturmaktadır. Bağımsız değişkenler ise yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, ekonomik durum, çalışma durumu, bakıma destek olan kişilerin varlığı, bakıma destek olan kişiler, ailede HD tedavisi alan birey olma durumu, haftalık HD seansı, HD tedavi süresi, başka kronik hastalık olma durumu, var olan diğer kronik hastalıklar ve damara erişim

yoludur.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma için gerekli etik ve yasal izinler bir devlet üniversitesinin Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan (Tarih: 21.06.2021 Sayı: 19917) ve çalışmanın yürütüleceği kurumların bağlı olduğu İl Sağlık Müdürlüklerinden (Tarih: 20.04.2021, Sayı: E-92198657-772) alınmıştır. Katılımcılara, araştırmaya katılımın tamamen gönüllülük esasına dayalı olduğu, verdikleri cevapların gizli kalacağı, verilerin araştırma amacı dışında kullanılmayacağı ve geri çekilme hakkı ile ilgili gerekli bilgilendirmeler yapılmış olup tüm katılımcıların yazılı aydınlatılmış onamları alınmıştır. Araştırma Helsinki Bildirgesi, araştırma ve yayın etiği ilkelerine uygun olarak gerçekleştirilmiştir.

BULGULAR

HD Tedavisi Alan Bireylerin Sosyodemografik ve Hastalığa İlişkin Özellikleri

Tablo 1’de görüldüğü gibi HD tedavisi alan bireylerin yaş ortalaması 62.08 ± 15.86 olup bireylerin %53.50’si erkek, %75.20’si evli, %68.90’ı ilkokul veya ortaokul mezunu, %52.00’si ise emeklidir. Bireylerin %79.50’si ekonomik durumunun orta olduğu, %89.90’ının yaşamında bakımlarına destek sağlayan kişilerin olduğu ve %43.70’inin ise en önemli destek kaynağının eşleri olduğu, %16.14’ünün ailesinde HD tedavisi alan başka bireylerin de bulunduğu belirlenmiştir. HD tedavisi alan bireyler hastalığa ilişkin özellikler açısından incelendiğinde ise %73.20’sinin haftada 3 kez HD tedavisi aldığı, %42.10’unun 3-5 yıldır HD tedavisi aldığı, %81.50’sinin başka bir kronik hastalığa sahip olduğu, kronik hastalığı bulunan bireylerin %76.52’sinde HT, %46.00’sinde DM, %21.12’sinde kalp hastalıkları olduğu

belirlenmiştir. Bireylerin %47.20'sinde damara erişim yolunun diyaliz katateri, %52.80'inde fistül olduğu bulunmuştur.

HD Tedavisi Alan Bireylerin Hastalığa Uyum Düzeyi ve Semptom Düzeyi

Tablo 2'de HD tedavisi alan bireylerin KHUÖ ve DSİ tanılayıcı istatistikleri yer almaktadır.

Tablo 2'de görüldüğü gibi HD tedavisi alan bireylerin DSİ ortalaması 57.67 ± 21.69 iken KHUÖ ortalaması 81.38 ± 12.19 , KHUÖ alt boyutlarından fiziksel uyumun ortalaması 38.07 ± 6.09 , sosyal uyumun ortalaması 19.64 ± 4.81 ve psikolojik uyumun ortalaması 23.66 ± 3.39 olarak saptanmıştır. Tabloda gösterilmemekle birlikte HD hastalarında diyaliz semptomlarının yaygınlığı incelendiğinde en yaygın semptomların yorgunluk ve enerjide azalma (%94.90), deride kuruluk (%79.50), endişelenme (%77.20) ve kas krampları (%77.20) iken en az yaygın semptomların kusma (%40.60), bacakları hareketsiz tutmada zorlanma (%44.90) ve cinsel yönden uyarılmada zorluk (%46.90) olduğu belirlenmiştir.

HD tedavisi alan bireylerin kronik hastalığa uyumunu yordayan değişkenleri belirleyebilmek amacıyla gerçekleştirilen çoklu doğrusal regresyon analizi sonuçları Tablo 3'te görülmektedir.

HD tedavisi alan bireylerde kronik hastalığa uyum düzeyini yordayan değişkenleri belirlemek amacıyla oluşturulan modelin anlamlı olduğu bulunmuştur ($F(18, 235) = 5.67, p < .001, R^2 = .30$). Oluşturulan regresyon modeli yüksek düzeyde etki büyüklüğüne sahip olup kronik hastalığa uyum puanlarındaki değişimin %30'unu açıklamaktadır. Tablo 3'te görüldüğü gibi kadın cinsiyetine sahip olmak ($\beta = .160$), lise ve üstü eğitim düzeyine sahip olmak ($\beta = .178$), evli olmak ($\beta = .148$), ekonomik durumunu

Tablo 1. HD Tedavisi Alan Bireylerin Sosyo-Demografik ve Hastalığa İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı (N = 254)

Değişkenler	X	SS
Yaş (Min.-Max. = 22-108)	62.08	15.86
Cinsiyet	n	%
Kadın	118	46.50
Erkek	136	53.50
Eğitim Durumu		
Okuryazar	44	17.30
İlkokul-Ortaokul	175	68.90
Lise ve üstü	35	13.80
Medeni Durum		
Evli	191	75.20
Bekar	63	24.80
Ekonomik Durum		
İyi	36	14.20
Orta	202	79.50
Kötü	16	6.30
Çalışma Durumu		
Çalışmıyor	92	36.20
Çalışan (işçi/memur)	30	11.80
Emekli	132	52.00
Bakıma Destek Olan Kişilerin Varlığı		
Evet	228	89.80
Hayır	26	10.20
Bakıma Destek Olan Kişiler*		
Eş	111	43.70
Çocuklar	83	32.70
Anne ve veya baba	14	5.50
Diğer	46	18.10
Ailede HD Tedavisi Alan Başka Bireyin Olma Durumu		
Evet	41	16.14
Hayır	213	83.86
Haftalık HD Seans Sıklığı		
1-2 kez	68	26.80
3 kez ve daha fazla	186	73.20
HD Tedavi Süresi		
6 ay-2 yıl	82	32.30
3-5 yıl	107	42.10
6-8 yıl	30	11.80
9 yıl ve üzeri	35	13.80
Başka Kronik Hastalığın Varlığı		
Evet	207	81.50
Hayır	47	18.50
Var Olan Diğer Kronik Hastalıklar*		
DM	98	46.00
HT	163	76.52
Kalp hastalıkları	45	21.12
Diğer	58	27.23
Damara Erişim Yolu		
Diyaliz katateri	120	47.20
Fistül	134	52.80

*n katlanmıştır.

Tablo 2. HD Tedavisi Alan Bireylerin KHUÖ ve DSİ Tanımlayıcı İstatistikleri

Ölçekler	Madde Sayısı	N	Min.	Max.		SS	Yorum
DSİ	30	254	00.00	108.00	57.67	21.69	Düşük
KHUÖ	25	254	40.00	112.00	81.38	12.19	Orta
Fiziksel Uyum	11	254	19.00	52.00	38.07	6.09	Yüksek
Sosyal Uyum	7	254	8.00	31.00	19.64	4.81	Orta
Psikolojik Uyum	7	254	11.00	33.00	23.66	3.39	Orta

= Ortalama, SS = Standart Sapma, Min.: Minimum, Max.: Maximum, KHUÖ: Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği, DSİ: Diyaliz Semptom İndeksi

orta ($\beta = .300$) ya da yüksek ($\beta = .311$) olarak değerlendirmek ve diyaliz esnasında fistül damara erişim yolunu kullanmak ($\beta = .178$) kronik hastalığa uyumun pozitif anlamlı bir yordayıcısıyken, yaş ($\beta = -.278$) kronik hastalığa uyumun negatif anlamlı bir yordayıcısıdır. Çoklu doğrusal regresyon analizi kategorik değişkenlerle gerçekleştirildiğinde anlamlı beta katsayıları gruplar arası farklılığı ifade ettiğinden (Field, 2024; George ve Mallery, 2024) bu örnekleme kadın cinsiyetine sahip bireylerin kronik hastalığa uyumu erkeklerden, ekonomik durumu orta ve yüksek düzeyde olan bireylerin ekonomik durumunu düşük olarak değerlendiren bireylerden, lise ve üstü eğitim düzeyine sahip bireylerin kronik hastalığa uyumu okuryazar bireylerden, evli bireylerin kronik hastalığa uyumu bekar bireylerden, diyaliz esnasında fistül damara erişim yolunu kullanan bireylerin kronik hastalığa uyumu diyaliz esnasında diyaliz katateri damara erişim yolunu kullanan bireylerin kronik hastalığa uyum düzeyleri anlamlı bir şekilde daha yüksektir. Ayrıca bu örnekleme yaşlı büyük olan bireylerin kronik hastalığa uyumu düşük olma eğilimindedir. Ancak DSİ, çalışma durumu, bakıma destek olan kişilerin varlığı, haftalık HD seans sıklığı, HD tedavi süresi ve başka kronik hastalığın varlığı kronik hastalığa uyumun yordayıcısı değildir.

TARTIŞMA

Kronik Hastalığa Uyum Düzeyi

HD tedavisi alan bireylerin genel olarak

hastalığa uyumlarının orta düzeyde olduğu ve en yüksek uyumun fiziksel, en düşük uyumun ise sosyal alanda olduğu saptanmıştır. Konu ile ilgili yapılan diğer çalışmalarda da benzer şekilde hastalığa uyumun orta düzeyde olduğu ve en yüksek uyumun fiziksel boyutta olduğu belirlenmiştir (Aslan, Çetkin ve Demir, 2021; Manav, Atik ve Çapar, 2021). HD tedavisi alan bireylerde uyum; karşılaşılan problemlerin etkin yönetiminde, tedavinin başarısında, yaşam kalitesinde, morbidite ve mortalite üzerinde doğrudan etkisi olan bir faktör olup bireylerin önemli bir kısmında tedaviye uyumsuzluk mevcuttur (Varol ve Sivrikaya, 2018). HD tedavi süresinin uzun ve meşakkatli olması, bireylerin %73.20'sinin haftada 3 ve daha fazla kez HD tedavisi alması ve %83,86'sında başka bir kronik hastalık varlığı uyumu negatif yönde etkileyebilecek faktörler olarak görülmektedir.

Diyaliz Semptomları

HD tedavisi alan bireylerin diyaliz semptomlarını deneyimleme düzeylerinin ortalamanın altında olduğu saptanmıştır. Yılmaz vd. (2020)'nin ve Demir ve Özer (2022)'in çalışmalarında, semptom düzeyinin düşük olduğu bulunmuştur. Bu çalışmadaki bireylerin %73.20'sinde haftalık HD seansının 3 ve daha fazla kez olması semptom düzeyinin düşük olmasının nedeni olabilir. Bireylerin en sık deneyimlediği semptomların ise sırasıyla; yorgunluk ve enerjide azalma, deride kuruluk, endişelenme ve kas krampları olduğu saptanmıştır. Fleishman

Tablo 3. Kronik Hastalığa Uyuma Etki Eden Faktörlerin Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi

	<i>B</i>	<i>Sh</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>sr</i>
Sabit	82.329	6.113		13.467	.001***	
DSİ	.008	.035	.014	.218	.828	.012
Yaş	-.219	.055	-.278	-3.950	.001***	-.215
Cinsiyet						
Erkek (R)						
Kadın	3.902	1.710	.160	2.280	.023*	.124
Eğitim Durumu						
Okuryazar (R)						
İlkokul-Ortaokul	2.807	1.935	.107	1.451	.148	.079
Lise ve üstü	6.295	2.819	.178	2.233	.027*	.122
Medeni Durum						
Bekâr (R)						
Evli	4.176	1.699	.148	2.458	.015*	.134
Ekonomik Durum						
Kötü (R)						
Orta	9.046	3.159	.300	2.863	.005**	.156
İyi	10.858	3.568	.311	3.043	.003**	.166
Çalışma Durumu						
Çalışmıyor (R)						
Çalışan (işçi/memur)	3.218	2.469	.085	1.303	.194	.071
Emekli	.046	1.895	.002	.024	.981	.001
Bakıma Destek Olan Kişilerin Varlığı						
Hayır (R)						
Evet	3.368	2.465	.084	1.366	.173	.074
Ailede HD Tedavisi Alan Başka Bireyin Olma Durumu						
Hayır (R)						
Evet	-.714	1.802	-.023	-.396	.693	-.022
Haftalık HD Seans Sıklığı						
1-2 kez (R)						
3 kez ve daha fazla	-1.644	1.666	-.060	-.987	.325	-.054
HD Tedavi Süresi						
6 ay-2 yıl (R)						
3-5 yıl	.884	1.626	.036	.543	.587	.030
6-8 yıl	4.560	2.406	.121	1.895	.059	.103
9 yıl ve üzeri	2.387	2.387	.068	1.000	.318	.054
Başka Kronik Hastalığın Varlığı						
Hayır (R)						
Evet	-2.181	1.805	-.070	-1.209	.228	-.066
Damara Erişim Yolu						
Diyaliz Katateri (R)						
Fistül	4.340	1.495	.178	2.904	.004**	.158

$p < .05^*$, $p < .01^{**}$, $p < .001^{***}$, R: Referans kategori

vd. (2020)'nin çalışmasında bireylerin en sık yorgunluk, cinsel doyuma zorlanma, cinsel ilgide azalma, endişe, uykuyu sürdürme zorluğu ve uykuya dalma güçlüğü yaşadığı belirlenmiştir. Zhou vd. (2023)'nin yaşlılarla gerçekleştirdiği çalışmada, en sık deneyimlenen semptomların deride kuruluk, ağız kuruluğu, kaşıntı ve uykuyu sürdürme zorluğu olduğu tespit edilmiştir. You vd. (2022)'nin çalışmasında bireylerin en sık yorgunluk hissi/enerji eksikliği, deride kuruluk, uykuya dalmada zorluk, kas krampları ve kaşıntı deneyimlediği bulunmuştur. Hindistan ve Deniz (2018)'in çalışmasında bireylerin en sık yorgunluk ve enerjide azalma, kas krampları, kemik ve eklem ağrısı yaşadığı, Atik vd. (2020)'nin çalışmasında ise bireylerin en sık yorgunluk ve enerjide azalma, kemik ve eklem ağrısı ve uykuya devam etme güçlüğü yaşadığı belirlenmiştir. Bu çalışmanın sonuçları, literatürdeki çalışmalar ile uyumluluk göstermektedir. En sık deneyimlenen semptom olan yorgunluğun nedeni; bireylerin çoğunun ileri yaşta olması, ek kronik hastalıkların varlığı ve bireylerin önemli bir kısmının haftanın en az 3 günü HD tedavisi için kliniğe geliyor olması olabilir.

Kronik Hastalığa Uyuma Etki Eden Faktörler

Kronik hastalığa uyumu etkileyen önemli faktörlerden birinin yaş olduğu ve yaş artışı ile birlikte uyumun azaldığı saptanmıştır. Literatürde benzer sonucun elde edildiği çalışmalar (Aslan vd., 2021; Yılmaz ve Kara, 2021) yer almakla birlikte Karatepe ve Atik (2021)'in çalışmasında yaş ile kronik hastalığa uyum arasında bir ilişki olmadığı, Mhammedi vd. (2019)'nin çalışmasında ise yaş artışı ile birlikte tedaviye uyumun arttığı belirlenmiştir. Yaş artışı ile fiziksel aktivite azalmakta, sosyal kısıtlılıklar ve bakım veren kişilere bağımlılık düzeyi ve ek kronik hastalıkların ve tedaviye

bağlı istenmeyen semptomların sayısı artmakta, içe kapanma, depresyon ve ölüm korkusu ile daha sık karşılaşılmaktadır (Erken vd., 2019). Yaşın ilerlemesi ile gelişen bu değişikliklerin kronik hastalığa uyumu azalttığı düşünülmektedir.

Bu çalışmada cinsiyetin, kronik hastalığa uyumu etkilediği ve uyumun kadınlarda daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yılmaz ve Kara (2021)'nin çalışmasında, cinsiyet ile uyum arasında bir ilişki bulunamamıştır. Yılmaz vd. (2019)'nin yaptığı çalışmada ise erkeklerin hastalığa uyum düzeylerinin daha iyi olduğu belirlenmiştir. Kadınların sağlık konusunda daha detaycı ve dikkatli olmaları, çalışmaya dahil edilen kadınların çoğunun evde daha fazla zaman geçiriyor olması (kendilerine daha fazla zaman ayırmaları vb.), bu çalışmadaki kadınların uyum düzeylerini arttırmış olabilir.

Hastalığa uyumda eğitim düzeyinin önemli olduğu, lise ve üstü eğitime sahip bireylerin kronik hastalığa uyum düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Karatepe ve Atik (2021)'in çalışmasında lisans eğitimine sahip bireylerin uyumu daha yüksek çıkmıştır. Yılmaz ve Kara (2021)'nin ve Aslan vd. (2021)'nin çalışmasında ise eğitim düzeyi arttıkça hastalığa uyumun arttığı bulunmuştur. Artan eğitim düzeyinin sağlık okuryazarlığını ve sağlık-hastalık farkındalığını artırarak, uyumu olumlu yönde etkilediği düşünülmektedir.

Medeni durumun hastalığa uyumu etkilediği ve evlilerde uyum düzeyinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Kronik hastalıklı bireylerle (%15.4'ü kronik böbrek hastalığı olan bireyler) gerçekleştirilen bir çalışmada da benzer sonuç elde edilmiştir (Aslan vd., 2021). Evli bireylere eş ve çocukları tarafından sağlanan bakım ve psikososyal destek, sonucu etkilemiş olabilir.

Uyumu etkileyen faktörlerden bir diğerinin de ekonomik durum olduğu ve ekonomik durumu

orta ve yüksek olan bireylerin hastalığa uyum düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Yılmaz ve Kara (2021)'nin ve Aslan vd. (2021)'nin çalışmasında, ekonomik düzey arttıkça uyum düzeyinin arttığı saptanmıştır. Mhammedi vd. (2019)'nin çalışmasında ise hastalığa uyumsuzluğun düşük sosyoekonomik düzey ile ilişkili olduğu belirlenmiştir. Ekonomik durumun, HD tedavi sürecinde profesyonel bakım alma ve sağlık hizmetlerine daha kolay erişimin sağlanması açısından önemli olduğu düşünülmektedir.

HD tedavisi alan bireylerin damara erişim yoluna göre kronik hastalığa uyum düzeylerinin farklılaştığı ve fistülü olan bireylerin uyumlarının daha yüksek bulunmuştur. Atik ve Güngör (2020)'ün fistüle sahip HD tedavisi alan bireylerle gerçekleştirdiği çalışmada, bireylerin fiziksel uyum ve genel uyum düzeyleri yüksek bulunurken, sosyal ve psikolojik uyumlarının orta düzeyde olduğu bulunmuştur. Fistülün, bireyin özbakım uygulamalarını kısıtlamaması dolayısıyla uyumu arttırdığı düşünülmektedir.

Kısıtlılıklar

HD tedavisi alan birey sayısındaki yetersizlik nedeniyle araştırmanın üç farklı merkezde gerçekleştirilmiş olması, hastalığa uyumun ve deneyimlenen semptomların prospektif olarak değerlendirilememesi, bireylerin yaşadıkları sorunların yalnızca subjektif verilerle değerlendirilmiş olması bu araştırmanın sınırlılıklarıdır.

SONUÇLARIN UYGULAMADA KULLANIMI

Araştırma bulgularımıza göre; HD tedavisi alan bireylerin deneyimledikleri diyaliz semptom yoğunluğunun ortalamanın altında, hastalığa uyumlarının orta düzeyde olduğu ve en yüksek uyumun fiziksel, en düşük uyumun ise sosyal alanda olduğu saptanmıştır. Ayrıca kronik

hastalığa uyumun kadınlarda, lise ve üstü eğitime sahip olanlarda, evlilerde, ekonomik durumu orta ve yüksek olanlarda, fistül damara erişim yolunu kullananlarda daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

HD hemşirelerinin, bakım ve tedavilerin planlanması sürecinde bireylerin hastalığa uyumlarını ve semptom düzeylerini değerlendirmeleri, süreci olumsuz etkileyen faktörleri dikkate alarak planlama yapmaları önerilmektedir. HD tedavisi alan bireylerin hastalığa uyumlarının attırılmasına yönelik müdahale çalışmalarına ihtiyaç vardır.

Bilgilendirme

Yazarlar tarafından herhangi bir potansiyel çıkar çatışması bildirilmemiştir. Yazarlar bu makalenin araştırılması, yazarlığı ve/veya yayınlanması için herhangi bir mali destek almamıştır. Araştırmanın giderleri araştırmacılar tarafından karşılanmıştır. Araştırma için etik kurul izni (bir devlet üniversitesinin Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu, Tarih: 21.06.2021 Sayı: 19917) ve çalışmanın yürütüleceği kurumlar olan İl Sağlık Müdürlüklerinden (Tarih: 20.04.2021, Sayı: E-92198657-772) araştırma izni alınmıştır. Araştırma ile ilgili tüm işlemler fikir/kavram ZE, MÇY; tasarım ZE, MÇY; denetleme/danışmanlık MÇY; veri toplama ve işleme ZE; analiz ve yorum ZE, MÇY; kaynak taraması ZE; makale yazımı ZE, MÇY; eleştirel düşünme ve değerlendirme ZE, MÇY tarafından yürütülmüştür.

KAYNAKLAR

Aslan, H., Çetkin, T. ve Demir, R. (2021). Effects of chronic illness adaptation on the healthy lifestyle behaviours of patients in internal services. Çukurova Medical Journal, 46(3), 1140-1149.

Atik, D. ve Güngör, S. (2020). Determination of adaptation levels and applications for fistulas care and protection to disease of patients with arteriovenous

fistula. *Journal of Health Sciences*.10:58-66.

Atik, D. ve Karatepe, H. (2016). Scale development study: adaptation to chronic illness. *Acta Medica Mediterranea*, 32(1), 135-42.

Atik, D., Karatepe, H. ve Yuce, U. O. (2020). The relationship between fluid control and disease adaptation levels with symptoms in patients undergoing hemodialysis. *Basic and Clinical Health Sciences*, 4(3), 264-271.

Bilgiç, N. (2020). Kronik böbrek hastalıkları ile diyaliz birimlerinde hemşirelerin maliyet-etkililik ve verimliliğe etkisi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 15(1), 23-29.

Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155-159.

Dantas, L. G., Rocha, M. S., ve Cruz, C. M. S. (2020). Non-adherence to hemodialysis, perception of the illness, and severity of advanced nephropathy. *Brazilian Journal of Nephrology*, 42(4), 413-419.

Demir, C. A. ve Özer, Z. (2022). Hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda semptom ve konfor ilişkisi/The relationship of symptoms and comfort in patients receiving hemodialysis, 17(1), 10-20. doi:10.47565/ndthdt.2022.49.

Demiralp, İ. ve Yılmaz, F. T. (2024). Relationship between fluid control and symptom severity in hemodialysis patients. *Sakarya Üniversitesi Holistik Sağlık Dergisi*, 7(1), 61-70.

Demiroğlu, S. ve Bülbül, E. (2021). Hemodiyaliz tedavisi alan hastaların depresyon, anksiyete, stres durumları ve diyaliz semptomlarıyla ilişkisi/The relationship of patients receiving hemodialysis with depression, anxiety, stress conditions and dialysis symptoms. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 16(3), 124-133.

Erken, E., Güzel, F. B., Akkuş, G., Güngör, Ö. ve Altınören, O. (2019). Genç erişkin hemodiyaliz hastalarında kırılabilirlik ve kognitif bozukluk

arasındaki ilişki, *Journal of Istanbul Faculty of Medicine*, 82 (2), 81-88. DOI: 10.26650/2018.0037.

Field, A. P. (2024). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics* (6. bs). SAGE Publications.

Fleishman, T. T., Dreiherr, J. ve Shvartzman, P. (2020). Patient-Reported outcomes in maintenance hemodialysis: A cross-Sectional, multicenter study. *Qual Life Res*, 29, 2345-2354. <https://doi.org/10.1007/s11136-020-02508-3>.

George, D. ve Mallery, P. (2024). *IBM SPSS Statistics 29 step by step: A simple guide and reference* (18. bs). Routledge.

Halle, M. P., Nelson, M., Kaze, F. F., Jean Pierre, N. M. O., Denis, T., Fouda, H., ... Ashuntantang, E. G. (2020). Non-adherence to hemodialysis regimens among patients on maintenance hemodialysis in Sub-Saharan Africa: An Example from cameroon. *Renal Failure*, 41(1), 1022-1028. <https://doi.org/10.1590/2175-8239-JBN-2019-0147>.

Hindistan, S. ve Deniz, A. (2018). Hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda semptom değerlendirmesi. *Bezmiâlem Science*, 6, 8-112.

Kara, B. (2007). Hemodiyaliz hastalarında tedaviye uyum: çok yönlü bir yaklaşım. *Gülhane Tıp Dergisi*, 132-136.

Karabulutlu, E. Y. ve Yılmaz, M. Ç. (2019). Hemodiyaliz tedavisi alan bireylerin sıvı kısıtlamasına uyum düzeyleri. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (3), 390-398.

Karatepe, H. K. ve Atik, D. (2021). Stress and adaptation to the illness of women with cardiovascular system illness in Covid-19 Pandemia. *Acta Medica Mediterranea*, 1309-1316.

Manav, A. İ., Atik, D. ve Çapar, A. (2021). Diyabeti olan yetişkinlerin koşulsuz kendini kabul ve kronik hastalığa uyumlarının değerlendirilmesi. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, 4(2), 153-162.

- Mhammedi, S. A., Hamdi, F., Benabdelhak, M., Bentata, ve Haddiya, I. (2019). L'observance thérapeutique: un autre défi à relever chez l'hémodialysé chronique [Therapeutic compliance: another challenge for patients on chronic haemodialysis]. *The Pan African Medical Journal*, 33, 28. <https://doi.org/10.11604/pamj.2019.33.28.9448>.
- Mukakarangwa, M. C., Chironda, G., Bhengu, B. ve Katende, G. (2018). Adherence to hemodialysis and associated factors among end stage renal disease patients at selected nephrology units in Rwanda: A descriptive cross-sectional study. *nursing research and practice*.
- Murali, K. M. ve Lonergan, M. (2020). Breaking the adherence barriers: strategies to improve treatment adherence in dialysis patients. *Seminars in Dialysis*, 33(6), 475-485.
- Ng, M., Wong, C. L., Choi, K. C., Hui, Y. H., Ho, E. H. S., Miaskowski, C., ... So, W. K. W. (2021). A mixed methods study of symptom experience in patients with end-stage renal disease. *Nursing Research*, 70(1), 34-43. <https://doi.org/10.1097/NNR.0000000000000479>.
- Ozen, N., Cinar, F. I., Askin, D., Mut, D. ve Turker, T. (2019). Nonadherence in hemodialysis patients and related factors: A multicenter study. *Nursing Research*, 27(4).
- Önsöz, H. B. ve Usta, Y. Ö. (2013). Reliability and validity of the Turkish version of the dialysis symptom index in chronic hemodialysis patients. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*, 22(1), 60-67.
- Pretto, C. R., Winkelmann, E. R., Hildebrandt, L. M., Barbosa, D. A., Colet, C. F. ve Stumm, E. (2020). Quality of life of chronic kidney patients on hemodialysis and related factors. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 28. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3641.3327>.
- Seyahi, N., Kocyigit, İ., Eren, N., Tonbul, H. Z., Tatar, E., Yilmaz, Z., ... Ates, K. (2025). Current status of kidney replacement therapy in Türkiye: A summary of 2023 Turkish Society of Nephrology registry report. *Turk J Nephrol*, 34: 141-148. doi: 10.5152/turkjnephrol.2025.24978
- Tayaz, E. ve Koç, A. (2020). Hemodiyaliz tedavisi alan kronik böbrek yetmezliği hastalarında semptom yönetimi ve hemşirelik. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 23(1), 147-156.
- Tayebi, A., Einollahi, B., Rahimi, A. ve Sirati-Nir, M. (2019). Non-adherence to treatment among Iranian dialysis patients, a systematic review. *Iranian Journal of Kidney Diseases*, 13(6), 347-361
- United States Renal Data System. (2024). *USRDS Annual data report: epidemiology of kidney disease in the united states*. URL: <https://usrdp-adr.niddk.nih.gov/2024/end-stage-renal-disease/1-incidence-prevalence-patient-characteristics-and-treatment-modalities>. Son Erişim Tarihi: 23/05/2025.
- van der Willik, E. M., Hemmelder, M. H., Bart, H. A., van Ittersum, F. J., Hoogendijk-van den Akker, J. M., ... Meuleman, Y. (2021). Routinely measuring symptom burden and health-related quality of life in dialysis patients: first results from the dutch registry of patient-reported outcome measures. *Clinical Kidney Journal*, 14(6), 1535-1544.
- Varghese, S. A. (2021). A Comparative study of treatment adherence among in-center hemodialysis patients based on years on dialysis and demographic factors. *Social Service Research*, 47, 736-742.
- Varol, E. ve Sivrikaya, S.K. (2018). Kronik böbrek yetmezliğinde yaşam kalitesi ve hemşirelik. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 8(2), 89-96.
- Weisbord, S. D., Mor, M. K., Sevvick, M. A., Shields, A. M., Rollman, B. L., Palevsky, P. M., ... Fine, M. J. (2014). Associations of depressive symptoms and pain with dialysis adherence, health resource utilization, and mortality in patients receiving chronic

hemodialysis. Clinical Journal of the American Society of Nephrology: CJASN, 9(9), 1594-1602. <https://doi.org/10.2215/CJN.00220114>.

Yılmaz, C. K. ve Kara, F. Ş. (2021). The effect of spiritual well-being on adaptation to chronic illness among people with chronic illnesses. *Perspect Psychiatr Care*, 57, 318- 325.

Yılmaz, F. T., Havva, S., Kumsar, A. K., Aygin, D., Sipahi, S. ve Genç, A. B. (2020). Hemodiyaliz tedavisi alan hastaların umut düzeyleri, semptom kontrolü ve tedaviye uyumlarının değerlendirilmesi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (1), 35-43.

Yılmaz, F. T., Şahin, A. D. ve Türesin, A. K. (2019). Tip 2 diyabetli bireylerde hastalığı kabul düzeyinin glisemik kontrol ile ilişkisi. *Cukurova Medical Journal*, 44(4), 1284-1291.

Zhou, M., Gu, X., Cheng, K., Wang, Y. ve Zhang, N. (2023). Exploration of symptom clusters during hemodialysis and symptom network analysis of older maintenance hemodialysis patients: a cross-sectional study. *BMC Nephrology*, 24(1), 115.

You, A. S., Kalantar, S. S., Norris, K. C., Peralta, R. A., Narasaki, Y., Fischman, R., ... & Rhee, C. M. (2022). Dialysis symptom index burden and symptom clusters in a prospective cohort of dialysis patients. *Journal of nephrology*, 35(5), 1427-1436.

ORIGINAL ARTICLE / ORJİNAL MAKALE

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarının Spiritüel İyi Oluşlarının Yaşam Kalitesiyle İlişkisi

The Relationship between Spiritual Well-being and Quality of Life in Chronic Obstructive Pulmonary Patients



İlknur Kaba Dere¹



Güler Duru Aşiret²

¹Uzman Hemşire, Birleşik Krallık

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

Geliş: 12.06.2023, Kabul: 13.10.2025

Öz

Giriş: Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), hastaların yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyen bir sağlık sorunudur. Bu bağlamda, KOAH hastalarının yaşadığı semptomlar ile birlikte spiritüel durumlarının ve yaşam kalitesinin anlaşılması önem taşımaktadır.

Amaç: Bu çalışmada, kronik obstrüktif akciğer hastalarının spiritüel iyi oluş düzeyi ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Tanımlayıcı nitelikteki bu çalışma, Mart-Haziran 2022 tarihleri arasında Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi'nde tedavi gören KOAH hastalarını kapsamaktadır. Araştırmaya katılmayı kabul eden 250 KOAH hastası ile yürütülen çalışmada, veriler "Kişisel Bilgi Formu", "Üç Faktörlü Spiritüel İyi Oluş Ölçeği" ve "Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Değerlendirme Testi (CAT)" kullanılarak toplanmıştır. Elde edilen veriler; sayı, yüzde, aritmetik ortalama, standart sapma, Kolmogorov-Smirnov testi, Mann-Whitney U testi, Kruskal-Wallis testi ve Spearman korelasyon analizi yöntemleri kullanılarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalaması 65.28 ± 7.26 olup, yarıdan fazlası erkek (%52.8), evli (%90), çalışmıyor (%74.8) ve ilköğretim mezunudur (%79.8). Çalışmaya katılan bireylerin Üç Faktörlü Spiritüel İyi Oluş Ölçeği puan ortalamaları 136.06 ± 8.14 , CAT puan ortalamaları ise 11.57 ± 3.97 'dir. Kronik obstrüktif akciğer hastalarının spiritüel iyi oluşları ile yaşam kalitesi arasında pozitif yönde ve zayıf düzeyde bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($r = .150$, $p = .050$).

Sonuç: Bu çalışmada, KOAH'lı bireylerin yaşam kalitesinin ve spiritüel iyi oluş düzeyinin yüksek olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca, hastaların spiritüel iyi oluşu düzeyi ile yaşam kalitesi arasında pozitif bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Elde edilen bulgular doğrultusunda, KOAH hastalarının bütüncül bakım süreçlerinde spiritüel iyi oluşu destekleyici müdahalelerin entegrasyonunun, yaşam kalitesinin artırılmasına katkı sağlayabileceği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı, Yaşam Kalitesi, Spiritüel, Hemşirelik, KOAH

Sorumlu Yazar: İlknur KABA DERE, Uzman Hemşire, Birleşik Krallık. **Email:** ilknurkabadere@gmail.com,
Tel: +90 545 607 37 21

Nasıl Atıf Yapılır: Kaba Dere İ., Duru Aşiret G. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarının Spiritüel İyi Oluşlarının Yaşam Kalitesiyle İlişkisi. Etkili Hemşirelik Dergisi. 2025;18(4): 525-540

Journal of Nursing Effect published by Cetus Publishing.



Journal of Nursing Effect 2025 Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License

Abstract

Background: Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is a health problem that significantly affects the quality of life of patients. In this context, it is critical to understand the symptoms experienced by COPD patients as well as their spiritual status and quality of life.

Objective: This study aims to determine the relationship between the spiritual well-being and quality of life of patients with chronic obstructive pulmonary disease.

Method: This descriptive study included COPD patients who were treated at Atatürk Chest Diseases and Thoracic Surgery Training and Research Hospital between March and June 2022. In the study conducted with 250 COPD patients who agreed to participate in the study, data were collected using the 'Personal Information Form', 'Three-Factor Spiritual Well-Being Scale' and 'Chronic Obstructive Pulmonary Disease Assessment Test (CAT)'. The data obtained were evaluated using number, percentage, arithmetic mean, standard deviation, Kolmogorov-Smirnov test, Mann-Whitney U test, Kruskal-Wallis test and Spearman correlation analysis methods.

Results: The mean age of participating patients was 65.28 ± 7.26 , with over half being male (52.8%), married (90%), not employed (74.8%), and primary school graduates (79.8%). The average score on the Three-Factor Spiritual Well-Being Scale was 136.06 ± 8.14 , and the CAT score was 11.57 ± 3.97 . A positive and weak correlation was found between the spiritual well-being of COPD patients and their quality of life ($r = .150$, $p = .050$).

Conclusion: In this study, it was determined that individuals with COPD had good quality of life and high levels of spiritual well-being. In addition, it was determined that the quality of life of COPD patients with high spiritual well-being was also high. According to the findings, it is thought that integrating interventions that support spiritual well-being into the holistic care processes of COPD patients may contribute to improving their quality of life.

Keywords: Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Quality of Life, Spiritual, Nursing, COPD

GİRİŞ

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), kronik bronşit ve amfizeme bağlı olarak, genellikle solunum yollarının iltihaplanması ile karakterize edilen, tedavisi mümkün ve önlenabilir bir hastalıktır (GOLD, 2021). Kronik solunum yolu hastalıkları, dünya genelinde olduğu gibi ülkemizde de önemli bir sağlık sorunu olarak öne çıkmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre, her 10 saniyede bir kişinin ölümüne sebep olan KOAH'ın, 2060 yılına kadar dünya genelinde 5,4 milyon insanın ölümüne neden olacağı tahmin edilmektedir (Köktürk ve Adına, 2017; WHO, 2021). Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) 2019 verilerine göre, 435.941 ölümün 23.547'sinin KOAH'tan kaynaklandığı belirlenmiştir (TÜİK, 2020).

KOAH'lı bireyler, hastalığın erken ve ilerleyen

evrelerinde çeşitli semptomlarla karşılaşmaktadır. Bu semptomlar arasında öksürük, göğüste sıkışma, efor dispnesi, yorgunluk ve siyanoz yer almaktadır. Şiddetlenen semptomlar, bireylerin yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilmekte, semptomların sayıca artması durumunda hastalık algılarını kötüleştirebilir ve bu da yaşam kalitesinin azalmasına yol açabilmektedir (Ann vd., 2021). KOAH hastalarının, yaşam kalitesinin iyileştirilmesi, yaşam süresini uzatmaktan daha öncelikli bir hedef olarak görülmektedir (Köktürk ve Adına, 2017). Düşük yaşam kalitesi, bireylerin günlük yaşamlarını ve spiritüel iyi oluşlarını olumsuz etkilerken, uzun süreli tedavi süreçleri nedeniyle KOAH hastalarında fiziksel sorunların yanı sıra spiritüel sorunlar da ortaya çıkabilmektedir (Tiemensma vd., 2016; Bouloukaki vd., 2024).

Geçmişte spiritüellik, genellikle dini gruplar,

tarikatlar ve inanç temelli topluluklar tarafından şekillendirilen bir kavram olarak değerlendirilirken, günümüzde bireylerin içsel dünyalarına ve kişisel anlam arayışlarına odaklanan daha geniş bir anlayışa evrilmiştir (Korkut, 2012). Türkçede tam karşılığı bulunmayan spiritüel kavramı, bireyin kendi yaşamını, duygularını ve düşüncelerini nasıl anlamlandırdığıyla ilişkili bir kavram olarak açıklanabilmektedir. Din ile bazı ortak noktaları bulunsada sanat, doğa, müzik, resim ve ilham gibi konularla da ilişkili olduğundan, din ile tamamen özdeşleşmemektedir (TDK, 2022). Maneviyat olarak adlandırılan spiritüellik, bireyin sağlık durumu, hastalık süreci, genel iyilik hali ve yaşam kalitesi üzerinde belirleyici bir rol oynamaktadır (Yoshizawa vd., 2023).

Literatürde KOAH hastalığı ile ilgili birçok çalışma bulunmakla birlikte, KOAH hastalarının spiritüel iyi oluşlarının yaşam kalitesiyle olan ilişkisinin incelendiği bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu boşluğun doldurulması, KOAH hastalarının bütünsel sağlık durumunu anlamak ve tedavi stratejilerini iyileştirmek açısından önemlidir. Spiritüel iyi oluşun, KOAH hastalarının yaşam kalitesine olumlu katkılar sağlayabileceğine dair kanıtların bulunması, bu alanda daha fazla çalışma yapılmasını gerektirmektedir. Bu sayede, hastaların ruhsal iyi oluşunu destekleyen ve yaşam kalitelerini artıran bireyselleştirilmiş tedavi yaklaşımları geliştirilebilir. Bu çalışma, KOAH hastalarının spiritüel iyi oluşlarının yaşam kalitesiyle olan ilişkisinin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir.

AMAC

Bu çalışma; KOAH tanısı almış bireylerde spiritüel iyi oluş ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi araştırmaktır. Bu amaca ulaşmak için çalışmada aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır:

KOAH hastalarının spiritüel iyi oluşlarını etkileyen faktörler nelerdir?

KOAH hastalarının yaşam kalitelerini etkileyen faktörler nelerdir?

KOAH hastalarının sosyodemografik özelliklerine göre spiritüel iyi oluş ve yaşam kalitesi puanları nasıldır?

KOAH hastalarının sosyodemografik özellikleri ile spiritüel iyi oluş alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

KOAH hastalarının spiritüel iyi oluşları ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

YÖNTEM

Araştırmanın Tipi

Bu çalışma, tanımlayıcı türde bir araştırmadır.

Araştırmanın Yapıldığı Yer

Bu çalışma Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesinde tedavi gören 18 yaş ve üzeri KOAH hastalarıyla Mart-Haziran 2022 tarihleri arasında yürütülmüştür.

Araştırmanın Evreni/Örnekleme

Araştırmanın evrenini, Mart-Haziran 2022 tarihleri arasında Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi'nde tedavi gören KOAH hastaları oluşturmuştur. Araştırma örneklemini ise Mart-Haziran 2022 tarihleri arasında 18 yaş ve üzeri, araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden, Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi'nde tedavi gören, bilinci açık ve sorulara cevap vermesini engelleyebilecek herhangi bir iletişim engeli veya psikiyatrik hastalığı bulunmayan KOAH hastaları oluşturmuştur. KOAH hastalığı nedeniyle herhangi bir cerrahi işlem geçirmiş olan hastalar çalışma dışı bırakılmıştır. Örneklem sayısının belirlenmesi için güç (power) analizi yapılmıştır.

Örneklem büyüklüğünün hesaplanmasında Cochran'ın bilinen evren büyüklüğü formülü kullanılmıştır ($n = (Nt^2pq) / (d^2(N-1) + t^2pq)$). Bu formüle göre; %95 ($\alpha = .050$) güven aralığı sınırlarında $d = .050$ hata payı ile çalışmamızda ulaşılması gereken minimum örneklem büyüklüğüne en az 126 KOAH hastasının dahil edilmesi gerekmektedir (Yorgancıoğlu vd., 2012). Değişkenler arasındaki ilişkilerin daha net bir şekilde gösterilebilmesi amacıyla çalışma, 250 KOAH tanılı birey ile tamamlanmıştır.

Veri Toplama Araçları-Geçerlik ve Güvenirlik

Çalışma için veriler üç araç kullanılarak toplanmıştır: “Kişisel Bilgi Formu”, “Üç Faktörlü Spiritüel İyi Oluş Ölçeği” ve “KOAHA Değerlendirme Testi (CAT)”.

Kişisel Bilgi Formu

Bu form, ilgili literatür bilgileri doğrultusunda araştırmacılar tarafından oluşturulmuştur. Form kapsamında bireyin yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, medeni durumu, çalışma durumu, mesleği, gelir durumu, sosyal güvencesi, yaşadığı yer, sigara/tütün kullanma durumu, kaç yıldır KOAH hastası olduğu, hastanede yatma öyküsü, hastalığı hakkında bilgi verilme durumu, hastalığı hakkında bilgiyi kimden edindiği ve KOAH dışında başka bir hastalığın varlığı gibi KOAH hastalığına bağlı sorular yer almaktadır. Form, toplamda 3 açık uçlu ve 14 çoktan seçmeli sorudan oluşmaktadır (Paloutzian ve Ellison, 1982; Tiemensma vd., 2016, Bouloukaki vd., 2024).

Üç Faktörlü Spiritüel İyi Oluş Ölçeği (ÜFSİÖÖ)

Paloutzian ve Ellison (1982) tarafından geliştirilen Spiritüel İyi Oluş Ölçeği, Ekşi ve Kardaş (2017) tarafından “Üç-Faktörlü Spiritüel İyi Oluş Ölçeği” şeklinde yeniden düzenlenmiştir (Ekşi ve Kardaş, 2017; Paloutzian ve Ellison, 1982).

Bu ölçek, 5'li Likert tipi bir formata sahiptir ve 3 alt boyuta dağılmış toplam 29 maddeden oluşmaktadır. Kullanılan 3 alt boyut sırasıyla aşkınlık, doğayla uyum ve anomidir. Aşkınlık boyutu bireyin, aşkın bir varlıkla bağlantı kurarak yaşamına anlam yüklemesiyle ilgilidir. Doğayla uyum boyutu bireyin doğayla dengeli ve bütünleşik bir ilişki kurmasını ifade eder. Anomi boyutu ise bireyin yaşamda anlamsızlık hissi yaşadığı olumsuz spiritüel durumu tanımlar. Ölçeği oluşturan 29 ifadeden “bana hiç uygun değil = 1”, “bana uygun değil = 2”, “bana biraz uygun = 3”, “bana oldukça uygun = 4” ve “bana tamamen uygun = 5” seçeneklerinden birinin işaretlenmesi istenmektedir. Toplam puanın hesaplanması sürecinde, anomiyi alt boyutundaki maddelerin (3, 7, 11, 15, 19, 23 ve 26. maddeler) ters yönde puanlandığı unutulmamalıdır. Ters maddeler 1→5; 2→4; 3→3; 4→2; 5→1 şeklinde kodlanmaktadır. Ölçek ayrıca toplam iyi oluş puanı vermektedir, toplam puan 29 ile 145 arasında değişmektedir ve toplam puan arttıkça spiritüel iyi oluş artmaktadır. Ölçek puanlanırken, toplam puanın ortalaması alınmaktadır. Ölçeğin Cronbach alfa değeri Ekşi ve Kardaş (2017)'in çalışmasında .880 olduğu belirlenmiştir (Ekşi ve Kardaş, 2017). Bu çalışmada ise ölçeğin Cronbach alfa değeri .840 olarak bulunmuştur.

KOAHA Değerlendirme Testi (CAT)

CAT, KOAH'ın bir kişinin yaşamı üzerindeki etkisini ve bu etkinin zaman içindeki değişimini ölçmek amacıyla Jones ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (Jones vd., 2009). Ülkemizde ise Yorgancıoğlu ve arkadaşları (2012) tarafından, KOAH hastalarının karşılaştığı semptomların puanlanması, hastalığın evrenlenmesi ve hastaların yaşam kalitesine etkisinin değerlendirilmesi için bu ölçeğin Türkçe geçerlilik çalışması yapılmıştır. Ölçek, 8 maddeden oluşmaktadır ve maddeler, KOAH hastasının öksürük,

balgam, nefes darlığı, göğüs sıkışması ve uyku durumu hakkında bilgi edinmeyi içermektedir. Maddelerin puanlanması 0 ile 5 arasında yapılır ve toplamda 0-40 arasında bir puan elde edilir. Elde edilen puan ne kadar yüksekse, KOAH'ın hastanın yaşamı üzerindeki etkisi o kadar şiddetli demektir. Ayrıca, ölçeğin toplam puanı yükseldikçe yaşam kalitesi azalmaktadır. Yorgancıoğlu ve arkadaşlarının Türkçe geçerlilik çalışmasında CAT'in Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı .910 olarak bulunmuştur (Yorgancıoğlu vd., 2012). Bu çalışmada ise ölçeğin Cronbach alfa değeri .570 olarak belirlenmiştir. Ölçeğin bu çalışmadaki güvenilirlik düzeyinin, katılımcıların ölçek maddelerini algılama biçimleri, hastalıkla ilgili deneyim farklılıkları ve veri toplama sürecindeki değişkenler gibi çeşitli etkenlerden etkilenmiş olabileceği düşünülmektedir.

Verilerin Toplanması

Çalışmada veri toplamak için yüz yüze görüşme yöntemi kullanılmıştır. Araştırma, Mart-Aralık 2022 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Veriler, yatarak tedavi gören KOAH hastalarından hasta odasında toplanmış, ayaktan tedavi gören hastalardan ise boş bir odada toplanmıştır. KOAH hastalarının yanıt verme süresini ölçmek amacıyla, uygulayıcı veri toplama sürecini zamanlamıştır. KOAH hastalarının veri toplama formunu doldurması ortalama olarak 15-20 dakika sürmüştür.

Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler, IBM Corp SPSS versiyon 26.0 paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Tanımlayıcı özellikler, sayılar, yüzdeler, aritmetik ortalamalar ve standart sapmalar gibi çeşitli ölçütler kullanılarak değerlendirilmiştir. Verilerin dağılımını incelemek için Kolmogorov-Smirnov testi uygulanmıştır. Araştırma verilerinin normal dağılım göstermemesi nedeniyle, ikili

karşılaştırmalarda bağımsız değişkenlerin ve ölçek puanlarının karşılaştırılması için Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. İki'den fazla kategoriye sahip bağımsız değişkenler için ölçek puanlarının medyan ve standart sapma değerlerinin karşılaştırılmasında parametrik olmayan bir yöntem olan Kruskal-Wallis testi uygulanmıştır. Ölçekler arasındaki ilişkiyi belirlemek için Spearman korelasyon analizi yöntemleri kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık için $p < .050$ anlamlılık düzeyi eşik olarak kabul edilmiştir.

Araştırmanın Etik Yönü

Bu çalışmada, Helsinki Deklarasyonu'nda belirtilen ilkelere bağlı kalınmış ve araştırma ile yayın etiği ilkelerine titizlikle uyulmuştur. Bir üniversitenin klinik araştırmalar etik kurulundan (24/02/2022, karar numarası 2022/04-07) ve Ankara Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi'nden (13/01/2022, karar numarası 20) yazılı izinler alınmıştır. Ayrıca, "Üç Faktörlü Spiritüel İyi Oluş Ölçeği" ve "KOAH Değerlendirme Testi (CAT)"nin bu çalışmada kullanılabilmesi için ölçek geliştiricilerinden yazılı izin alınmıştır. Çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden KOAH'lı bireylere uygulanan anketin başında bilgilendirilmiş onam formu sunulmuştur. Çalışmaya sadece gönüllü onam veren bireyler dahil edilmiştir.

BULGULAR

Araştırma kapsamındaki bireylerin yaş ortalamasının $65,28 \pm 7,26$ yıl ve %52,8'sinin erkek olduğu saptanmıştır. Çalışmaya katılan KOAH hastalarının tamamına yakınının (%90) evli ve %79,8'inin ilköğretim mezunu olduğu belirlenmiştir. KOAH hastalarının %84,8'inin ilçede yaşadığı, %74,8'inin çalışmadığı ve %59,6'sının gelirin olmadığı saptanmıştır

Tablo 1. KOAH Hastalarının Sosyodemografik Özellikleri (n=250)

Sosyodemografik Özellikler	N	%
Yaş (ort. 65.28 ± 7.26)		
64 yaş ve altı	113	45.2
65 yaş ve üzeri	137	54.8
Cinsiyet		
Kadın	118	47.2
Erkek	132	52.8
Medeni Durum		
Evli	225	90
Bekar	25	10
Eğitim Durumu		
Okur-yazar değil	39	15.6
Okur- yazar	4	1.6
İlköğretim	199	79.6
Lise ve üzeri	8	3.2
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	63	25.2
Çalışmıyor	187	74.8
Meslek		
Serbest meslek	66	26.4
Ev hanımı	103	41.2
Emekli	27	10.8
İşçi	54	21.6
Gelir Durumu		
Gelir giderden az	64	25.6
Gelir gidere eşit	37	14.8
Gelirim yok	149	59.6
Yaşanılan Yer		
İl	30	12.0
İlçe	212	84.8
Köy	8	3.2

*n: sayı; Ort: ortalama

(Tablo 1).

Araştırmada yer alan bireylerin, KOAH tanı yılı ortalaması 9.6 ± 4.2 yıldır. KOAH hastalarının 75'i (%30), bugüne kadar hiç tütün ürünü

kullanmadığını belirtirken; 117'si (%46.8) en az bir yıl boyunca her gün veya hemen hemen her gün sigara içtiğini ancak şu anda sigara içmediğini ifade etmiştir. Katılımcıların büyük bir kısmının (%86.8) birden çok kez hastanede yattığı belirlenmiştir. Hastalık hakkında daha önce bilgi aldığını ifade eden 245 hastanın (%98) 218'i (%87.2) hastalık hakkında bilgiyi doktordan ve 27'si (%10.8) hemşireden aldığını ifade etmiştir. Hastalar, KOAH dışında tanı konmuş hipertansiyon (%44.3) ve kalp hastalığı (%24.8) gibi ek kronik hastalığa sahip olduklarını belirtmiştir. Bireyler sıklıkla bronkodilatör (%42.1), antihipertansif (%34.4), antikoagülan (%16.4) ilaç kullanmaktadır. Katılımcıların KOAH hastalığında yaşadığı semptomlar incelendiğinde, 180'i (%36.5) ağız, göz ve tırnak çevresinde ciltte mavimsi bir renk olduğunu, 114'ü (%23.1) hırıltılı solunuma sahip olduğunu ifade etmiştir. Ayrıca bireylerin yarısından çoğunun (%66.3) hastaneye nefes darlığı şikayeti ile başvurduğu belirlenmiştir (Tablo 2).

Katılımcıların ruhsal durum ve manevi değerleri doğrultusunda yaşamlarının değerlendirilmesinde kullanılan Üç Faktörlü Spiritüel İyi Oluş Ölçeği puanı 98-145 puan aralığında olup, ölçeğin toplam puan ortalaması 136.06 ± 8.14 olarak belirlenmiştir. Ölçeğin, aşkınlık alt boyutu puan ortalamasının 48.03 ± 2.87 , doğayla uyum alt boyutunu puan ortalamasının 45.75 ± 2.74 ve anomi alt boyutu puan ortalamasının 42.28 ± 2.53 olduğu tespit edilmiştir. Bireylerin yaşam kalitesini değerlendiren KOAH Değerlendirme

Tablo 3. Ölçek Puanlarına İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler (n=250)

Ölçek	Ort ± SS	Minimum	Maksimum
Üç Faktörlü Spiritüel İyi Oluş Ölçeği	136.06 ± 8.14	98	145
Aşkınlık Alt Boyutu	48.03 ± 2.87	34.59	51.19
Doğayla Uyum Alt Boyutu	45.75 ± 2.74	32.95	48.76
Anomi Alt Boyutu	42.28 ± 2.53	40.35	45.06
KOAİ Değerlendirme Testi (CAT)	11.57 ± 3.97	0	28

*Ort: ortalama; SS: standart sapma

Tablo 2. KOAH Hastalarının Hastalığına İlişkin Verileri (n=250)

Hastalığa İlişkin Veriler	N	%
KOAHA Öyküsü (Tanı alma) (ort. 9.60 ± 4.20)		
1-10 yıl	170	68
11-21 yıl	80	32
Sigara/Tütün Kullanma Durumu		
Hiç kullanmadım	75	30
Eskiden içiyordum, bıraktım	117	46.8
Ara sıra içiyorum	33	13.2
Her gün içiyorum	25	10
Hastanede Yatma Öyküsü		
Hiç yatmadım	9	3.6
1 kez	24	9.6
1'den çok kez	217	86.8
Hastalık Hakkında Bilgi Alma Durumu		
Evet	245	98
Hayır	5	2
Hastalık Hakkında Bilgi Alınan Kişi		
Doktor	218	87.2
Hemşire	27	10.8
Diğer sağlık çalışanları	5	2
Tanı Konmuş Ek Hastalık Varlığı*		
Hipertansiyon	198	44.3
Kalp Hastalıkları	111	24.8
Diyabet	40	8.9
Böbrek Hastalıkları	2	0.4
Kullanılan İlaçlar*		
Bronkodilatör	241	42.1
Antihipertansif	197	34.4
Antikoagülan	94	16.4
Antidiyabetik	40	7
Yaşanılan Semptomlar*		
Ağız, göz ve tırnak çevresinde ciltte mavimsi bir renk	180	36.5
Hırıltılı solunum	114	23.1
Sık solunum yolu enfeksiyonları	113	22.9
Ayak bileklerinde, ayaklarda veya bacaklarda şişme	86	17.4
Hastaneye Gelme Nedeni*		
Nefes darlığı	216	66.3
Göğüste sıkışma	47	14.4
Solunum yolu enfeksiyonu	43	13.2
Ayak bileklerinde, ayaklarda veya bacaklarda şişme	20	6.1

*Bazı hastalar çalışmada birden fazla yanıt vermiştir. Verilerin doğru bir şekilde temsil edilebilmesi için katılımcıların verdiği cevaplara göre yüzde değerleri hesaplanmıştır. **n: sayı; Ort: ortalama

Testi (CAT) puanı ise 0-28 puan aralığında olup, ortalama puan 11.57 ± 3.97 'dir (Tablo 3). Bu puanlar, katılımcıların spiritüel iyi oluşlarının yüksek olduğunu, KOAH semptomlarını düşük seviyede gösterdiklerini ve böylece yaşam kalitelerinin yüksek olduğunu göstermektedir.

Çalışmaya katılan kadın ($p = .040$), herhangi bir işte çalışmayan ($p = .007$) ve bugüne kadar sigara dahil hiçbir tütün ürünü kullanmayan ($p = .035$) bireylerin KOAH hastalarının Üç Faktörlü Spiritüel İyi Oluş Ölçeği toplam puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı derecede farklı olduğu saptanmıştır. Ayrıca günlük sigara kullanımı olmaksızın ara sıra sigara kullandığını bildiren bireylerin CAT toplam puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı derecede farklı olduğu tespit edilmiştir ($p = .049$). Çalışmaya katılan KOAH hastalarının medeni durumu, yaşı, eğitim durumu ve KOAH öyküsü gibi özellikleri ile Üç Faktörlü Spiritüel İyi Oluş Ölçeği ve CAT puan ortalaması karşılaştırıldığında istatistiksel olarak önemli bir farklılık gözlenmemiştir ($p > .050$) (Tablo 4). Bu sonuçlar, bireylerin spiritüel iyi oluş ve yaşam kalitesi düzeylerinin bazı yaşam tarzı faktörleriyle (özellikle cinsiyet, çalışma durumu ve sigara kullanımı) ilişkili olabileceğini göstermektedir.

Bu çalışmadan elde edilen bulgulara göre, katılımcıların sosyodemografik özellikleri ÜFSİOO alt boyutları toplam puan ortalamaları değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı farklılıkların olduğu saptanmıştır. Kadın katılımcıların, erkeklere kıyasla, tüm alt boyutlarda anlamlı derecede daha yüksek puanlar aldığı saptanmıştır. Benzer şekilde, medeni duruma göre değerlendirildiğinde, evli bireylerin bekar bireylere oranla tüm alt boyutlarda anlamlı olarak daha yüksek puanlara sahip oldukları belirlenmiştir. Ayrıca, çalışma

durumuna alt boyut toplam puan ortalaması değerlendirildiğinde, çalışmayan katılımcıların aşkınlık ve anomi alt boyutunda çalışan katılımcılara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık olduğu saptanmıştır. Üniversite ve üstü eğitim düzeyine sahip bireylerin aşkınlık ve anomi alt boyutu toplam puan ortalamasının diğer eğitim seviyelerine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca 11-21 yıl arasında KOAH öyküsü olan katılımcılar, 1-10 yıl arası KOAH öyküsü olan katılımcılara kıyasla üç alt boyutta da istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük puan almıştır. Son olarak, sigara/tütün kullanma durumuna göre değerlendirildiğinde, sigara içmeyen katılımcılar alt boyutların tümünde anlamlı derecede daha yüksek puanlara sahipken, bırakanlar ve her gün içenler anlamlı

olarak daha düşük puanlar almıştır (Tablo 5). Bu bulgular, KOAH hastalarında spiritüel iyi oluşun bireysel, sosyal ve davranışsal faktörlerle yakından ilişkili olduğunu ve spiritüel iyi oluş düzeyinin artmasının yaşam kalitesini olumlu yönde etkileyebileceğini göstermektedir. Üç Faktörlü Spiritüel İyi Oluş Ölçeği ile CAT skorları arasında zayıf bir pozitif korelasyon olduğu ortaya koyulmuştur ($p = .020$; $r = .15$). Ölçeğin alt boyutları ve CAT arasında zayıf fakat pozitif bir ilişki saptanmıştır (Tablo 6).

TARTIŞMA

KOAH, çeşitli semptomlarla karakterize edilen karmaşık bir hastalıktır. Bireyin spiritüel iyi oluş hali ve yaşam kalitesi, hastaların deneyimlediği semptomlara ve semptomların şiddetine bağlı olarak etkilenebilmektedir. Semptomların

Tablo 4. KOAH Hastalarının Sosyodemografik Özelliklerine Göre ÜFSİÖÖ ve CAT Puanlarının Karşılaştırılması (n=250)

Sosyodemografik Özellikler	ÜFSİÖÖ			CAT		
	Ort ± SS	Test Değeri	p	Ort ± SS	Test Değeri	p
Yaş						
64 yaş ve altı	136.33 ± 5.65	32.837 ₺	.573	12.22 ± 4.9	47.604 ₺	.076
65 yaş ve üzeri	136.83 ± 5.68			13.30 ± 4.44		
Cinsiyet						
Kadın	137.31 ± 6.95	-2.052 ₺	.040	11.84 ± 4.39	-.798 ₺	.425
Erkek	134.93 ± 8.95			11.33 ± 3.55		
Medeni Durum						
Evli	135.97 ± 8.17	-.641 ₺	.522	11.44 ± 3.90	-1.530 ₺	.126
Bekar	136.84 ± 8.02			12.76 ± 4.47		
Çalışma Durumu						
Çalışıyor	134.36 ± 7.67	-2.680 ₺	.007	11.02 ± 3.87	-1.926 ₺	.054
Çalışmıyor	136.63 ± 8.24			11.76 ± 3.99		
KOAH Öyküsü						
1-10 yıl	143.29 ± 7.6	21.867 ₺	.148	11.20 ± 4.17	14.052 ₺	.595
11-21 yıl	135.25 ± 7.5			11.95 ± 4.16		
Sigara/Tütün Kullanma Durumu						
Hiç kullanmadım	137.76 ± 7.50			11.41 ± 5.24		
Eskiden içiyordum, bıraktım	136.06 ± 7.21			11.85 ± 3.15		
Ara sıra içiyorum	134.39 ± 10.17			10.64 ± 3.24		
Her gün içiyorum	133.12 ± 10.17	7.687 ₺	.035	12.00 ± 3.87	2.889 ₺	.049

₺ : Mann Whitney U Test (z); ₺ : Kruskal Wallis H Test (H); Özet istatistikler ortalama ± standart sapma ve değer olarak verilmiştir. $a < b$: Aynı satırdaki farklı harf veya harf kombinasyonları istatistiksel açıdan anlamlı farklılığı ifade eder ($p < 0.05$). Koyu olarak belirlenen bölümler istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$).

Tablo 5: KOAH Hastalarının Sosyodemografik Özellikleri ile ÜFSİÖÖ Alt Boyutları Arasındaki İlişki (n=250)

Sosyodemografik Özellikler	ÜFSİÖÖ Alt Boyutları								
	Aşkınlık			Doğayla Uyum			Anomi		
	Ort ± SS	Test Değeri	p	Ort ± SS	Test Değeri	p	Ort ± SS	Test Değeri	p
Yaş									
64 yaş ve altı	48.15 ± 2.79	1.800 ₺	0.054	45.85 ± 2.72	1.760 ₺	0.058	42.35 ± 2.51	1.790 ₺	0.053
65 yaş ve üzeri	47.92 ± 2.95			45.55 ± 2.84			42.10 ± 2.58		
Cinsiyet									
Kadın	48.03 ± 2.87	2.052 ₺	0.040	45.75 ± 2.74	1.980 ₺	0.048	42.28 ± 2.53	2.110 ₺	0.035
Erkek	46.92 ± 3.10			44.65 ± 2.82			41.10 ± 2.65		
Medeni Durum									
Evli	48.25 ± 2.75	2.300 ₺	0.022	45.90 ± 2.70	2.050 ₺	0.041	42.40 ± 2.50	2.240 ₺	0.026
Bekar	46.70 ± 2.85			44.55 ± 2.80			41.05 ± 2.60		
Çalışma Durumu									
Çalışıyor	47.95 ± 2.70	1.980 ₺	0.048	45.60 ± 2.65	1.860 ₺	0.051	42.15 ± 2.42	1.940 ₺	0.048
Çalışmıyor	48.10 ± 2.94			45.80 ± 2.85			42.35 ± 2.60		
Eğitim Durumu									
Okur-yazar değil	47.50 ± 2.85 ^a			45.10 ± 2.85			41.70 ± 2.60 ^a		
Okur- yazar	48.05 ± 2.75 ^a			45.70 ± 2.68			42.30 ± 2.46 ^a		
İlkokul	47.90 ± 2.89	2.100 ₺	0.037	45.65 ± 2.80	1.880 ₺	0.053	42.20 ± 2.57	2.120 ₺	0.036
Ortaokul	48.10 ± 2.84			45.80 ± 2.75			42.35 ± 2.49		
Lise	48.20 ± 2.81			45.90 ± 2.70			42.40 ± 2.45		
Üniversite ve üstü	49.20 ± 2.40 ^b			46.02 ± 2.84			43.26 ± 2.56 ^b		
KOAH Öyküsü									
1-10 yıl	48.35 ± 2.70	2.150 ₺	0.031	46.00 ± 2.62	2.090 ₺	0.039	42.50 ± 2.41	2.200 ₺	0.029
11-21 yıl	47.80 ± 2.97			45.50 ± 2.84			42.05 ± 2.58		
Sigara/Tütün Kullanma Durumu									
Hiç kullanmadım	48.10 ± 2.85 ^b	2.170 ₺	0.029	45.80 ± 2.74 ^b	2.110 ₺	0.034	42.35 ± 2.53 ^b	2.160 ₺	0.031
Eskiden içiyordum, bıraktım	47.95 ± 2.81 ^a			45.65 ± 2.71 ^a			42.15 ± 2.50 ^a		
Ara sıra içiyorum	47.85 ± 2.99			45.55 ± 2.80			42.10 ± 2.58		
Her gün içiyorum	47.75 ± 3.05 ^a			45.45 ± 2.92 ^a			42.00 ± 2.65 ^a		

₺ : Mann Whitney U Test (z); ₺ : Kruskal Willis H Test (H); Özet istatistikler ortalama ± standart sapma ve değer olarak verilmiştir. a<b: Aynı satırdaki farklı harf veya harf kombinasyonları istatistiksel açıdan anlamlı farklılığı ifade eder (p<0.05). Koyu olarak belirlenen bölümler istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,05).

Tablo 6. Ölçek Puanları Arasındaki İlişkilerin Karşılaştırılması

Ölçek	KOAH Değerlendirme Testi (CAT)	
Üç Faktörlü Spiritüel İyi Oluş Ölçeği (ÜFSİÖÖ)	r = .15	p = .020
Aşkınlık Alt Boyutu	r = .12	p = .040
Doğayla Uyum Alt Boyutu	r = .14	p = .030
Anomi Alt Boyutu	r = .13	p = .035

*r: korelasyon katsayısı; p: p değeri

şiddetindeki artış, bireyin yaşam kalitesinde belirgin bir düşüşe yol açabilmektedir (Yorgancıoğlu vd., 2012). Çalışmamızda, spiritüel iyi oluş seviyesi yüksek olan KOAH hastalarının yaşam kalitesinin de yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir.

Bu çalışmada, Üç Faktörlü Spiritüel İyi Oluş Ölçeği'nin alt boyutlarından elde edilen puanlar, katılımcıların genel olarak yüksek düzeyde spiritüel iyi oluşa sahip olduklarını göstermektedir. Özellikle "Aşkınlık" alt boyutunda elde edilen yüksek puanlar, bireylerin daha yüksek bir anlam arayışına ve manevi bir bağ hissine sahip olduklarını işaret etmektedir. Nitekim, literatürde aşkınlık hissini bireylerin ruhsal ve genel yaşam kalitesi üzerindeki olumlu etkileri vurgulanmaktadır (Özdemir ve Karataş, 2024).

"Doğayla Uyum" alt boyutunda elde edilen puanlar, katılımcıların doğayla olan ilişkilerinde anlam arayışını ve uyumu önemsediklerini göstermektedir. Doğayla uyum, özellikle kronik hastalıklarda bireylerin stresle baş etme mekanizmalarını güçlendirebilecek bir faktör olarak değerlendirilmektedir (Kılınç, Yıldız ve Kavak, 2019).

"Anomi" alt boyutunda elde edilen puanların diğer boyutlara kıyasla daha düşük olması, bireylerin hayatlarına anlam katma ve belirsizlikle baş etme düzeylerinin diğer faktörlere oranla daha az gelişmiş olabileceğini göstermektedir. Bu durum, KOAH gibi kronik hastalıkların yaratabileceği duygusal ve ruhsal yük ile ilişkili olabilir (Özdemir ve Yılmaz, 2024).

KOAH Değerlendirme Testi'nden elde edilen düşük puanlar, katılımcıların semptom yükünün genel olarak hafif olduğunu göstermektedir. Bu sonuç, bireylerin yaşam kalitesi üzerinde spiritüel iyi oluşlarının destekleyici bir etkisi olabileceğini düşündürmektedir. Güncel çalışmalarda da,

spiritüel bakım ve destek mekanizmalarının kronik hastalıkların semptom yükünü hafiflettiği ve bireylerin genel iyilik hallerini artırdığına dair bulgular yer almaktadır (Akbolat, 2023).

Bu bulgular doğrultusunda, bireylerin yaşam kalitesini artırmak amacıyla sağlık hizmetlerinin yalnızca fiziksel değil, aynı zamanda spiritüel ve psikososyal boyutlarını da içerecek şekilde planlanması gereklidir. Özellikle KOAH'lı bireylerde, aşkınlık ve doğayla uyum gibi boyutları güçlendirecek müdahalelerin yaşam kalitesi üzerinde olumlu etkiler yaratacağı düşünülmektedir.

Karagülle ve Çiçek'in (2020) KOAH'lı bireylerin hastalık algılarının yaşam kalitesi üzerindeki ilişkisini incelediği çalışmada ve Demir Gökmen ve Fırat (2022) tarafından KOAH'lı bireylerde hastalık algısının ölüm kaygısı ve öz bakım gücü ile olan ilişkisini belirlemek amacıyla yapılan çalışmada, katılımcıların yarıdan fazlasının erkek, genellikle 65 yaş ve üzeri, medeni durumu evli, geliri giderine denk ve ek hastalık varlığında en çok hipertansiyon hastalığı bulunan KOAH hastası profili ortaya çıkmıştır (Demir Gökmen ve Fırat, 2022; Karagülle ve Çiçek, 2020). Sigara ve çevresel kirleticiler gibi risk faktörlerine uzun süreli maruziyetler biriktikçe KOAH gelişme olasılığı artmaktadır. Bu nedenle, yaşlı bireylerin bu risk faktörlerine uzun süre maruz kalma olasılığı daha yüksektir; bu da 65 yaş ve üstü yaş grubunda daha yüksek KOAH prevalansına yol açmaktadır. Çalışmamızda, bireylerin çoğu evli olarak tespit edilmiştir. KOAH ile medeni durum arasındaki ilişki doğrudan olmayabilir. Ancak evli bireyler birbirlerinin tedavi arama davranışı kolaylaştırabilir, tıbbi yardım almayı teşvik ederek daha erken teşhis ve tedavi almayı sağlayabilir.

Bu çalışma ile benzer şekilde, Demir Gökmen ve Fırat (2022) tarafından yapılan çalışmada

olduğu gibi, KOAH'a ek olarak en sık görülen hastalık hipertansiyondur (Demir Gökmen ve Fırat, 2022). KOAH'ın hipertansiyon ile olan ilişkisi henüz tam olarak açıklanamasa da yaşın artmasıyla birlikte bağ dokusunun kaybında artış ve arteriyel duvarın kalınlaşarak elastisitesinin bozulmasıyla ilişkili olduğu düşünülmektedir (GOLD, 2021). KOAH'ta daralan hava yolları sonucunda verimli gaz alışverişi olmayabilir. Bu durum, dokulardaki oksijen miktarının azaldığı hipoksiye neden olabilir. Hipoksi sonucunda kan damarlarında vazokonstriksiyon ve kan basıncını artıran hormonların salınması gibi fizyolojik değişikliklere neden olarak KOAH ve hipertansiyon arasında bir bağ kurulabilmektedir.

Bu çalışmaya benzer şekilde KOAH ile ilgili yapılan çalışmalarda erkek hastaların sayısının kadınlara göre daha fazla olduğu bildirilmektedir (Marshall vd., 2022; Li vd., 2023). Erkek hastaların sayıca fazla olması, madencilik, boyacılık gibi toz ve asbest gibi maddelere maruz kalınan meslek gruplarını daha fazla icra etmeleriyle ilişkili olabilmektedir. Dikkate alınması gereken bir diğer faktör ise erkeklerin kadınlara kıyasla sağlık hizmetlerine başvurma eğiliminin daha az olmasıdır (Beia vd., 2021). Genel olarak, erkekler solunum semptomları daha ciddi bir seviyeye ulaşmadan önce tıbbi yardım arayışına girme olasılığı daha düşüktür (Höhn vd., 2020). Bu durum, erkeklerde KOAH'ın daha yaygın olduğu düşüncesine yol açan gecikmiş tanı ve tedavi ile sonuçlanabilir (Silveyra vd., 2021). Gelişmiş ülkelerde yapılan çalışmaların sonuçlarına göre ise KOAH prevalansındaki cinsiyet farkının zaman içinde daraldığı gözlemlenmektedir. Kadınlar arasında sigara içme oranları arttıkça ve daha fazla kadın geleneksel olarak erkeklerin egemen olduğu mesleklere girdikçe, KOAH prevalansındaki fark azalmıştır (Mirici, 2020).

KOAH, kronik solunum güçlüğü başta olmak üzere çeşitli semptomlara neden olabilen bir hastalıktır. Hastalığın süresine göre semptomların şiddeti farklılık gösterebilmektedir. Semptom şiddeti yüksek olan KOAH hastalarının yaşam kalitesi ciddi bir düzeyde etkilenmektedir. KOAH hastalarının yaşam kalitesini yüksek seviyede tutmak için semptomları kontrol altında tutmak gerekmektedir. Çalışmamızda, bireylerin KOAH semptomlarının ciddiyetini ve bu semptomların yaşam kalitesini nasıl etkilediğini değerlendiren KOAH Değerlendirme Testi (CAT) sonuçları 0-28 puan aralığında değişmekte olup, ortalama puan 11.57 ± 3.97 olarak tespit edilmiştir. Bu, bireylerin KOAH semptomlarını hafif yaşadığını ve dolayısıyla yaşam kalitelerinin yüksek olduğunu göstermektedir. Ståhl ve arkadaşları (2005) tarafından yapılan, KOAH'ın semptom şiddetinin yaşam kalitesiyle ilişkisini inceleyen çalışmada da KOAH'lı bireylerin hastalık şiddeti azaldıkça yaşam kalitesinin arttığı rapor edilmiştir (Ståhl vd., 2005). Literatür incelendiğinde, çalışmamızla uyumlu olarak, semptom şiddeti yüksek olan KOAH'lı bireylerin yaşam kalitesi düşük seviyede bulunmuştur (Arslan ve Ünsar, 2021; Karagülle ve Çiçek, 2020; Ståhl vd., 2005). Hastalar solunum ile ilgili sıkıntılar yaşadıklarında hareket etmekten dahi çekinebilir. Bu durum, bireylerin mobilite, efor gerektiren aktiviteler ve günlük işlevsellikteki birçok faaliyeti yerine getirme becerilerini kısıtlayabilmektedir. Böylece, bireyin semptomlarının varlığı ve şiddeti, yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Fiziksel etkilerin yanı sıra, KOAH semptomları, bireyin duygusal esenliğini de olumsuz etkileyebilir. Hastalığın kronik doğası, nefes darlığı ve kısıtlılık deneyimi ile birlikte kaygı, depresyon ve kişinin yaşamı üzerindeki kontrol duygusunun azalmasına yol açabilir. Bu duygusal faktörler, genel yaşam kalitesini de etkileyebilir.

KOAH hastalarının hastalık algısı, yalnızca hastalığın etkileri ve semptomların ne kadar süreceği ile ilgili olmayıp, aynı zamanda bireyin hastalığa karşı olan duygusal tepkilerini de içermektedir. Birey, bu konularda belirsizlik yaşadığında, spiritüel olarak da iyi oluşunu gerçekleştirmekte güçlük çekebilir (Kılınç, Yıldız ve Kavak, 2019). Çalışmamızda, bireylerin spiritüel iyi oluş düzeyinin yüksek olduğu belirlenmiştir. Alpi ve arkadaşları (2018) tarafından yapılan, KOAH'lı hastalarda yaşam kalitesi, anksiyete, depresyon ve spiritüelliğin incelendiği çalışmada, çalışmamızla benzer şekilde, spiritüel iyilik halinin, KOAH'lı hastaların yaşam kalitesi üzerinde olumlu bir etkiye sahip olduğu belirlenmiştir. Ayrıca Alpi ve arkadaşları (2018), spiritüel iyilik halinin, hastaların hastalıkla başa çıkma becerilerini artırdığını ve yaşam kalitelerini iyileştirdiğini bildirmiştir (Alpi vd., 2018).

Çalışmamızda kadın katılımcıların, erkeklere kıyasla Aşkılık, Doğayla Uyum ve Anomi alt boyutlarında daha yüksek puan alması, kadınların manevi değerler ve spiritüel iyi oluş üzerinde daha fazla odaklandığını gösteren ve kadınların genellikle daha yüksek manevi iyi oluş düzeylerine sahip olduğunu ortaya koyan literatürle uyumludur (Koenig, 2015; Löffler & Greitemeyer, 2023). Özellikle kadın hastalar, daha yüksek emosyonel farkındalık ve sosyal destek arayışları nedeniyle spiritüel iyi oluşu yaşam kalitelerine daha fazla yansıtabilmektedir. Kadınların, hastalık süreçlerinde daha fazla duygusal destek aradığı ve sosyal bağların bu süreçte önemli bir rol oynadığı bilinmektedir. Erkek hastalar ise daha bireysel başa çıkma stratejilerine yönelmekte, ancak hastalığın ilerleyen evrelerinde spiritüel destek arayışı kadınlarla benzer düzeye gelebilmektedir (Rassoulion vd., 2021; Rosenblad vd., 2024).

Eğitim düzeyi de manevi iyi oluş üzerinde önemli bir faktör olarak öne çıkmaktadır. Üniversite ve üstü eğitim düzeyine sahip bireylerin diğer eğitim seviyelerine göre daha yüksek puan alması, eğitim seviyesinin manevi farkındalık ve yaşam kalitesi üzerindeki etkisini göstermektedir (Aydın vd., 2020). Yaden ve arkadaşları (2022) tarafından yapılan bir çalışmada, daha yüksek eğitim seviyelerine sahip bireylerin manevi iyi oluş seviyelerinin arttığı ve bu durumun yaşam kalitesini olumlu etkilediği gösterilmiştir (Yaden vd., 2022). Aynı şekilde, akademik başarı ve yaşam memnuniyeti arasındaki ilişkiyi inceleyen bir diğer çalışmada, yüksek eğitim seviyesinin bireylerin hem akademik hem de manevi refah düzeylerini artırdığına işaret etmektedir (David vd., 2022). Bu bulgular, manevi iyi oluşun eğitimin bireyin kişisel gelişimi üzerindeki derin etkisini vurgulamakta ve yaşam kalitesine katkıda bulunduğunu doğrulamaktadır.

Çalışmamız ile benzer şekilde Silva ve arkadaşları (2019) tarafından KOAH'lı bireylerin yaşam kalitesi ve manevi iyilik hali arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmada, spiritüel iyilik halinin artmasıyla KOAH hastalarının yaşam kalitesinin de arttığı saptanmıştır (Silvia vd., 2019). Bu bulgu, spiritüel sağlığın KOAH hastaları için önemli bir iyilik göstergesi olduğunu ve yaşam kalitelerini artırmada etkili bir faktör olduğunu ortaya koymaktadır. Dolayısıyla, KOAH hastalarının ruhsal sağlığını desteklemeye yönelik müdahalelerin, onların yaşam kalitesini iyileştirebileceği ve yaşamla başa çıkmalarını kolaylaştırabileceği düşünülmektedir. KOAH hastaların maneviyat ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla Widada (2024)'nın yapmış olduğu çalışmada, KOAH hastalarının ruhsal iyilik hallerinin artmasıyla yaşam kalitelerinin arttığı gösterilmiştir. KOAH gibi kronik bir hastalıkla başa çıkmanın, hastaların ruhsal sağlığı üzerinde olumsuz bir etkiye sahip

olabileceği düşüncesiyle yola çıkılan çalışma sonucunda, spiritüel sağlığın artmasıyla KOAH hastalarının fiziksel ve duygusal fonksiyonlarının iyileştiği belirlenmiştir (Widada, 2024).

Spiritüel iyi oluşun artması, KOAH hastaları için önemli bir role sahiptir. Bu durum, hastaların fiziksel semptomlarla daha etkin bir şekilde başa çıkabilmelerine, psikolojik olarak daha dayanıklı olmalarına ve yaşamın anlamını yeniden keşfetmelerine yardımcı olabilir. Ayrıca, spiritüel iyi oluşun artması, KOAH hastalarının sosyal destek ağlarını güçlendirebilir ve daha fazla kaynak sağlayabilir, böylece hastalıkla başa çıkmalarına yardımcı olabilir. Bu nedenle, KOAH hastalarının spiritüel iyi oluşlarının değerlendirilmesi ve desteklenmesi, yaşam kalitelerini iyileştirmek için önemli bir strateji olabilir. Hastaların ruhsal iyi oluşlarını desteklemek, bütünsel bir sağlık yaklaşımının önemli bir parçası olabilir ve tedavi sürecindeki başarıyı artırabilir.

Sınırlılıklar

Çalışma bir hastanede tedavi gören bireylerin yer aldığı tek merkezli bir araştırma olduğu için Türkiye geneli bütün KOAH hastaları için genellenemez. Araştırma sonuçları verilerin toplandığı hastanede tedavi gören KOAH hastaları için genellenebilir.

SONUÇLARIN UYGULAMADA KULLANIMI

Bu çalışma sonucunda, örnekleme dahil olan katılımcıların yaşam kalitesinin ve spiritüel iyi oluş düzeyinin yüksek olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca, KOAH'lı bireylerin spiritüel iyi oluşları ve yaşam kaliteleri arasında pozitif yönde zayıf düzeyde bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Bireylerin spiritüel iyilik halinin yüksek olması, KOAH semptomlarının hafifletilmesine katkı sağlayarak, genel yaşam kalitelerinde anlamlı

bir iyileşme sağlayabilir. Bu bağlamda, sağlık hizmeti sağlayıcılarının, tedavi ve bakım sürecinde yalnızca hastaların fiziksel sağlık durumunu değil, aynı zamanda ruhsal, sosyal ve spiritüel ihtiyaçlarını da bütüncül bir yaklaşımla dikkate alarak planlama yapmaları büyük önem taşımaktadır. Hastalara psikososyal destek sağlamak, destek grupları oluşturmak ve ruh sağlığı hizmetlerinde spiritüel boyutu dahil etmek önemlidir.

Bu çalışmada elde edilen bulgular doğrultusunda, bireyselleştirilmiş bakım planlarının oluşturulması, bireylerin yalnızca fiziksel sağlık durumlarını değil, aynı zamanda ruhsal ve sosyal ihtiyaçlarını da kapsayan bütüncül bir yaklaşımın benimsenmesi gereklidir. Spiritüel destek programlarının sağlık kuruluşlarında uygulanması, bireylerin hastalıkla baş etme becerilerini artırarak yaşam kalitelerini olumlu yönde etkileyebilir. Bunun yanı sıra, psikososyal destek gruplarının oluşturulması, bireyler arasında dayanışmayı teşvik ederek hem ruhsal hem de sosyal iyilik hallerine katkı sağlayacaktır.

Sağlık profesyonellerine yönelik düzenlenecek eğitimlerle, spiritüel bakım ve bütüncül sağlık yaklaşımlarının klinik uygulamalara entegrasyonu teşvik edilmelidir. Ayrıca, KOAH'lı bireylerin yaşam kalitesi ve spiritüel iyi oluşlarına ilişkin daha fazla kanıt temelli araştırma yapılması, bu bulguların klinik pratiğe aktarılması açısından önem taşımaktadır. Toplum temelli müdahalelerin yaygınlaştırılması ve yerel kuruluşlarla iş birliği yapılarak bireylerin fiziksel, ruhsal ve sosyal ihtiyaçlarına daha etkin şekilde yanıt verilmesi sağlanabilir. Tüm bu öneriler, KOAH'lı bireylerin semptom yönetiminde iyileşme sağlanmasına, yaşam sürelerinden ziyade yaşam kalitelerinin artırılmasına yönelik anlamlı katkılar sunabilir. KOAH'lı bireylerin

yaşam süresinin uzatılmasından ziyade, yaşam kalitesinin artırılması öncelikli bir hedef olarak ele alınmalıdır. Bu doğrultuda, KOAH'lı bireylerin yaşam kalitesinin ve spiritüel iyilik halinin artırılmasına yönelik hemşirelerin kanıt temelli araştırmalar yapması ve bu araştırmalardan elde edilen bulguların klinikte sağlık profesyonelleri tarafından etkin bir şekilde uygulanması önem taşımaktadır.

Bilgilendirme

Yazarlar arasında herhangi bir çıkar çatışması yoktur. Araştırmanın bütçesi araştırmacılar tarafından karşılanmıştır. Yazarlar herhangi bir finansal destek kaynağının olmadığını beyan etmiştir. Araştırmanın yürütülmesi için bir üniversitesinin klinik araştırmaları etik kurulundan 24/02/2022 tarihinde 2022/04-07 karar numarası ile etik kurul izni alınmıştır. Yazar Katkıları: Fikir: İKD, GDA, Tasarım: İKD, GDA, Gözetim: İKD, GDA, Araç gereç: İKD, GDA, Veri toplama ve işleme: İKD, Analiz ve yorumlama: İKD, GDA, Literatür tarama: İKD, GDA, Yazma: İKD, GDA, Eleştirel inceleme: GDA.

Bu çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden Ankara Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesinde tedavi gören KOAH hastalarına teşekkür ederiz.

KAYNAKLAR

Akbolat, A. (2023). *Kronik hastalara psikolojik iyi oluş odaklı manevi destek* (S. Kartal, Ed.). Sonçağ Akademi.

Alpi, S. V., Garavito, A., Padilla, M., & Quiceno, J. M. (2018). Health-related quality of life, anxiety, depression and spiritual wellbeing in patients chronic obstructive pulmonary disease. *Rev Agent Clin Psic*, 27(3), 413-23.

An, J., Zhou, H., Yang, T., Duan, C., Bao, C., Wan, C., ... & Wen, F. (2021). Relationship of psychological

factors with daily activities and quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease in a Chinese rural population. *Annals of palliative medicine*, 10(2), 1675-1684.

Arslan, C., & Ünsar, S. (2021). Kronik obstrüktif akciğer hastalarında dispne algısı ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 24(1), 42-50.

Aydın, A., Işık, A., & Kahraman, N. (2020). Mental health symptoms, spiritual well-being and meaning in life among older adults living in nursing homes and community dwellings. *Psychogeriatrics*, 20(6), 833-843.

Beia, T., Kielmann, K., & Diaconu, K. (2021). Changing men or changing health systems? A scoping review of interventions, services and programmes targeting men's health in sub-Saharan Africa. *International journal for equity in health*, 20, 1-16.

Bouloukaki, I., Christodoulakis, A., Margetaki, K., & Tsiligianni, I. (2024). Association of Lifestyle Behaviors with Quality of Life in Patients with COPD: A Cross-Sectional Study in Primary Care. *Journal of Clinical Medicine*, 13(16), 4793.

David, R., Singh, S., Ribeiro, N., & Gomes, D. R. (2022). Does spirituality influence happiness and academic performance?. *Religions*, 13(7), 617.

Demir Gökmen, B., & Fırat, M. (2022). KOAH hastalarında hastalık algısı, ölüm kaygısı ve öz bakım gücü ilişkisinin incelenmesi.

Ekşi, H., & Kardaş, S. (2017). Spiritual well-being: Scale development and validation. *Spiritual Psychology and Counseling*, 2(1), 73-88.

Global initiative for chronic obstructive lung disease. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease 2021 Report, (2021) [online]. <https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2020/11/GOLD-REPORT-2021->

Höhn, A., Gampe, J., Lindahl-Jacobsen, R., Christensen, K., & Oksuyzan, A. (2020). Do men avoid seeking medical advice? A register-based analysis of gender-specific changes in primary healthcare use after first hospitalisation at ages 60+ in Denmark. *J Epidemiol Community Health*, 74(7), 573-579.

Jones, P., Harding, G., Wiklund, I., Berry, P., & Leidy, N. (2009). Improving the process and outcome of care in COPD: development of a standardised assessment tool. *Primary Care Respiratory Journal*, 18(3), 208-215.

Karagülle, Ç., & Çiçek, S. C. (2020). Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerin hastalık algısının yaşam kalitesine etkisi. *Turkish Journal of Science and Health*, 1(2), 36-49.

Kılınç, G., Yıldız, E., & Kavak, F. (2019). Orjinal Makale KOAH'lı hastalarda psikolojik dayanıklılık ve yaşam doyumu arasındaki ilişki. *J Psychiatric Nurs*, 10(2), 111-116.

Koenig, H. G. (2015). Religion, spirituality, and health: a review and update. *Advances in mind-body medicine*, 29(3), 19-26.

Korkut, F. (2012). İyilik hali yıldızı modeli, uygulanması ve değerlendirilmesi. *International Journal of Eurasia Social Sciences*, 2012(9), 24-33.

Köktürk, N., & Adına, K. Ç. G. (2017). Türk Toraks Derneği'nin GOLD 2017 kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) raporuna bakışı.

Li, N., Li, X., Liu, M., Wang, Y., & Wang, J. (2023). Sex differences in comorbidities and mortality risk among patients with chronic obstructive pulmonary disease: a study based on NHANES data. *BMC Pulmonary Medicine*, 23(1), 481.

Löffler, C. S., & Greitemeyer, T. (2023). Are women the more empathetic gender? The effects of gender role expectations. *Current Psychology*, 42(1), 220-231.

Marshall, D. C., Al Omari, O., Goodall, R., Shalhoub, J., Adcock, I. M., Chung, K. F., & Saliccioli, J. D. (2022).

Trends in prevalence, mortality, and disability-adjusted life-years relating to chronic obstructive pulmonary disease in Europe: an observational study of the global burden of disease database, 2001–2019. *BMC Pulmonary Medicine*, 22(1), 289.

Mirici, A. (2020). KOAH (Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı). *Göğüs Hastalıkları*, 3.

Özdemir, Ç., & Karataş, G. (2024). KOAH Hastalarında Yorgunluk Düzeyi ve Spiritüel İyi Oluş. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13(4), 1775-1784.

Özdemir, Ö., & Yılmaz, M. (2024). Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) and Evidence-Based Psychosocial Interventions. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 16(3), 439-450.

Paloutzian, R. F., & Ellison, C. W. (1982). Loneliness, spiritual well-being and the quality of life. *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy*, 1(1), 224-37.

Rassoulilian, A., Gaiger, A., & Loeffler-Stastka, H. (2021). Gender differences in psychosocial, religious, and spiritual aspects in coping: a cross-sectional study with cancer patients. *Women's health reports*, 2(1), 464-472.

Rosenblad, A. K., Klarare, A., Rapaport, P., Mattsson, E., Gaber, S. N., & Women's Advisory Board for Inclusion Health. (2024). Health literacy and its association with mental and spiritual well-being among women experiencing homelessness. *Health Promotion International*, 39(2), daae019.

Silva, M. S. D., Kimura, M., Stelmach, R., & Santos, V. L. C. D. G. (2019). Quality of life and spiritual well-being in chronic obstructive pulmonary disease patients. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43, 1187-1192.

Silveyra, P., Fuentes, N., & Rodriguez Bauza, D. E. (2021). Sex and gender differences in lung disease. In *Lung Inflammation in Health and Disease, Volume II* (pp. 227-258). Cham: Springer International Publishing.

Ståhl, E., Lindberg, A., Jansson, S. A., Rönmark, E., Svensson, K., Andersson, F., ... & Lundbäck, B. (2005).

Health-related quality of life is related to COPD disease severity. *Health and quality of life outcomes*, 3(1), 1-8.

Tiemensma, J., Gaab, E., Voorhaar, M., Asijee, G., & Kaptein, A. A. (2016). Illness perceptions and coping determine quality of life in COPD patients. *International journal of chronic obstructive pulmonary disease*, 2001-2007.

Türk Dil Kurumu (TDK), Türk Dil Kurumu sözlükleri. Ankara: Türk Dil Kurumu. [online] <https://sozluk.gov.tr/> Erişim tarihi: 10 Ocak 2022.

Türkiye İstatistik Kurumu. (2020). Ölüm ve ölüm nedeni istatistikleri, 2019. Erişim adresi: <https://data.tuik.gov.tr/bulten/index?p=olum-ve-olum-nedeni-istatistikleri-2019-33710>

Widada, W. (2024). The Relationship Between Spirituality and Quality of Life in COPD Patients at Citra Husada Hospital Jember. *Curatio: Journal of Advanced and Specialized Nursing, and Care Planning*, 1(1), 24-35.

World Health Organization (WHO). What is chronic obstructive pulmonary disease (COPD). [online]. [https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/cardiovascular-diseases-chronic-obstructive-pulmonary-disease-\(COPD\)](https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/cardiovascular-diseases-chronic-obstructive-pulmonary-disease-(COPD)) Erişim tarihi: 08 Aralık 2021.

Yaden, D. B., Batz-Barbarich, C. L., Ng, V., Vaziri, H., Gladstone, J. N., Pawelski, J. O., & Tay, L. (2022). A meta-analysis of religion/spirituality and life satisfaction. *Journal of Happiness Studies*, 23(8), 4147-4163.

Yoshizawa, T., Makram, A. M., Nakamura, S., Elsheikh, R., Makram, E. M., Huy, N. T., & Moji, K. (2023). Spirituality, quality of life, and general health: a cross-sectional study. medRxiv, 2023-05.

Yorgancıoğlu, A., Polatlı, M., Aydemir, Ö., Demirci Yılmaz, N., Kırkıl, G., Atış Naycı, S. ve ark. (2012). KOAH değerlendirme testinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği. *Tüberküloz ve Toraks*, 60(4), 314-320.

ORIGINAL ARTICLE / ORJİNAL MAKALE

Tiroid Fonksiyon Bozukluğu Olan Bireylerin Kardiyovasküler Hastalık Riskleri ve Risk Faktörü Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi

Evaluation of Cardiovascular Disease Risks and Risk Factor Knowledge Levels of Individuals with Thyroid Dysfunction



Dilan Çiftci Akan¹



Aynur Türeyen²

¹ Hemşire, SBÜ İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kemikliği Nakil Merkezi, İzmir, Türkiye

² Prof. Dr., Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği, İzmir, Türkiye

Geliş: 11.08.2023, Kabul: 14.10.2025

Öz

Giriş: Tiroid fonksiyon bozuklukları yaygın görülen endokrin grubu kronik hastalıklardır. Tiroid hastalıkları fizyolojik sistemler üzerinde olumsuz etkiler yaratabilmektedir. Bu sistemlerden birisi de kardiyovasküler sistemidir.

Amaç: Bu çalışmada amaç, tiroid fonksiyon bozukluğu olan bireylerin kardiyovasküler hastalık riskleri ve risk faktörü bilgi düzeylerinin değerlendirilmesidir.

Yöntem: Tanımlayıcı ve kesitsel tipte planlanan bu araştırmanın evrenini; İzmir ilinde bir üniversite hastanesi ve bir eğitim ve araştırma hastanesinin dahiliye ve endokrin polikliniklerine ayaktan başvuran, tiroid hastalığı olan bireyler oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklem büyüklüğü 210 olarak belirlenmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, bağımlı ve bağımsız gruplarda t testi ve ANOVA testi kullanıldı.

Bulgular: Araştırmaya katılan bireylerin sosyodemografik özellikleri incelendiğinde, katılımcıların; %87.1'i kadın, %76.7'si evli ve %86.2'sinin en az bir çocuğu vardır. Katılımcıların; %34.3'ü aşikâr hipotiroidi, %24.8'i subklinik hipotiroidi, %19.5'i hashimoto tiroidit, %11.9'u aşikâr hipertiroidi ve %9.5'i subklinik hipertiroidi tanısı almıştır. Bireylerin %21'inin ileriki 10 yıllık zaman diliminde kardiyovasküler hastalık risklerinin %20 ya da daha yüksek olduğu, kardiyovasküler hastalık risk faktörlerine ilişkin bilgi düzeyi puan ortalaması ise 19.8 bulunmuştur.

Sonuç: Bireylerin kardiyovasküler hastalık risk oranları ile risk faktörleri hakkındaki bilgi düzeyleri arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon bulunmuştur. Bireylerde, hastalığa bağlı oluşabilecek komplikasyonların erken tanınması ve buna bağlı olarak oluşabilecek morbidite-mortalite yükünün azaltılabilmesi için hemşireler tarafından bütüncül değerlendirilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Tiroid Fonksiyon Bozukluğu, Kardiyovasküler Hastalık, Risk, Bilgi Düzeyi

Sorumlu Yazar: Dilan ÇİFTÇİ AKAN, Uzman Hemşire, SBÜ İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kemik İliği Nakil Merkezi, İzmir, Türkiye . Email: dilanciftci96@gmail.com , Tel: +90 (545) 780 30 43

Nasıl Atıf Yapılır: Çiftci Akan D, Türeyen A. Tiroid Fonksiyon Bozukluğu Olan Bireylerin Kardiyovasküler Hastalık Riskleri ve Risk Faktörü Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi Etkili Hemşirelik Dergisi. 2025;18(4): 541-551

Journal of Nursing Effect published by Cetus Publishing.



Journal of Nursing Effect 2025 Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License

Abstract

Background: Thyroid dysfunction is a common group of chronic endocrine disorders that can have adverse effects on physiological systems. One of these systems is the cardiovascular system.

Objective: The aim of this study is to evaluate the cardiovascular disease risks and risk factor knowledge levels of individuals with thyroid dysfunction.

Methods: The universe of this descriptive and cross-sectional study consists of individuals with thyroid disease who applied to the internal medicine and endocrinology outpatient clinics of a university hospital and a training and research hospital in Izmir. Data were analyzed using numbers, percentages, means, standard deviations, independent t-tests, and ANOVA tests.

Results: Of the participants, 87.1% were female, 76.7% were married, and 86.2% had at least one child. The diagnoses of the participants were as follows: 34.3% overt hypothyroidism, 24.8% subclinical hypothyroidism, 19.5% Hashimoto's thyroiditis, 11.9% overt hyperthyroidism, and 9.5% subclinical hyperthyroidism. 21% of the individuals had a cardiovascular disease risk of 20% or higher over the next 10 years, and the average knowledge level regarding cardiovascular disease risk factors was found to be 19.8.

Conclusion: There was a weak positive correlation between the cardiovascular disease risk levels and knowledge levels regarding risk factors in the individuals participating in the study. It is recommended that individuals be evaluated holistically by nurses in order to diagnose early complications that may occur due to the disease and to reduce the burden of morbidity-mortality that may arise accordingly.

Keywords: Thyroid Dysfunction, Cardiovascular Disease, Risk, Knowledge

GİRİŞ

Kronik hastalıklar, bireyin yaşam kalitesini bozan, evrensel olarak morbidite ve mortalitenin önde gelen nedenleri arasındadır (Centers for Disease Control and Prevention, 2021; (Hançerlioğlu, Şenuzun.Aykar, 2018). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre; kronik hastalıklar her yıl 41 milyon insanın ölümüne neden olmaktadır ve dünya çapındaki tüm ölümlerin %71'ini oluşturmaktadır (Atan, 2018; Kontsevaya, Farrington, Balcılar ve Ergüder, 2018).

Tiroid fonksiyon bozuklukları dünya çapında yaygın görülen ve tüm popülasyonları etkileyen endokrin grubu kronik hastalıklardır. Tiroid metabolizma hastalıkları ülkemizde, diabetes mellitustan sonra en sık görülen endokrin hastalıklarındandır (Çakır ve Özdemir, 2019).

Tiroid hastalıkları, dünyada erişkinlerin %6-8'ini, ABD'de %8.9'unu etkilemektedir (Şişman ve diğerleri, 2018).

Tiroid hastalıkları, endokrin sistem yanında vücudun diğer sistemleri üzerinde de olumsuz etkiler yaratabilmektedir. Bunlardan biri de kardiyovasküler sistemdir. (Cokkinos ve Chrysanthopoulos, 2016). Hipotiroidizm; kandaki düşük T3 konsantrasyon ile kalp atım hızını yavaşlatır ve damar düz kaslarındaki dilatasyonun gecikmesi sebebi ile bu hastalarda hipertansiyon gelişme süreci hızlanır (endotelial disfonksiyon) (Moini, Pereira ve Samsam, 2020; Öztürk, Bilici ve Bayraktaroğlu, 2019). Hipertiroidizmde ise; serum tiroid hormon seviyelerindeki artış sebebiyle, aritmi, senkop, angina, hipertansiyon ve kalp yetersizliği gibi çeşitli kardiyovasküler sisteme ait çeşitli klinik belirti ve bulgular ortaya çıkabilmektedir

(Derhem, 2019; Klein ve Danzi, 2016).

Kardiyovasküler hastalık (KVH) risk düzeyinin bilinmesi ve hastaların bu konudaki bilgi düzeyinin farkındalığının belirlenmesi hem bireysel sağlık yönetimi hem de genel sağlık stratejileri açısından büyük bir öneme sahiptir. KVH, dünya genelinde ölüm ve morbidite oranlarını artıran ciddi bir sağlık sorunudur; bu nedenle, risk faktörlerinin doğru bir şekilde değerlendirilmesi, hastaların kişisel sağlık risklerini anlamalarına ve bu riskleri yönetmelerine yardımcı olur. Hastaların KVH risk faktörleri hakkında yeterli bilgiye sahip olmaları, bilinçli yaşam tarzı değişiklikleri yapmalarını, düzenli sağlık kontrolleri gerçekleştirmelerini ve gerektiğinde önleyici tedbirler almalarını sağlar. Ayrıca, sağlık profesyonelleri için hastaların bilgi düzeyini anlamak, eğitim ve farkındalık programlarını daha etkili hale getirerek sağlık sisteminin genel etkinliğini artırabilir.

Tiroid fonksiyon bozukluğu olan bireylerin içinde bulundukları duruma uyum sağlama becerileri; hastalığın seyrinin kontrol altına alınabilmesi ve multimorbiditenin önlenmesi için gerekli faktörlerden biridir. Bu süreçte hemşirelik disiplinine ihtiyaç duyulmaktadır. Hemşirelik disiplinin eğitici ve bakım verici rolleri tiroid hastalığı olan bireylerin bütüncül olarak değerlendirilmesi, hastalığa bağlı oluşabilecek ek sorunların önlenmesi/yavaşlatılması, içlerinde bulundukları kronik sürecin yönetimi ve hastalık sürecine uyum için gereklidir. Sonuç olarak, tiroid hastalığı olan bireylerin, KVH risk düzeyinin bilinmesi ve bu konuda hasta bilincinin artırılması hem bireysel hem de toplumsal sağlık açısından büyük bir önem taşır ve bu sayede sağlık sorunlarının önlenmesi ve yönetimi daha başarılı bir şekilde gerçekleştirilebilir.

Bu araştırmada, tiroid fonksiyon bozukluğu olan bireylerin kardiyovasküler hastalık

riskleri ile kardiyovasküler sisteme ait hastalık oluşturabilecek risk faktörleri hakkındaki bilgi düzeylerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Araştırmanın Sorusu

Tiroid fonksiyon bozukluğu olan bireylerin kardiyovasküler hastalık riskleri nedir?

Tiroid fonksiyon bozukluğu olan bireylerin kardiyovasküler hastalık risk faktörleri hakkındaki bilgi düzeyleri nasıldır?

YÖNTEM

Araştırmanın Tipi

Tanımlayıcı ve kesitsel tipte tasarlanmıştır.

Araştırmanın Yapıldığı Yer

Araştırma, İzmir ilinde bir üniversite hastanesi ile bir eğitim ve araştırma hastanesinin dahiliye ve endokrin polikliniklerinde yürütülmüştür.

Araştırma Evreni/Örneklemi

Araştırmanın evrenini, çalışmanın yürütüldüğü merkezlerin dahiliye ve endokrin polikliniklerine araştırmanın yapıldığı tarihler (1 Nisan- 31 Eylül 2021) arasında başvuran ve dahil edilme kriterlerini (30 yaş üzeri olmak (TEKHARF skoru 30 yaş ve üzeri hastalara yöneliktir.), yeni tiroid hastalığı tanısı almış olmak, henüz tiroid hormon tedavisi başlanmamış olmak, çalışmaya gönüllü olarak katılmaya onay vermek, okur-yazar düzeyde olmak) sağlayan hastalar oluşturmuştur. Araştırmanın örneklem büyüklüğü G-Power 3.1.16 software (alphaerrorprobability =.05, effect size = 0.5, power:0.95) analizi ile hesaplanmış olup, n:210 olarak belirlenmiştir. Araştırmanın örneklemini ise, olasılıksız örneklem seçim yöntemi ile araştırma evreninden gerekli kriterlere sahip ve gönüllülük esası ile araştırmaya katılmaya onay veren bireyler oluşturmuştur.

Veri Toplama Araçları- Geçerlik ve Güvenirlilik Bilgileri,

Veriler, Birey Tanılama Formu, Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri Sıklığı Taraması Formu (TEKHARF) ve Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi (KARRİF-BD) Formu kullanılarak yüz yüze toplanmıştır.

Birey Tanılama Formu

Araştırmacı tarafından, ilgili literatür taranarak oluşturulmuş olup; örnekleme dahil olan bireylerin sosyo-demografik özellikleri (yaş, cinsiyet boy ve kilo, BKİ, doğum yeri, medeni hal, çocuk sayısı, iş/meslek, eğitim durumu, gelir durumu) ve hastalığa ilişkin özellikler (var olan tiroid hastalığının türü, sigara kullanımı, alkol kullanımı, ek hastalık varlığı, ailede var olan tiroid ve kalp hastalığı durumu, ailede erken yaşta kardiyovasküler hastalığa bağlı ölüm varlığı, sürekli kullanılan ilaçlar) olmak üzere 2 bölüm ve 18 sorudan oluşmaktadır (Çınar, 2021; Polat ve Palo, 2015).

Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri Sıklığı Taraması (TEKHARF)

2002 yılında Türk erişkinlerde koroner kalp hastalığı riskini belirlemek amacıyla Onat tarafından PROCAM ve Framingham skorlama sistemlerinden esinlenerek geliştirilmiştir. Bu puanlama cetvelinde 9 ana başlık yer almaktadır. Bunlar; yaş ve cinsiyet, sistolik kan basıncı, sigara kullanımı, diyabet hastalığı varlığı, kan LDL-kolesterol düzeyi, kan HDL- kolesterol düzeyi, kan trigliserid düzeyi, bel çevresi ve egzersiz durumudur. Burada yer alan her alan kendi içinde ayrı olarak puanlanmakta ve en son tüm bölümlerin puanları toplanmaktadır (Onat, 2002; Öztürk ve diğerleri, 2019).

Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi (KARRİF-BD) Ölçeği

Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi (KARRİF-BD) Ölçeği'nin

hazırlanmasında “Heart Disease Fact Questionnaire (HDFQ)” anketinden 16, “40-Item Coronary Heart Disease Knowledge Test” anketinden dört madde kullanılmıştır. Bu ifadeler çalışmayla ilgisi olmayan bir kişi tarafından tekrar İngilizceye çevrilmiştir. Ek olarak Kardiyovasküler hastalıklarla ilişkili risk faktörleri konusunda bilinmesi gerektiği düşünülen sekiz madde daha araştırmacılar tarafından eklenerek, 28 maddeden oluşan bir ölçek hazırlanmıştır. Ölçek son haline getirilmeden önce, Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nın eğitim-araştırma bölgesinde halka uygulanmış; her uygulandı ankette gerekli görülen değişiklikler yapılmıştır.

Ölçeğin Türkçe versiyonu, Arıkan ve arkadaşları (2009) tarafından Türk toplumunda kardiyovasküler hastalık risk faktörleri hakkındaki bilgi düzeyini incelemek için yapılmıştır. Türk toplumu için hazırlanan 28 maddelik 3'lü likert tipteki bu ölçeğin, ilk 4 maddesi kardiyovasküler hastalıkların spesifik özelliklerini, 15 madde bu hastalık grubuna ait risk faktörlerini ve kalan 9 madde ise hastalık riskini arttıracı davranışlarla ilgili sorular içermektedir. Ölçekte her bir soru kişilere doğru, yanlış ve bilmiyorum seçenekleri ile sorulmuştur. Ölçek puanı yükseldikçe, bireyin bilgi düzeyinin yüksek olduğu sonucuna varılmaktadır. Ölçeğin Cronbach alfa değeri 0.77 olarak bulunmuştur (Arıkan ve diğerleri, 2009; Yılmaz ve Boylu, 2016). Bu çalışmada ise ölçeğin Cronbach alfa değeri 0.603 olarak hesaplanmıştır.

Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin istatistiksel analizi IBM SPSS StaticsVersion 26 programında yapılmıştır. KARRİF-BD Ölçeği güvenilirlik analizinde ölçeğin Cronbach's alfa (KR-20) katsayısı .603 olarak hesaplanmıştır. Ölçek dikotom özellikte olduğundan testin yeterince güvenilir olduğu

sonucuna varılmıştır. Kategorik verilerin gruplar arasında karşılaştırılmasında, Pearson Chi-Square ve Fisher's Exact test, sürekli veriler normal dağılım özelliğinde olmadığından (Kolmogorov Smirnov ve ShapiroWilk $p<.05$) iki grup arasındaki karşılaştırmalarda Mann Whitney U, ikiden fazla grup arasındaki karşılaştırmalarda ise Kruskal Wallis H (post hoc Bonferroni düzeltmeli Mann Whitney U) istatistiksel analizleri kullanılmıştır. %95 güven aralığında $p<.05$ anlamlılık düzeyinde analiz edilmiştir.

Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın değişkenleri, bireylerin; TEKHARF Puanlama Cetveli'ne göre kardiyovasküler hastalık risk düzeyleri KARRİF-BD Ölçeği'ne göre kardiyovasküler hastalık risk faktörleri hakkındaki bilgi düzeyleri ile ilgili aldıkları puanlar.

Araştırmanın bağımsız değişkenlerini, araştırmanın bağımlı değişkenlerini etkileyebilecek olan; bireylerin sosyo-demografik özellikleri (cinsiyet, yaş, meslek, medeni durum, çocuk sayısı, eğitim durumu, BKİ (Beden Kütle İndeksi), gelir durumu, sigara- alkol kullanım durumu) ile hastalığa ve ailelerinin sağlık durumlarına ilişkin özellikleri (tiroid hastalığının tipi ve durumu, eşlik eden hastalık, ailede tiroid hastalığı varlığı) oluşturmaktadır.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmada TEKHARF ve KARRİF-BD ölçeklerini kullanabilmek için ölçek sahiplerinden e-posta ile izin alınmıştır. Araştırmanın gerçekleştirilebilmesi için bir üniversitenin Tıbbi Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (07.04.2021-E.117067) etik onay ve araştırmanın yürütüldüğü hastanelerden gerekli resmi izinler alınmıştır (Sayı: E-86991637-100-64668). Araştırma, Helsinki Bildirgesi'nin

ilkeleri izlenerek yürütülmüştür. Araştırmaya katılacak bireylerden ise araştırmanın amacı ve verilerin gizliliği açıklanarak sözlü ve yazılı onamları alınmıştır.

BULGULAR

Bireylerin; %87,1'i kadın, %76,7'si evli olup %51'i okuryazar/ilköğretim düzeyindedir. Gelir durumları incelendiğinde bireylerin %41,9'u gelir=gider olarak saptanmıştır. Katılımcıların %29'u sigara, %5,2'si alkol kullanmaktadır (Tablo.1).

Tablo 1. Bireylere Ait Sosyo-Demografik Özelliklerin Dağılımı

Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Dağılımı (n:210)			
		n	%
Cinsiyet	Kadın	183	%87.1
	Erkek	27	%12.9
Medeni durum	Evli	161	%76.7
	Bekar	40	%19
	Boşanmış	9	%4.3
Çocuk varlığı	Var	181	%86.2
	Yok	29	%13.8
Çalışma durumu	Çalışıyor	56	%26.7
	Çalışmıyor	154	%73.3
Eğitim durumu	Okuryazar/	107	%51
	İlköğretim		
	Ortaöğretim	68	%32.4
	Yükseköğretim	35	%16.7
Ailenin gelir durumu	Gelir giderden	88	%41.9
	az		

Bireylerin; %34.3'ü aşikâr hipotiroidi, %24.8'i subklinik hipotiroidi, %19.5'i hashimoto tiroidit, %11.9'u aşikâr hipertiroidi ve %9.5'i subklinik hipertiroidi tanısı mevcuttur. Tiroid fonksiyon bozukluğunun türü ile KVH risk düzeyi arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır. Ek olarak; bu bireylerin %53.3'ünün tiroid fonksiyon bozukluğu dışında en az bir tane ek hastalık tanısı mevcut olup, (Tablo.2) %32.9'unun antihipertansif, %28.1'inin oral antidiyabetik,

%10'unun antihiperlipidemik, %8.1'inin antiaritmik, %6.7'sinin insülin, %2.9'unun antikoagülan ve %1.9'unun anksiyolitik ilaç kullandığı saptanmıştır. Bireylerin ailelerinde tiroid ve kalp hastalığı olma durumu ile ailede erken yaşta kardiyovasküler hastalık sebebi, ile ölüm varlığı incelendiğinde; %55.7'sinin ailesinde tiroid hastalığı, %36.2'sinde kalp hastalığı olduğu ve katılımcıların %17.1'inin ailelerinde kalp ve damar hastalığına bağlı ölüm öyküsü olduğu görülmüştür.

Tablo 2. Bireylerin Komorbid Hastalık Varlığına İlişkin Dağılımı

	n	%
Tiroid Dışında Ek Hastalık Durumu	Yok 98	%46.7
	Var 112	%53.3
Ek Hastalık Türü		
Hipertansiyon	73	%34.8
Diabetes Mellitus	63	%30
Hiperlipidemi	31	%14.8
Ritim Bozukluğu	19	%9
Koroner Arter Hastalığı	14	%6.8
Obezite	14	%6.7
Glokom	2	%1
Uyku Apnesi	2	%1

TEKHARF Risk Skorlama Cetveli'nden alınan puan dağılımları incelendiğinde ileriki 10 yıl içinde kardiyovasküler risk oranları; %58'inin riski %10'dan az, %21'inin riski %10-%20 arasında ve %21'inin riski ise %20 ya da daha yüksek olarak bulunmuştur. Bireylerin TEK HARF puanlama cetveli toplam puanları ile KARRİF-BD kardiyovasküler hastalık risk faktörleri boyut puanları arasında pozitif yönde ve zayıf düzeyde, risk davranışlarında değişimin sonucu boyut puanları arasında negatif yönde, zayıf düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulunmuştur ($p<.05$) (Tablo.3)

Tablo 3. Bireylerin TEK HARF Puanlama Cetveli ile KARRİF-BD Ölçek Toplam Puanlarının Korelasyonu

TEKHARF Toplam Puan	r	p
KVH'lerin Özellikleri	0.017	0.801
KVH Risk Faktörleri	0.136	0.049
Risk Davranışlarında	-0.162	0.019
Değişimin Sonucu		
KARRİF-BD Toplam Puan	0.014	0.846

Bireylerin TEK HARF Puanlama Cetveli risk oranlarının sosyodemografik özelliklere göre dağılımı incelendiğinde; çocuk sahibi olan, çalışmayan, sürekli en az bir ilaç kullanan ve düşük eğitim düzeyine sahip katılımcıların TEK HARF risk oranlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Bireylerin çocuk sahibi olma durumları ile kalp hastalığı risk düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişkili bulunmuştur ($p<.05$). Tiroid fonksiyon bozukluğu dışında ek hastalığı olan bireylerin 90.9'unun risk düzeyi $\geq$ %20 (önümüzdeki 10 yılda KVH riski yüksek) olarak bulunmuştur ($p<.05$).

Bireylerin TEK HARF risk oranlarına göre KARRİF-BD ölçek puanları incelendiğinde; KARRİF-BD KVH'lerin özellikleri ve KVH risk faktörleri alt boyut puanları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<.05$). Farkın hangi gruplardan kaynaklandığını bulmak için yapılan Bonferroni düzeltmeli Mann Whitney U analizi yapılmıştır (Tablo.3). TEK HARF toplam puanlarının ortalama değeri $16,41\pm 9,77$ ve medyanı 18(-6-36) olarak hesaplanmıştır. KARRİF-BD ölçeği toplam puanlarının ortalama değeri; $19,81\pm 2,32$ ve medyanı 20(12-24) olarak bulunmuştur. KARRİF-BD ölçeğinin "kardiyovasküler hastalıkların özellikleri" alt boyutunun

ortalama değeri $2,44 \pm 0,72$ ve medyanı 3(0-3), “kardiyovasküler hastalık risk faktörleri” alt boyutu ortalama değeri $2,32 \pm 1,45$ ve medyanı 13(6-14), “risk davranışlarında değişimin sonucu” ortalama değeri $5,05 \pm 1,1$ ve medyanı 5(2-7) olarak bulunmuştur (Tablo.4).

bulunmuştur ($p < .05$). KARRIF-BD KVH risk faktörleri alt boyut puanlarında gelir<gider şeklinde olan bireylerin puanları, gelir=gider şeklinde olan bireylerin puanlarından istatistiksel olarak anlamlı farklı bulunmuştur (Wilcoxon düzeltilmeli $p < .0667$). Gelirleri giderlerinden

Tablo 4. Bireylerin TEKHARF Puanlama Cetveli-KARRİF-BD Ölçek Puanları-Sosyo-Demografik Özellikleri ve TEKHARF Risk Oranlarının Dağılımı

	Ort.	SS+	Med.	Min.	Max.
TEKHARF Toplam Puan	16.41	9.77	18	-6	36
KVH’lerin Özellikleri	2.44	0.72	3	0	3
KVH Risk Faktörleri	12.32	1.45	13	6	14
Risk Davranışlarında Değişimin Sonucu	5.05	1.1	5	2	7
KARRIF-BD Toplam Puan	19.81	2.34	20	12	24
Kilo	77.26	16.41	76	37	153
BKİ	29.41	6.13	28.84	14.87	54.86
Yaş	50.37	11.58	50	30	86
Çocuk Sayısı	2.45	1.22	2	1	10
Sigara (adet/gün)	12.49	7.66	10	2	40

Bireylerin TEKHARF ve KARRİF-BD ölçek puanları ile kilo, boy, BKİ, yaş, çocuk sayısı ve sigara kullanım durumlarına ilişkin veriler Tablo.5’te verilmiştir. Bireylerin gelir durumlarına göre TEKHARF ve KARRİF-BD ölçek toplam puanlarının dağılımı incelendiğinde KARRİF-BD risk faktörleri alt boyut puanları ile gruplar arasında istatistiksel anlamda fark

az olan bireylerin KARRİF-BD KVH risk faktörleri alt boyut puanlarının ortalama değeri 12.18 ± 1.4 ve medyanı 13(8-14) iken gelirleri giderlerine denk olan bireylerin bu alt boyuttaki toplam puanlarının ortalama değeri 12.5 ± 1.42 ve medyanı 13(6-14) olarak hesaplanmıştır

Toplam puanı 28 olan KARRİF-BD ölçeğine göre kardiyovasküler hastalık risk faktörlerine

Tablo 5. Bireylerin TEKHARF Puanlama Cetveli Risk Oranlarına Göre KARRİF-BD Ölçek Puanlarının Dağılımı

TEKHARF Risk Oranı						X ²	p
%10’dan az		%10-20		%20 ya da daha yüksek			
Ort.±SS	Median (Min.-Max.)	Ort.±SS	Median (Min.-Max.)	Ort.±SS	Median (Min.-Max.)		
KVH’lerin Özellikleri	2.4±0.75	3 (0-3)	2.32±0,74	2 (0-3)	2.66±0.61	3 (1-3)	6.9 0.032
KVH Risk Faktörleri	12.11±1.59	13 (6-14)	12.23±1.4	13 (9-14)	13.02±0.73	13 (11-14)	12.576 0.002
Risk Davranışlarında Değişimin Sonucu	5.18±1.14	5 (2-7)	4.86±1.05	5 (2-7)	4.86±1	5 (3-7)	4.538 0.103
KARRIF-BD Toplam Puan	19.69±2.56	20 (12-24)	19.41±2.3	20 (14-23)	20.55±1.47	21 (17-23)	4.751 0.093

ilişkin bilgi düzeyleri ortalaması ise 19.8 bulunmuştur. Bireylerin, kardiyovasküler hastalık risk faktörlerine ilişkin bilgileri genellikle iyi olmasına karşın popülasyonun beşte birinin ileriki 10 yıllık zaman diliminde kardiyovasküler hastalık riski %20 den yüksektir. KVH risk puanları ile KARRIF-BD kardiyovasküler hastalık risk faktörleri boyut puanları arasında pozitif yönde ve zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulunmuştur.

TARTIŞMA

Bu araştırmada, tiroid fonksiyon bozukluğu olan bireylerin kardiyovasküler hastalık (KVH) risk düzeyleri ile hastalığa özgü risk faktörleri bilgi düzeyleri arasındaki ilişki değerlendirilmiştir. Araştırmaya katılan bireylerin büyük çoğunluğunu kadınlar oluşturmakta (%87,1) olup, katılımcıların %51'i okuryazar ya da ilköğretim mezunudur. Düşük eğitim düzeyinin KVH riskini artırdığı ve sağlıkla ilgili bilgi edinme süreçlerini etkilediği bilinmektedir. Bu durum, çalışmamızda eğitim düzeyi düşük bireylerin daha yüksek TEKHARF risk skorlarına sahip olması ile de uyumludur. Keleşoğlu'nun (2018) çalışmasında da benzer şekilde eğitim düzeyi yüksek bireylerin KARRIF-BD puanlarının daha yüksek olduğu, dolayısıyla bilgi düzeylerinin daha iyi olduğu gösterilmiştir (Keleşoğlu, 2018).

Katılımcıların %53,3'ünde tiroid hastalığı dışında en az bir komorbid hastalık mevcuttur. Bu bireylerin büyük çoğunluğunun (%90,9) TEKHARF risk skoru %20'nin üzerindedir. Bu bulgu, komorbiditelerin (özellikle hipertansiyon, diyabet ve hiperlipidemi) KVH riskini önemli ölçüde artırdığını ortaya koymaktadır. Bu sonuç, Giesecke ve arkadaşlarının (2005) çalışmasıyla benzerlik göstermektedir. Söz konusu çalışmada, tiroid hastalığı olan bireylerin kardiyovasküler nedenlerle hastaneye yatış oranlarında artış saptanmıştır (Giesecke ve diğerleri, 2017). Ancak

bizim çalışmamızda, tiroid bozukluğu türü ile KVH riski arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Bu durumun, tiroid hastalıklarının örneklemde homojen dağılmaması nedeniyle ortaya çıkmış olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmada, bireylerin %36,2'sinin ailesinde kalp hastalığı, %17,1'inin ailesinde ise KVH kaynaklı ölüm öyküsü bulunduğu belirlenmiştir. Cin ve arkadaşlarının (2018) çalışmasında da katılımcıların %35,8'inin ailesinde kalp hastalığı olduğu, ancak bu durum ile KARRIF-BD puanları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı bildirilmiştir (Cin, Sevgi Doğan ve Demirağ, 2018). Bizim bulgularımız da bu çalışmayla benzerlik göstermekte ve aile öyküsünün bireysel bilgi düzeyi ile doğrudan ilişkili olmadığını ortaya koymaktadır.

Araştırmada, bireylerin %21'inin TEKHARF risk oranı %20 veya üzerindedir. Yani yaklaşık her beş katılımcıdan biri, önümüzdeki 10 yıl içinde ciddi bir KVH riski altındadır. Aynı zamanda, KARRIF-BD toplam puan ortalaması 19.81 ± 2.34 bulunmuş olup, bu değer bilgi düzeyinin genel olarak iyi olduğunu göstermektedir. Ancak riskli bireylerin bu bilgiye rağmen yeterli davranış değişikliği göstermediği görülmektedir. Bu bulgu, bireylerin bilgi sahibi olmasına rağmen riskli davranışlarını yeterince değiştiremediklerini göstermektedir. Zengin'in (2019) çalışmasında da benzer şekilde, risk düzeyi ile bilgi düzeyi arasında zayıf ancak anlamlı olmayan bir ilişki bildirilmiştir (Zengin, 2019). Bu çalışmada ise ilişki anlamlı ve zayıf düzeyde bulunmuştur.

Bulgulara göre, TEKHARF risk skoru ile KARRIF-BD risk faktörleri alt boyutu arasında pozitif yönde, risk davranışlarında değişimin sonucu boyutu ile negatif yönde ve anlamlı korelasyon saptanmıştır. Bu sonuç, bilgi düzeyi arttıkça bireylerin risk faktörlerini daha iyi

tanıdığını; ancak davranış değişikliğine gitmede zorluk yaşadığını göstermektedir. Literatürde bu konuya dair Kahvecioğlu'nun (2021) çalışmasında, çalışan bireylerin bilgi düzeylerinin daha düşük olduğu ve sağlık davranışlarını yeterince geliştiremedikleri belirtilmiştir (Kahvecioğlu, 2021). Bizim çalışmamızda ise çalışan birey sayısı az (%26,7) olduğu için bu durum ters yönde farklılık göstermiş olabilir.

Araştırmada, TEKHARF risk oranları ile bazı sosyodemografik özellikler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar bulunmuştur. Özellikle çocuk sahibi olan, düşük eğitilmiş ve düzenli ilaç kullanan bireylerin risk düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Gönül'ün (2009) çalışmasında bu değişkenler ile anlamlı ilişki bulunmamakla birlikte, bizim çalışmamızda çocuk sahibi olma ile risk düzeyi arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (Gönül, 2009). Bu durum, bakım sorumluluğu taşıyan bireylerin yaşam tarzlarında sağlık davranışlarına daha az zaman ayırmasından kaynaklanıyor olabilir.

Ayrıca gelir düzeyi ile KARRİF-BD risk faktörleri alt boyutu arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Gelir düzeyi düşük olan bireylerin bilgi puanları daha düşüktür. Bu bulgu, düşük sosyoekonomik düzeye sahip bireylerin hem bilgiye erişimlerinin sınırlı olduğunu hem de sağlık okuryazarlığı açısından dezavantajlı olduklarını göstermektedir. Bu sonuç literatürle uyumludur ve halk sağlığı açısından önem arz etmektedir.

Son olarak, bu çalışmada tiroid fonksiyon bozukluğunun türü ile KVH risk düzeyi arasında anlamlı fark bulunamamıştır. Oysa Perez ve arkadaşlarının (2015) yaptığı CORONA çalışmasında, hipotiroidi grubundaki bireylerin KVH mortalitesi açısından daha riskli olduğu bildirilmiştir (Perez ve diğerleri, 2015). Bizim çalışmamızda bu ilişki saptanamamış olup, bu

durum örneklem büyüklüğünün daha küçük olması veya örnekleme tiroid hastalığı türlerinin eşit dağılmamasından kaynaklanmış olabilir.

SONUÇLARIN UYGULAMADA KULLANIMI

Bu çalışma, tiroid fonksiyon bozukluğu olan bireylerin kardiyovasküler hastalık risklerinin ve bu risk faktörleri hakkında sahip oldukları bilgi düzeylerinin önemini vurgulamaktadır. Çalışmanın bulguları, tiroid fonksiyon bozukluğu olan bireylerin kardiyovasküler hastalıklar konusunda daha fazla bilgiye ve daha yüksek farkındalığa ihtiyaç duyduklarını göstermektedir. Tiroid fonksiyon bozukluğu olan bireylerde kardiyovasküler hastalık riski yüksek olduğundan, bu riskin yönetimi ve önlenmesi için hemşirelerin aktif rol aldığı kapsamlı ve multidisipliner bir yaklaşım benimsenmelidir. Endokrinologlar, kardiyologlar ve aile hekimleriyle iş birliği içinde çalışan hemşireler, bireylerin kardiyovasküler risk faktörleri hakkında farkındalık kazanmasını sağlayacak eğitim ve danışmanlık hizmetleri sunarak önemli bir katkı sağlar. Hemşirelik müdahaleleri kapsamında düzenli tarama ve izlem sürecine katılımın teşvik edilmesi, yaşam tarzı değişikliklerinin (sağlıklı beslenme, egzersiz, stres yönetimi, sigara bırakma vb.) desteklenmesi ve ilaç tedavisine uyumun izlenmesi yer alır. Ayrıca, bireyselleştirilmiş bakım planları oluşturularak hastaların fiziksel, emosyonel ve psikososyal gereksinimlerine bütüncül bir şekilde yaklaşılması tedavi sürecinin etkinliğini artırır. Sonuç olarak, hemşirelerin rehberliğinde yürütülen eğitim, izlem ve destekleyici bakım uygulamaları, tiroid fonksiyon bozukluğu olan bireylerin kardiyovasküler sağlıklarını korumada ve yaşam kalitelerini artırmada kritik bir rol oynamaktadır.

Bilgilendirmeler

Yazarlar, çıkar çatışması olmadığını beyan etmişlerdir. Yazarlar, bu çalışma için finansal destek almadıklarını açıklamışlardır.

Yazar Katkıları

Çalışma Fikri (Konsepti) ve Tasarımı –DÇ, AT; Veri Toplama/Literatür Tarama- DÇ; Verilerin Analizi ve Yorumlanması –DÇ, AT; Makalenin Hazırlanması –DÇ, AT; Yayınlanacak Son Haline Onay Verilmesi-AT.

KAYNAKLAR

Arkan, İ., Metintaş, S., Kalyoncu, C. ve Yıldız, Z. (2009). Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi (KARRİF-BD) Ölçeği' nin Geçerlik ve Güvenirliği. Arch Turk Soc Cardiol, 37(1), 35–40.

Centers for Disease Control and Prevention. (2021). Erişim tarihi (12.12.2021): <https://www.cdc.gov/chronicdisease/index.htm>

Cin, A., Sevgi Doğan, E., & Demirağ, H. (2018). Paramedik Öğrencilerinin Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi. İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi, 6(2), 36-43. <https://doi.org/10.33715/inonusaglik.469872>

Cokkinos, D. V., & Chryssanthopoulos, S. (2016). Thyroid hormones and cardiac remodeling. Heart failure reviews, 21(4), 365–372. <https://doi.org/10.1007/s10741-016-9554-7>

Çakır, B. ve Özdemir, D. (2019). Erişkin Bazı Metabolizma Hastalıkları (Tiroid, Osteoporoz, Gut) ve Çölyak Hastalığı Kontrol Programı 2019-2023, Sağlık Bakanlığı. Erişim tarihi (20.12.2021): <https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/saglikli-beslenme-hareketli-hayat>

Çınar, N., & Tecik, S. (2022). İyi Bir Kalitatif Kanıt Sentezi Nasıl Yazılmalı? Sakarya University Journal of Holistic Health, 5(2), 186-205. <https://doi.org/10.54803/sauhsd.1086071>

Derhem, B. (2019). Birinci Basamakta Tiroid Disfonksiyonuna Yaklaşım ve Tarama. Anadolu Güncel Tıp Dergisi, 1(3), 72-76. <https://doi.org/10.38053/agtd.542706>

Klein, I., & Danzi, S. (2016). Thyroid Disease and the Heart. Current problems in cardiology, 41(2), 65–92. <https://doi.org/10.1016/j.cpcardiol.2015.04.002>

Hançerlioğlu, S., & Şenuzun Aykar, F. (2018). Kronik Hastalıklarda Öz-Bakım Yönetimi Ölçeği' nin Türkçe'ye Uyarlanması, Geçerlik ve Güvenirliği. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 7(1), 175-183.

Kahvecioğlu, Y. (2021). Kardiyovasküler Hastalık Risk Faktörlerini Bilmenin Sağlıklı Yaşam Davranışları Geliştirme Düzeyine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Keleşoğlu, A. (2018). Bir Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Erişkin Bireylerde Kardiyovasküler Riskin Belirlenmesi ve Kardiyovasküler Hastalık Risk Faktörleri Bilgi Düzeyinin Değerlendirilmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kayseri.

Kontsevaya, A., Farrington, J., Balcılar, M. ve Ergüder, T. (2018). Türkiye'de Bulaşıcı Olmayan (kronik) Hastalıkların Önlenmesi ve Kontrolü İçin Yatırım Gerekçeleri Raporu. Erişim tarihi (20.12.2021): <https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kronik-hastaliklar-engelli-db/hastaliklar/kalpvedamar/raporlar/BizzCaseTrSS.pdf>

Moini, J., Pereira, K. ve Samsam, M. (2020). Thyroid Dysfunction and the Cardiovascular System. Epidemiology of Thyroid Disorders (ss. 171–190). Elsevier. doi:10.1016/B978-0-12-818500-1.00008-6

Giesecke, P., Rosenqvist, M., Frykman, V., Friberg, L., Wallin, G., Höijer, J., Lönn, S., & Törring, O. (2017). Increased Cardiovascular Mortality and Morbidity in Patients Treated for Toxic Nodular Goiter Compared to Graves' Disease and Nontoxic

Goiter. Thyroid : official journal of the American Thyroid Association, 27(7), 878–885. <https://doi.org/10.1089/thy.2017.0029>

Onat, A. (2002). Türk Yetişkinleri için Kullanılmaya Uygun Bir Koroner Risk Puanlaması. *Türk Kardiyol Dern Ars*, 30(10), 604-611. <https://doi.org/>

Öztürk, Y., Bilici, M. ve Bayraktaroğlu, T. (2019). Hashimoto Tiroiditli Olgularda TEKHARF Puanlama Sistemine Göre Kardiyovasküler Hastalık Risk Durumu. *Turkish Journal of Diabetes and Obesity*, 3(1), 45–49. doi:10.25048/tjdo.2019.40

Perez, A. C., Jhund, P. S., Stott, D. J., Gullestad, L., Cleland, J. G., van Veldhuisen, D. J., Wikstrand, J., Kjeksus, J., & McMurray, J. J. (2015). Thyroid-stimulating hormone and clinical outcomes: the CORONA trial (controlled rosuvastatin multinational study in heart failure). *JACC. Heart failure*, 2(1), 35–40. <https://doi.org/10.1016/j.jchf.2013.07.008>

Polat, C., & Palo, G. (2015). Hemşirelik Bilgi

Okuryazarlığı Yeterlik Standartları. *Türk Kütüphaneciliği*, 29(2), 350-362.

Şişman, M. (2018). Tiroid Bozuklukları ile İnsülin Direnci Arasındaki İlişki. *Klinik Tıp Aile Hekimliği*, 10(6), 13-17.

Tan, G. (2018). Kronik Hastalık Yönetiminde Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Kullanımı ve Hemşirenin Rolü. *Van Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(2), 21-24.

Yılmaz, M. ve Boylu, M. (2016). Masa Başı Çalışanlarda Kardiyovasküler Hastalık Risk Faktörleri Bilgi Düzeyleri ve Davranış Durumları. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 13(1), 27–13. doi:10.5222/HEAD.2016.259

Zengin, F. (2019). Bireylerde Kardiyovasküler Hastalık Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi ile Kardiyovasküler Hastalık Riski Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Burdur.

ORIGINAL ARTICLE / ORJİNAL MAKALE

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı için Uyarlanmış Hasta Bildirimine Dayalı Sonuç Ölçeği'nin Türkçe Geçerlilik ve Güvenirlilik Çalışması

Turkish Validity and Reliability Study of the Modified Patient-Reported Outcome Scale for Chronic Obstructive Pulmonary Disease



Yasemin Sazak¹



Nermin Olgun²

¹ Dr. Öğr. Üyesi, Kahramanmaraş İstiklal Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Kahramanmaraş, Türkiye

² Prof. Dr., Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Gaziantep, Türkiye

Geliş: 05.09.2023, Kabul: 09.10.2025

Öz

Giriş: Hasta tarafından bildirilen sonuçlar; hastanın semptomlarını, semptomların yaşamları üzerine etkilerini ve uygulanan tedaviye yanıtlarını değerlendirmek için gereklidir.

Amaç: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) için Uyarlanmış Hasta Bildirimine Dayalı Sonuç Ölçeği'nin Türk dili ve kültürüne uyarlanarak, geçerlilik ve güvenilirliğinin incelenmesi amacıyla yapıldı.

Yöntem: Araştırma metodolojik çalışma olarak Eylül 2021-Ocak 2022 tarihleri arasında 273 hasta ile yürütüldü. Ölçüt geçerliliğinin değerlendirilmesinde eş zaman geçerliliği ve yapı geçerliliğinin değerlendirilmesinde birinci ve ikinci düzey Doğrulamalı Faktör Analizi (DFA) kullanıldı. Güvenirlilik analizlerinde; Cronbach's Alfa ve toplam madde puan korelasyon analizi kullanıldı. Ölçeğin, zamana karşı değişmezlik gücünün belirlenmesi test tekrar test yöntemi ile incelendi.

Bulgular: Ölçeğin Kapsam Geçerliliği İndeksi 0,91 olarak hesaplandı. Yapı geçerliliği için yapılan birinci düzey DFA ($X^2=553.50$ $df=321$, $X^2/sd=1.72$, $RMSEA:0.052$, $GFI:0.87$, $NNFI:0.99$, $NFI:0.97$, $IFI:0.99$, $RFI:0.97$) ve ikinci düzey DFA model uyum indeks değerlerinin ($X^2=594.91$, $df=322$, $X^2/sd=1.84$, $RMSEA:0.056$, $GFI:0.86$, $NNFI:0.98$, $NFI:0.97$, $RFI:0.97$, $IFI:0.99$) istenilen aralıkta olduğu saptandı. Birinci düzey DFA incelendiğinde faktör yüklerinin 0.57 ile 0.88 arasında olduğu, ikinci düzey DFA ise faktör yüklerinin 0.67 ile 0.88 arasında olduğu belirlendi. Ölçeğin Cronbach's Alfa katsayısı; toplam ölçekte .954, fizyolojik alan alt boyutunda .945, psikolojik alan alt boyutunda .862 ve çevresel alt boyutunda .828'dir. Tekrarlı ölçümler arasında yüksek düzey ve pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu ve puan farkları arasında anlamlı farklılık olmadığı görüldü.

Sonuç: 27 madde ve üç alt boyuttan oluşan Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı için Uyarlanmış Hasta Bildirimine Dayalı Sonuç Ölçeği Türk dili ve kültürü için geçerli ve güvenilir bir ölçektir. Ölçeğin hasta tarafından bildirilen sonuçların değerlendirilmesinde kullanımı önerilmektedir.

Anahtar Sözcükler: KOAH, Hasta Tarafından Bildirilen Sonuçlar, Ölçek, Geçerlilik ve Güvenirlilik.

Sorumlu Yazar: Yasemin SAZAK, Dr. Öğr. Üyesi, Kahramanmaraş İstiklal Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Kahramanmaraş, Türkiye. **Email:** yaseminsazak44@gmail.com, **Tel:** +90 541 447 49 44

Nasıl Atıf Yapılır: Sazak Y, Olgun N. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı için Uyarlanmış Hasta Bildirimine Dayalı Sonuç Ölçeği'nin Türkçe Geçerlilik ve Güvenirlilik Çalışması. Etkili Hemşirelik Dergisi. 2025;18(4): 552-566

Journal of Nursing Effect published by Cetus Publishing.



Journal of Nursing Effect 2025 Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License

Abstract

Background: Patient-reported outcomes are necessary to assess the patient's symptoms, their impact on their lives and their response to treatment.

Objectives: It was carried out to examine the validity and reliability of the Modified Patient-Reported Outcome Scale for Chronic Obstructive Pulmonary Disease by adapting it to the Turkish language and culture.

Methods: The methodological study was conducted with 273 patients between September 2021 and January 2022. Invalidity analysis; concurrent validity, first and second-level Confirmatory Factor Analysis (CFA) were used. In reliability analysis, Cronbach's Alpha and total item score correlation analysis were used. The determination of the invariance power of the scale against time was analyzed with the test-retest method.

Results: The Coverage Validity Index of the scale was calculated as 0.91. The first-level CFA ($X^2=553.50$ $df=321$, $X^2/sd=1.72$, $RMSEA:0.052$, $GFI:0.87$, $NNFI:0.99$, $NFI:0.97$, $IFI:0.99$, $RFI:0.97$) and second-level CFA model for construct validity fit index values ($X^2=594.91$, $df=322$, $X^2/sd=1.84$, $RMSEA:0.056$, $GFI:0.86$, $NNFI:0.98$, $NFI:0.97$, $RFI:0.97$, $IFI:0.99$) were found to be in the desired range. When the first level CFA was examined, it was determined that the factor loads were between 0.57 and 0.88, and the factor loads of the second level CFA were between 0.67 and 0.88. Cronbach's Alpha of the scale; .954 in the total scale, .945 in the physiological sub-dimension, .862 in the psychological sub-dimension, and .828 in the environmental sub-dimension.

Conclusion: Consisting of 27 items and three sub-dimensions, the scale is a valid and reliable scale for Turkish language and culture. The use of the scale is recommended for evaluating results reported by the patient.

Keywords: COPD, Patient-Reported Results, Scale, Validity and Reliability.

GİRİŞ

KOAİ; tedavi edilebilir ve önlenabilir bir hastalık olmasına rağmen, yüksek mortalite ve morbidite ile seyretmesi sebebiyle gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde halen küresel bir halk sağlığı sorunudur. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) istatistiksel verilerine göre, dünyada mortaliteye neden olan hastalıklar içerisinde üçüncü sırada yer almaktadır (GOLD, 2022; TTD & TATD, 2021). Ülkemizde ise 2019 Türkiye İstatistik Kurumu'nun istatistiklerine göre solunum sistemine bağlı hastalıklar en fazla görülen morbiditeler arasında üçüncü sırada yer almaktadır (TÜİK, 2019). Hastalığın alevlenmelerle seyretmesi hastalığın kötü seyrine, acil servislere başvuruların ve hastanede kalma süre ve sıklıklarının artmasına neden olarak sağlık sistemine ve ekonomiye yük oluşturmaktadır (TTD & TATD, 2021;

Wedzicha et al., 2017). Son yıllarda elde edilen kanıtlar KOAİ'nin sadece sigaraya bağlı olarak meydana gelen ya da erkeklerde ve yaşlılarda görülen bir hastalık olmadığını göstermiştir (GOLD, 2022; GOLD, 2025; TTD, 2021; TÜSEB, 2021). Hastalık hakkında genel bilgi konusunda toplumun bilinçlendirilmesi hastalığı önleme ve etkili müdahale için ulusal politikaların oluşturulmasında önemli yere sahiptir. Sigara dumanı başta olmak üzere zararlı gaz ve partiküllere inhalasyon yoluyla uzun süre maruz kalmanın hastalığa yol açığının yıllardır bilinmesine rağmen KOAİ prevalansı zaman içerisinde giderek artmaktadır (TÜSEB, 2021).

KOAİ'ta; dispne, öksürük, göğüs ağrısı, balgam gibi temel semptomların yanında uykusuzluk, alevlenmeler, fiziksel aktivite kapasitesinde azalma, yorgunluk, stres gibi komplike sorunlar bireyin yaşamını olumsuz etkilemektedir.

Aynı zamanda alevlenmelere bağlı semptomların artması ve acil servise başvurma sıklıklarındaki artış hastaların yaşam kalitesini düşürmektedir (Afroz vd., 2020). KOAH'ın değerlendirilmesinde ve hastalığın seyrinin tedavisinde spirometrik ölçüm kullanılmaktadır. Spirometrik ölçümün yanında, hastalık semptomları da önemli yer tutmaktadır. Bu yüzden hasta tarafından bildirilen semptomları değerlendiren ölçüm araçlarının kullanılması önerilmektedir (GOLD, 2025). Hasta tarafından bildirilen sonuçlar; hastanın semptomlarını, semptomların yaşamları üzerindeki etkilerini ve uygulanan tedaviye yanıtlarını değerlendirmek için gereklidir (Afroz vd., 2020; Cazzola vd., 2015).

Klinik çalışmalarda hasta tarafınan bildirilen sonuçların değerlendirilmesinde en sık Saint George Solunum Anketi (SGRQ) kullanılmaktadır. Ayrıca Klinik KOAH Anketi (CCQ), KOAH Değerlendirme Testi (CAT), Modified Medical Research Council (mMRC) Dispne Skalası, Kronik Akciğer Alevlenme Ölçeği (EXACT) gibi ölçüm araçları da kullanılmaktadır (Afroz vd., 2020; Cazzola vd., 2015). Hasta tarafından bildirilen sonuçlar doğrudan hastalar tarafından algılanan sağlık durumlarının raporlanmasını sağlar (Afroz vd., 2020; Li vd., 2020). Bu yönüyle hasta tarafından bildirilen sonuçları değerlendiren ölçüm araçları; sağlık profesyonellerinin yorumu olmadan hastaların deneyimlerinin, semptomlarının, tedavi ve bakıma verdikleri yanıtın doğrudan değerlendirilmesini sağlaması açısından önemlidir (Jones vd., 2012). Hastaların deneyim ve sonuçlarını doğrudan yansıtan ölçüm araçları, sağlık profesyonellerinin hastaları takip etmesi, izlemesi ve tedavi etmesinde önemli bir rol oynar. Bu açıdan hasta tarafından bildirilen sonuçların ölçümünü sağlayan, hastayı holistik

acıdan ele alabilen, kolay uygulanabilen, geçerli ve güvenilir olan ölçüm araçlarına gereksinim vardır.

Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı, Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı için Uyarlanmış Hasta Bildirimine Dayalı Sonuç Ölçeği'nin (Modified Patient-Reported Outcome Scale for Chronic Obstructive Pulmonary Disease-mCOPD-PRO) Türk diline ve kültürüne uyarlanarak, geçerlilik ve güvenilirliğinin incelenmesidir.

Araştırma Sorusu

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı için Uyarlanmış Hasta Bildirimine Dayalı Sonuç Ölçeği Türkiye'deki KOAH hastalarının klinik değerlendirmesi için geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı mıdır?

YÖNTEM

Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı için Uyarlanmış Hasta Bildirimine Dayalı Sonuç Ölçeği'nin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğini incelemek amacıyla yapılmış bir metodolojik çalışmadır.

Araştırmanın Yapıldığı Yer

Araştırma; Devlet Hastanesi Göğüs Hastalıkları Polikliniği'nde Eylül 2021 ile Ocak 2022 tarihleri arasında yürütüldü.

Araştırmanın Evreni/Örneklemi

Bir Devlet Hastanesi Göğüs Polikliniği'ne başvuru yapan KOAH hastaları araştırmanın evrenini oluşturdu. Hastanede bir göğüs hastalıkları uzmanı bulunmakta olup, günlük ortalama hasta sayısı 60'tır. Göğüs hastalıkları polikliniği hastanenin poliklinikler bölümünün ikinci katında yer almaktadır. Örneklem sayısının belirlenmesinde literatürde; ölçek geçerlilik ve

güvenirlilik çalışmalarında örneklem sayısının, ölçekte bulunan toplam madde sayısının beş ile 10 katı kadar olması önerilmektedir. (Esin, 2018; Karakoç & Dönmez, 2014; Seçer, 2015a). Ölçekte 27 madde olduğu için araştırmanın örnekleminde 270 hastaya ulaşılması hedeflendi ve araştırma 273 hasta ile araştırma tamamlandı. Doğrulanmış KOAH tanısı olan, iletişim engeli bulunmayan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan hastalar araştırmanın örneklemini oluşturdu. Veri toplama formlarını eksik yanıtlayan ve kendi rızası ile araştırmayı tamamlamadan ayrılmak isteyen hastalar çalışmaya dahil edilmedi.

Veri Toplama Araçları-Geçerlik ve Güvenirlik Bilgileri

Veri toplama araçları olarak literatür taranarak oluşturulan hastaya ait bilgi formu, CAT ve mMRC Dispne Skalası ve geçerlilik ve güvenirliği yapılan Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı için Uyarlanmış Hasta Bildirimine Dayalı Sonuç Ölçeği (Modified Patient-Reported Outcome Scale for Chronic Obstructive Pulmonary Disease-mCOPD-PRO) kullanıldı.

Hasta Tanıtım Formu

Literatür taranarak araştırmacı tarafından oluşturulmuş olan hasta tanıtım formu, hastanın kişisel bilgilerini (medeni durum, yaş, alışkanlıkları, cinsiyet vb.) ve hastalığına ait durumlarını içeren 13 sorudan oluşmaktadır (Bal Özkaptan & Kapucu, 2016; Duangbubpha et al., 2013; Tülüce & Kutlutürkan, 2018).

KOAH Değerlendirme Testi (CAT)

Jones ve arkadaşları tarafından geliştirilen ölçek KOAH'ta hastaların sağlık durumlarını ölçmeye yarayan sekiz sorudan oluşmaktadır. Jones ve ark. tarafından yapılan çalışmada ölçeğin Cronbach's Alfa katsayı değeri .88 bulunmuştur (Jones vd., 2009). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirliği ise 2012 yılında Yorgancıoğlu ve ark. tarafından

yapılmıştır. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışmasında Cronbach's Alfa katsayı değeri .911 bulunmuştur. CAT; nefes darlığı, balgam, öksürük, uyku ve yorgunluk gibi durumların değerlendirilmesini sağlar. Her soru semptom yok (0 puan) ile ciddi semptom (beş puan) arasında puanlanmaktadır. Toplam skor puanı 0 puan ile 40 puan arasında yer almakta olup, yüksek puan sağlık durumu ve hastalık şiddetinin kötüye gittiğini belirtmektedir (Yorgancıoğlu et al., 2012). Bu çalışmada ise ölçeğin Cronbach's Alfa katsayı değeri .904 bulundu.

Modified Medical Research Council (mMRC) Dispne Skalası

Fletcher tarafından 1952 yılında; akciğer hastalığı olan ve olmayan bireylerin aktiviteleri esnasındaki dispne seviyelerini belirlemek için kullanılmıştır. Daha sonra skala, İngiliz Medikal Araştırma Kurulu tarafından geliştirilmiş ve hastalıkların seyrinin değerlendirilmesi amacıyla kullanılmıştır. Dispneyi değerlendirmede fiziksel aktivite durumları esas olarak alınan beş maddeden oluşmakta olup, her bir madde 0 puan ile dört puan arasında puanlanmaktadır. Dispne durumu bakımından 0 puan en iyi dispne seviyesini belirtirken dört puan ise en kötü durumu belirtmektedir (Bestall vd., 1999; Fletcher, 1952). Skalanın Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması bulunmamakta olup; kullanımdaki değerlendirme etkinliğinin yapılan çalışmalarda kanıtlanmasından dolayı ulusal rehberler skalanın kullanımını önermektedir (TTD, 2021; TÜSEB, 2021).

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı için Uyarlanmış Hasta Bildirimine Dayalı Sonuç Ölçeği (Modified Patient-Reported Outcome Scale for Chronic Obstructive Pulmonary Disease-mCOPD-PRO)

mCOPD-PRO; Li ve ark. tarafından 2015

yılında 17 maddeden oluşan ölçek olarak geliştirilmiştir. 2020 yılında ölçek tekrar aynı yazarlar tarafından geliştirilerek 27 madde olarak tekrar düzenlenmiş, geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır. 27 maddeden oluşan ölçek; 17 maddeden oluşan fizyolojik alan (1., 2., 3., 4., 5., 6., 7., 8., 9., 10., 11., 12., 13., 14.1., 14.2., 14.3. ve 14.4. maddeler), 7 maddeden oluşan psikolojik alan (15., 16., 17., 18.1., 18.2., 18.3. ve 18.4. maddeler) ve 3 maddeden oluşan çevresel alan (19., 20. ve 21. maddeler) olmak üzere üç bölümden oluşmaktadır. Ölçek 50 maddeden oluşan George Solunum Anketi, Klinik KOAH Anketi, CAT ve mMRC ile karşılaştırıldığında mCOPD-PRO ölçeğinin daha iyi bir hastalık yönetime sahip olduğu tespit edilmiştir. CAT ve mMRC ile kıyaslandığında ise ölçeğin sadece hastalık semptomlarının bir ölçütü olmadığı aynı zamanda psikolojik, fizyolojik ve çevresel alanları da içeren daha kapsamlı bir yapıya sahip olduğu görülmektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğini test etmek için yaptığımız bu çalışmamızda ölçeğin 27 maddeden oluşan yeni versiyonu kullanılmıştır. Ölçek beşli Likert formatında olup 0 ile dört puan arasında derecelendirilmiştir. Ölçekte yer alan 13. madde ters maddedir ve puanlanırken elde edilen puan dörtten çıkarılarak puanlanır. Ölçeğin toplam puanı hesaplanırken; her bir maddeye verilen puanların toplamının, toplam madde sayısına bölünmesiyle elde edilir. Yani puanların ortalaması alınır. Alt boyutların puanlanması alt boyutta yer alan madde toplam puanının, toplam madde sayısına bölünmesiyle hesaplanır. Ölçekten en düşük olarak 0 puan, en yüksek olarak da dört puan alınmaktadır. Li ve ark. yaptığı çalışmada; ölçeğin toplam maddelerinin Cronbach's alfa katsayısı .954'tür. Alt boyutları için Cronbach's alfa değerleri fizyolojik alan için; .930, psikolojik alan için; .929 ve çevresel alan için; .673'tür. Ölçeğin KOAH'ın

klinik değerlendirilmesinde kullanılabilecek uygulanabilir, geçerlilik ve güvenilirliğe sahip bilimsel bir araç olduğu saptanmıştır (Li et al., 2020). Araştırmamız sonucunda bizim elde ettiğimiz geçerlilik ve güvenilirlik sonuçları bulgular bölümünde sunulmuştur.

Verilerin Toplanması

Veriler, göğüs polikliniğinin yan tarafında yer alan, veri toplamak için uygun olan ve hasta oturma alanının bulunduğu yerde araştırmacı tarafından yüz yüze toplandı. Veri toplama süreci yaklaşık olarak 10-15 dakika sürdü.

Dil ve Kapsam Geçerliliği

Dil geçerliliği Dünya Sağlık Örgütü 2017 kılavuzuna göre değerlendirildi (Fernández-Fillol et al., 2020; WHO, 2017). Kılavuza göre dil geçerliliğinin değerlendirilmesi için her iki dile hâkim olan birbirinden bağımsız iki dil uzmanına ölçeğin çevirisi yaptırıldı. Daha sonra çevirisi yapılan her bir madde araştırmacılar tarafından incelenerek ölçeğin Türkçe maddeleri oluşturuldu. Türkçe taslağı oluşturulan ölçek ve ölçeğin orijinal hali; alanında uzman, hemşirelik bölümünde görev yapan on öğretim üyesine Davis tekniği kullanılarak uzman görüşüne sunuldu. Her bir madde uzmanlar tarafından bir ile dört puan ("uygun değil = 1", "biraz uygun (maddenin uygun şekle getirilmesi gerek) = 2", "oldukça uygun (küçük değişiklikler gerekli) = 3", "çok uygun = 4" şeklinde) arasında puanlandırılarak değerlendirildi (Davis, 1992). Değerlendirmeler sonucunda her bir maddeye üç ve dört puan veren uzman sayısı, görüşü alınan toplam uzman sayısına bölünerek ölçeğin Kapsam Geçerliliği İndeksi (KGİ) hesaplandı. KGİ ölçekteki her bir madde ve toplam ölçek için .80'in üzerinde olduğu için, ölçeğin kapsam geçerliliği olduğu görüldü (Toplam KGİ = .91, madde bazında altı madde için KGİ = .90, diğer

maddelerin KGI = 1). Uzman gr sonrası son hali oluşturulan ölçek alanında uzman, her iki dile hâkim, leği daha önce görmemiş, birbirinden bağımsız olan iki dil uzmanına gönderilerek geri çevirisi yapıldı. Geri evirisi yapılmış olan ölçek maddeleri araştırmacılar tarafından karılatırılarak İngilizce olan son hali oluşturuldu. İngilizce evirisi yapılan ölçek; leği geliştiren yazarlardan olan Li'ye tekrar gönderilerek kullanım ve eviri uygunluğu için onayı alındı. Son taslağı oluşturulmuş olan ölçek; 20 hastaya yüz yüze uygulanarak maddelerin anlaşılabilirliği ve uygunluğu değerlendirildi. Pilot uygulama sonucunda ölçek maddelerinde herhangi bir değişiklik yapılmadı.

Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin istatistiksel analizleri için Lisrel 8.80 ve IBM SPSS 25 paket programları kullanıldı. Tanımlayıcı zellikler yüzde, sayı standart sapma ve ortalama ve sayı olarak belirtildi. Verilerin normal dağılıma uygunluklarının saptanmasında Skewness ve Kurtosis değerleri kullanıldı. Verilerin normal dağılım göstermesi nedeniyle test tekrar test sonuçlarının karılatırılmasında Bağımlı Gruplarda t Testi ve ölçekler arasındaki ilişkinin belirlenmesinde ise Pearson Korelasyon analizi kullanıldı. Geçerlilik ve güvenirliliğin belirlenmesinde Kaiser- Meyer- Olkin (KMO) ve Barlett's testi, Kapsam Geçerliliği İndeksi (KGI) ve Doğrulamayı Faktör Analizi (DFA) analizleri kullanıldı. İstatistiksel analizler için $p < .05$ anlamlılık düzeyi kabul edildi.

Araştırmanın Etik Yönü

Bu alıma için girişimsel olmayan araştırmalar etik kurulundan etik kurul onayı alınmıştır (21.06.2021 tarihli ve 2021/079 sayılı karar). Orijinal dili İngilizce olan ölçeğin Türk diline ve kültürüne uyarlanması, geçerlilik ve güvenirlilik çalışmalarının yapılabilmesi için leği geliştiren

aratırmacılarından biri olan Li'den e-posta yoluyla izin alındı. Araştırmada kullanılan diğer veri toplama araçları içinde ölçek kullanım izinleri alındı. Araştırmanın verilerinin toplanacağı kuruma başvurularak yazılı izin alındı. Ayrıca, araştırma hakkında hastalara bilgi verildikten sonra gönüllülük esasına dayalı olarak yazılı ve sözlü onamları alındı. Çalışmamızda araştırma ve yayın etiğine uyuldu.

BULGULAR

Araştırmaya katılan hastaların %33.7'si 76 ya ve üzerinde, %32.2'si 66-75 yaş aralığında olup, yaş ortalamaları 70.44 ± 10.03 'tür. Hastaların %73.6'sı erkek, %34.8'i ilköğretim mezunu, %74' evli, %71.4' çekirdek aile yapısındadır. Aynı zamanda; %91.6'sının sosyal güvenceye sahip olduğu, %51.6'sının daha önce sigara içip bıraktığı, %18.3'ünün halen sigara içtiği, %93'ünün alkol kullanmadığı ve %64.5'inin gelir durumunun giderinden daha az olduğu görüldü. Çalışmaya dahil edilen hastaların KOAH hastalık süresi yıl ortalaması 8.28 ± 6.20 'dir (min:1-max:33). Hastaların %57.9'unda KOAH haricinde ek bir kronik hastalık bulunmaktadır. Hastaların %11.7'si Evre I, %26.4' Evre II, %32.6'sı Evre III ve %29.3' Evre IV KOAH'tır. Cihaz kullanma durumlarına göre ise; hastaların %3.7'si oksijen tüpü, %25.3' oksijen konsantratörü, %3.7'si BİBAP ve %60.4' nebulizatör kullanmaktadır.

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı için Uyarlanmış Hasta Bildirimine Dayalı Sonuç leği'nin Geçerlilik Bulguları

Ölçeğin Türk dili ve kültürüne uyarlanması aşamasında ölçeğin geçerliliği; dil ve kapsam geçerliliği, e zaman geçerliliği ve yapı geçerliliği ile değerlendirildi. Dil ve kapsam geçerliliği ile ilgili bilgiler yöntem kısmında sunuldu.

Yapı Geçerliliğine İlişkin Bulgular

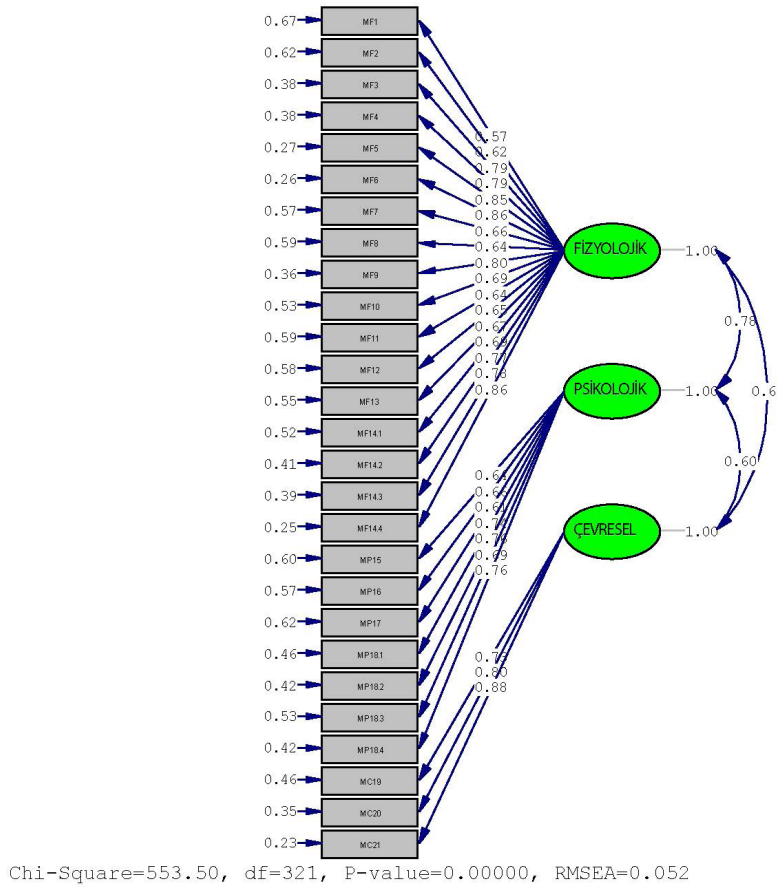
Ölçeğin orijinal yapısının bilinmesi ve üç alt boyuta sahip olup ölçekten ayrıca toplam puan elde edilmesi sebebiyle yapı geçerliliğinin değerlendirilmesinde birinci ve ikinci düzey DFA yapıldı. Örneklem sayısının faktör analizi için uygunluğu, faktör analizi öncesinde KMO ve Barlett's testleri ile değerlendirildi. KMO değerinin .960 ve Barlett's test değerinin ise 4648.241 olduğu ve istatistiksel açıdan bu değer anlamlı olduğu görüldü ($p < .001$). Test değerlerine göre örneklem sayısının faktör analizi için yeterli olduğu saptandı.

Birinci düzey DFA incelendiğinde fizyolojik alan alt boyutunda yer alan maddelerin faktör yüklerinin 0.57 ile 0.86 arasında, psikolojik alan alt boyutunda yer alan maddelerin faktör yüklerinin 0.64 ile 0.76 arasında, çevresel alana ait alt boyutta ise madde faktör yüklerinin

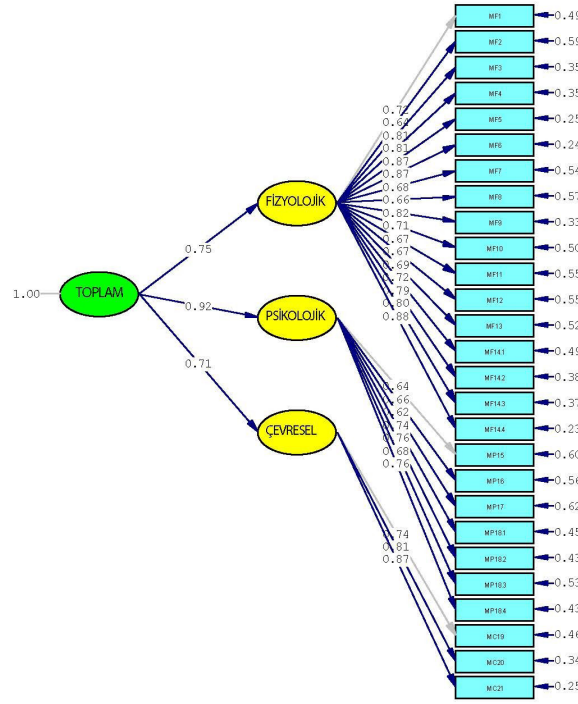
0.73 ile 0.88 arasında olduğu belirlendi (Şekil 1). Ayrıca model uyum indeks değerlerinin istenilen aralıkta olduğu görüldü (Marcoulides & Schumacker, 2001; Schumacker & Lomax, 2004; Seçer, 2017). Bu nedenle herhangi bir modifikasyon yapılmadı. (Tablo 1). Ölçeğin ikinci düzey DFA sonuçları incelendiğinde ise, ölçek maddelerinin faktör yüklerinin 0.67 ile 0.88 arasında yer aldığı ve 0.30'un altında yer alan madde faktör yükünün bulunmadığı saptandı (Şekil 2). Ayrıca ikinci düzey DFA model uyum indeks değerlerinde istenilen aralıkta olduğu görüldü (Tablo 1). DFA sonucuna göre, ölçeğin orijinal yapısı olan üç alt boyut ve 27 maddeden oluşan örtük yapısının Türkçe yapısında da geçerli olduğu belirlendi.

Ölçüt Bağımlı Geçerlilik

Ölçüt geçerliliğinin test edilmesinde eş zaman geçerliliği kullanıldı. Ölçeğin uygulanması



Şekil 1. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı için Uyarlanmış Hasta Bildirimine Dayalı Sonuç Ölçeği Birinci Düzey DFA Yol (Path) Diyagramı



Chi-Square=594.91, df=322, P-value=0.00000, RMSEA=0.056

Şekil 2. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı için Uyarlanmış Hasta Bildirimine Dayalı Sonuç Ölçeği İkinci Düzey DFA Yol (Path) Diyagramı

Tablo 1. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı için Uyarlanmış Hasta Bildirimine Dayalı Sonuç Ölçeği'nin Birinci ve İkinci Düzey DFA Model Uyum İndeks Değerleri

İndeks	Mükemmel Uyum Ölçütü	İyi Uyum Ölçütü	Birinci Düzey Araştırma Bulgusu	İkinci Düzey Araştırma Bulgusu	Sonuç
X ² /sd		X ² /sd ≤ 3	1.72	1.84	Mükemmel Uyum
NNFI	0.95 ≤ NNFI ≤ 1.00	0.90 ≤ NNFI < 0.95	0.99	0.98	Mükemmel Uyum
NFI	0.95 ≤ NFI ≤ 1.00	0.90 ≤ NFI < 0.95	0.97	0.97	Mükemmel Uyum
RFI	0.95 ≤ RFI ≤ 1.00	0.90 ≤ RFI < 0.95	0.97	0.97	Mükemmel Uyum
IFI	0.95 ≤ IFI ≤ 1.00	0.90 ≤ IFI < 0.95	0.99	0.99	Mükemmel Uyum
GFI	0.90 ≤ GFI ≤ 1.00	0.85 ≤ GFI < 0.90	0.87	0.86	İyi Uyum
CFI	0.97 ≤ CFI ≤ 1.00	0.95 ≤ CFI < 0.97	0.99	0.99	Mükemmel Uyum
REMSEA	0.00 ≤ RMSEA ≤ 0.05	0.05 < RMSEA ≤ 0.08	0.052	0.056	İyi Uyum
RMR	0.00 ≤ RMR ≤ 0.05	0.05 < RMR ≤ 0.08	0.024	0.049	Mükemmel Uyum

X²/sd = Ki kare/Serbestlik derecesi, NNFI (Normlaştırılmamış Uyum İndeksi), GFI (Uyum İyiliği İndeksi), NFI (Normlaştırılmış Uyum İndeksi), RFI (Benzerlik Uyum İndeksi), IFI (Artan Uyum İndeksi), CFI (Karşılaştırmalı Uyum İndeksi), RMSEA (Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü), RMR (Hata Kareler Ortalamasının Karekökü)

sırasında eş zamanlı olarak hastalara mMRC ve CAT anketleri uygulanarak ölçekler arasındaki korelasyon test edildi. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı için Uyarlanmış Hasta Bildirimine Dayalı Sonuç Ölçeği toplam puanı, fiziksel alan puanı ile CAT ve mMRC arasında pozitif yönde yüksek düzeyde, çevresel alan ve psikolojik alan ile CAT ve mMRC arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlendi ($p < .001$, Tablo 2).

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı için Uyarlanmış Hasta Bildirimine Dayalı Sonuç Ölçeği'nin Güvenirlilik Bulguları

Ölçeğin iç tutarlığının değerlendirilmesinde; Cronbach's Alfa ve toplam madde puan korelasyon analizi kullanıldı. Madde toplam korelasyon değerlerinin .549 ile .823 arasında değiştiği görüldü (Tablo 3).

Ölçek maddelerinin ayırt edici özelliklerinin belirlenmesi amacıyla alt ve üst %27'de yer alan grupların puan ortalamaları karşılaştırıldı. Alt ve üst gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ve maddelerin ayırt edici özelliğe sahip olduğu görüldü ($p < .05$, Tablo 4).

Araştırmamızda geçerlilik ve güvenilirliği incelenen ölçeğimizin Cronbach's Alfa güvenilirlik katsayısı; .954, fizyolojik alan alt boyut .945, psikolojik alan alt boyutunda .862 ve çevresel alan alt boyutunda .828 olduğu görüldü (Tablo 5).

Ölçeğimizin zamana karşı değişmezlik gücünü belirlemek amacıyla test tekrar test yöntemi kullanıldı. Araştırmaya dahil edilen 30 hastaya üç gün sonra ulaşılarak tekrar ölçek uygulandı. Tekrarlı ölçümler arasında yüksek düzey ve pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu ve puan farkları arasında anlamlı farklılık olmadığı belirlendi (Tablo 5).

TARTIŞMA

Farklı kültür ve dile ait geliştirilmiş olan ölçeklerin Türk dil ve kültürüne uyarlanması için gerekli çalışmaların yapılması gerekir (Bayık & Gürbüz, 2016; Esin, 2018). Ölçek uyarlama çalışmalarında, dil uyarlaması ve uyarlanacak ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları olmak üzere iki aşama gereklidir (Karaçam, 2019). DSÖ'ne göre uyarlama aşamaları; çeviri, uzman görüşüne sunulması, geri çeviri ve pilot

Tablo 2. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı için Uyarlanmış Hasta Bildirimine Dayalı Sonuç Ölçeği, CAT ve mMRC Arasındaki İlişki (n=273)

Ölçekler	mMRC	CAT	Toplam Ölçek Puanı	Fizyolojik Alan Puanı	Psikolojik Alan Puanı	Çevresel Alan Puanı
mMRC	1					
CAT	.862**	1				
Toplam Ölçek Puanı	.836**	.885**	1			
Fizyolojik Alan Puanı	.840**	.903**	.973**	1		
Psikolojik Alan Puanı	.620**	.645**	.828**	.701**	1	
Çevresel Alan Puanı	.598**	.581**	.714**	.617**	.546**	1

** $p < .001$ Pearson Correlations

Tablo 3. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı için Uyarlanmış Hasta Bildirimine Dayalı Sonuç Ölçeği'nin Madde Toplam Korelasyon Analizi (n=273)

Ölçek Maddeleri	Madde Toplam Korelasyon	Madde Silinirse Cronbach's Alfa
1. Bölüm Fizyolojik alan		
1.Öksürüğünüz oldu mu?	.549	.953
2. Balgamınız var mıydı?	.571	.953
3. Göğsünüzde sıkışma oldu mu?	.772	.951
4. Nefes nefese kaldığınız oldu mu?	.747	.951
5. Nefes darlığınız oldu mu?	.802	.951
6. Konuşurken kendinizi güçsüz hissettiniz mi?	.823	.950
7. Yorgunluk yaşadınız mı?	.646	.952
8. Kendinizi ruhsal olarak kötü hissettiniz mi?	.642	.952
9. Vücudunuzda siyanoz (morarma) fark ettiniz mi (dudaklarınız, tırnaklarınız, cildiniz vb. morardı mı)?	.763	.951
10. Rüzgârda (soğukta) kalmaktan korktunuz mu?	.654	.952
11. Karnınızda şişkinliğiniz/gaz birikiminiz oldu mu?	.623	.952
12. Sık sık soğuk algınlığına yakalandınız mı?	.639	.952
13. Dışarıya yalnız çıkabildiniz mi? (yürümek, alışverişe çıkmak, saç kestirmek, otobüse binmek gibi)	.650	.955
14.1. Günlük aktiviteler öksürüğünüzü şiddetlendirdi mi?	.670	.952
14.2. Günlük aktiviteler göğüs sıkışmanızı şiddetlendirdi mi?	.739	.951
14.3. Günlük aktiviteler nefes nefese kalmanızı artırdı mı?	.744	.951
14.4. Günlük aktiviteler nefes darlığınızı artırdı mı?	.817	.950
2. Bölüm Psikolojik alan		
15. Kendinizi sık sık keyifsiz hissettiniz mi?	.562	.953
16. Kendinizi sık sık üzgün hissettiniz mi?	.538	.953
17. Hastalığınız için endişelendiniz mi?	.533	.953
18.1.Ruh halinizdeki değişimler öksürüğünüzü şiddetlendirdi mi?	.622	.953
18.2. Ruh halinizdeki değişimler göğüs sıkışmanızı şiddetlendirdi mi?	.626	.952
18.3. Ruh halinizdeki değişimler nefes nefese kalmanızı artırdı mı?	.576	.953
18.4. Ruh halinizdeki değişimler nefes darlığınızı artırdı mı?	.650	.952
3. Bölüm Çevresel alan		
19. Hastalığınız; arkadaşlarınız, meslektaşlarınız veya komşularınızla olan ilişkilerinizi etkiledi mi?	.602	.953
20. Hastalığınız; hava değişimlerinden (bulutlu, sisli, nemli ve bunaltıcı günler vb.) etkilendi mi?	.528	.953
21. Hastalığınız; kapalı veya yetersiz havalandırılmış bir ortamda daha da kötüleşti mi?	.623	.952

Tablo 4. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı için Uyarlanmış Hasta Bildirimine Dayalı Sonuç Ölçeği'nin Alt ve Üst Gruplara Göre Madde Analizi

Ölçek Maddeleri	Alt Grup %27 (n=74) ±SS	Üst Grup %27 (n=74) ±SS	t	p
Madde 1	1.86±0.34	3.20±0.40	-21.660	< .001
Madde 2	1.65±0.48	3.19±0.39	-21.316	< .001
Madde 3	1.45±0.50	3.11±0.31	-24.231	< .001
Madde 4	1.86±0.35	3.23±0.42	-21.513	< .001
Madde 5	1.99±0.26	3.62±0.49	-25.397	< .001
Madde 6	1.20±0.40	3.14±0.36	-30.972	< .001
Madde 7	2.30±0.54	3.99±0.12	-26.205	< .001
Madde 8	1.82±0.38	3.31±0.47	-21.196	< .001
Madde 9	0.38±0.49	2.22±0.48	-23.184	< .001
Madde 10	1.15±0.77	3.12±0.33	-20.252	< .001
Madde 11	1.70±0.46	3.31±0.47	-21.123	< .001
Madde 12	0.60±0.49	2.18±0.38	-21.638	< .001
Madde 13	0.01±0.12	3.06±0.63	-41.224	< .001
Madde 14.1	0.96±0.20	2.03±0.16	-35.724	< .001
Madde 14.2	1.01±0.12	2.69±0.47	-30.014	< .001
Madde 14.3	1.47±0.50	3.07±0.25	-24.381	< .001
Madde 14.4	1.81±0.39	3.69±0.47	-26.470	< .001
Madde 15	1.86±0.34	3.28±0.45	-21.427	< .001
Madde 16	1.60±0.49	3.14±0.34	-21.892	< .001
Madde 17	1.41±0.49	3.09±0.29	-25.250	< .001
Madde 18.1	1.00±0.00	2.07±0.25	-36.340	< .001
Madde 18.2	1.00±0.00	2.76±0.43	-34.984	< .001
Madde 18.3	1.00±0.00	2.70±0.49	-29.950	< .001
Madde 18.4	1.84±0.37	2.99±0.12	-25.408	< .001
Madde 19	0.95±0.23	2.82±0.58	-25.861	< .001
Madde 20	0.97±0.16	2.15±0.36	-25.693	< .001
Madde 21	1.80±0.41	3.31±0.47	-21.094	< .001

t: Bağımsız Örneklem t Testi, : Ortalama, SS: Standart Sapma

Tablo 5. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı için Uyarlanmış Hasta Bildirimine Dayalı Sonuç Ölçeği Test Tekrar Test Sonuçları ve Cronbach's Alfa Güvenirlilik Katsayıları

Alt Boyutlar ve Ölçek	Test ±SS	Test Tekrar ±SS	n	r	p	t	p	Ölçek Grubu Cronbach's Alfa (n=273)	Tekrar Test Grubu Cronbach's Alfa (n=30)
Fizyolojik Alan	2.18±0.57	2.13±0.51	30	.976	.001	1.722	.096	.954	.939
Psikolojik Alan	2.19±0.54	2.14±0.52	30	.799	.001	.771	.447	.945	.924
Çevresel Alan	1.96±0.66	1.86±0.66	30	.740	.001	1.140	.264	.862	.858
Ölçek Toplam	2.16±0.52	2.11±0.46	30	.943	.001	1.566	.128	.828	.756

r: Pearson Korelasyon Katsayısı, t: Bağımlı Örneklem t Testi, :Ortalama, SS: Standart Sapma

uygulama şeklindedir (Çapık vd., 2018; WHO, 2017). Çalışmamızda, ölçeğimizin Türk dili ve kültürüne uyarlanması aşamasında DSÖ çeviri adımları uygulandı. Ölçek, orijinal dili olan İngilizce'den Türkçe'ye çevrildi ve kapsam geçerliliği için 10 uzman görüşüne sunuldu. Uzman görüşü değerlendirmelerinde Davis tekniği kullanılarak KGİ hesaplandı. Ölçeğin yüksek KGİ değerine sahip olduğu görüldü ve kapsam geçerliliği olduğu belirlenen ölçek tekrar orijinal diline çevirildi. Daha sonra ölçeği geliştiren yazara gönderilerek kullanım izni ve onayı alındı. Araştırmaya başlamadan öncede 20 hastayla ön uygulama yapılarak maddelerin anlaşılabilirliği değerlendirildi ve ölçeğin anlaşılır olduğu görüldü, maddelerde değişiklik yapılmadı. Ölçeğimizin dil ve kapsam geçerliliğine sahip olduğu belirlendi.

Teorikte varolan bir ilişkinin pratikte hangi ölçüde var olduğunun belirlenmesi için yapı geçerliliğinin test edilmesi gerekir (Hayran & Özbek, 2017). Böylece ölçekte yer alan her bir maddenin birbiriyle olan ilişkisi belirlenir. Çalışmamızda yapı geçerliliği faktör analizi ile değerlendirildi. Örneklem sayısının faktör analizi için uygunluğu için KMO ve Barlett's testi değerleri kullanıldı (KMO; 0.960, Barlett's testi X^2 ; 4648.241, $p < .001$). Pallant; KMO

değerinin 0.60 ve üzerinde olmasının yeterli olduğunu belirtirken (Pallant, 2001), Hutcheson ve Sofroniou'a göre KMO değeri 0.70-0.80 arasında örneklem büyüklüğü için iyi düzey, 0.80-0.90 arasında çok iyi, 0.90'dan büyük olması durumunda ise mükemmel düzeyde örneklem büyüklüğü olduğunu belirtmişlerdir (Graeme & Nick, 1999). Çalışmamızda, KMO değerimizin mükemmel düzey örneklem büyüklüğünde olduğu ve faktör analizi yapılması için uygun olduğu görülmektedir.

Kültürlerarası ölçek uyarlama çalışmalarında, ölçeğin örtük yapısının ve alt boyutlarının daha önce belirlenmesi nedeniyle sadece DFA yapılması önerilmektedir (Güngör, 2016; Seçer, 2015a). Bu nedenle çalışmamızda DFA analizi yapılmıştır. DFA'ya göre ölçeğin yapı geçerliliğine sahip olabilmesi için uyum indeks değerlerinin gerekli düzeylerde olması ve her bir madde faktör yükünün 0.30'un üzerinde olması beklenir (Seçer, 2015a, 2015b, 2017). Araştırmamızda, ölçeğin birinci düzey ve ikinci düzey DFA model uyum indeksleri değerleri istenilen aralıkta olduğu ve her bir madde faktör yükünün 0.30'un üzerinde olduğu görüldü. Ölçeğin orijinal çalışmasında birinci düzey DFA sonucu bulunan uyum indeks değerleri incelendiğinde IFI:0.91, CFI:0.91, NNFI: 0.90

ve RMSEA; 0.16'dır (Li vd., 2020). Bizim çalışmamızda elde edilen model uyum indeks değerlerinin orijinal versiyonuna kıyasla daha iyi düzeyde olduğu görülmektedir (Tablo 2). İkinci düzey DFA orijinal versiyonunda yapılmamıştır. DFA analiz sonuçlarına göre, orijinal ölçeğin yapısı Türk dili ve kültüründe doğrulanmış ve Türkçe halinin yapı geçerliliğine sahip olduğu belirlenmiştir. Aynı zamanda ikinci düzey DFA sonuçları da ölçekten toplam puanın elde edilebileceğini göstermektedir.

Ölçüt geçerliliği; geçerlilik ve güvenirliliği olan benzer veya başka bir ölçme aracından elde edilmiş bulgularla, geçerliliği incelenen ölçme aracından elde edilmiş olan bulgular arasındaki uyum düzeyini belirtir. Eş zaman geçerliliği ve yordama geçerliliği olmak üzere kendi içinde ikiye ayrılır (Esin, 2018; Özdemir, 2018; Seçer, 2015a). Araştırmamızda eş zaman geçerliliği ile ölçüt geçerliliği test edildi. mMRC ve CAT anketi veri toplama aşamasında eş zamanlı olarak uygulandı ve ölçekler arası korelasyona bakıldı. Korelasyon değeri; 0-.30 arasında düşük, .30 ile .70 arasında orta düzey, .70-1 arasında ise yüksek düzey ilişkiye işaret etmektedir (Büyüköztürk, 2020; Seçer, 2017). Çalışmamızda geçerlilik ve güvenirliliği çalışılan ölçeğin fiziksel alan puanı ve toplam puanı ile CAT ve mMRC arasında pozitif yönde yüksek düzeyde, çevresel alan ve psikolojik alan ile CAT ve mMRC arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlendi (Tablo 2). Ölçeğin orijinal çalışmasında da ölçüt geçerliliğinin değerlendirilmesi için CAT ve mMRC anketleri kullanılmıştır. Orijinal versiyonunda ölçek toplam puanı ile, CAT arasında pozitif yön ve yüksek düzeyde ($r = .771$, $p < .001$), mMRC arasında ise pozitif yön ve orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r = .651$, $p < .001$) (Li vd, 2020). Ölçeğin Türkçe ve orijinal versiyonunda eş zaman geçerliliği sağlanmıştır.

Alt ve üst gruplara göre madde analizi ve ölçek madde toplam korelasyonu incelenerek maddelerin ayırt edici özellikleri değerlendirildi. Madde toplam korelasyonu .30 ve üstü olan maddelerin ayırt edici özelliğinin iyi olduğu, .20 değerinin altında olan maddelerin ise ölçekten çıkartılması gerekmektedir (Büyüköztürk, 2020; Esin, 2018). Araştırmamızda ölçek madde toplam korelasyon değeri en az .549'dur. Ölçeğin madde toplam puan korelasyon analizi sonucuna göre; ölçek maddelerinin ayırt edici özelliğinin iyi düzeyde olduğu ve maddelerin birbirleriyle ilişkili olduğu görüldü. Aynı zamanda alt ve üst grup madde puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık olması, ölçek maddelerinin istenilen niteliği ölçmesi bakımından ayırt edici özellikte olduğunu gösterdi.

Cronbach's Alfa güvenirlilik katsayısı, ikiden fazla Likert tipi ölçek uyarlama ve geliştirme araştırmalarında iç tutarlılığın belirlenmesinde sık olarak kullanılan, maddelerin birbiriyle uyumuna dayanan ve mutlaka değerlendirilmesi gereken bir yöntemdir. Cronbach's Alfa değerinin .70 ve üzeri olması genel olarak kabul görmektedir (Özdemir, 2018; Seçer, 2017). Araştırmamızda ölçeğin toplam maddeleri için Cronbach's Alfa güvenirlilik katsayısı; .954, fizyolojik alan alt boyutunda .945, psikolojik alan alt boyutunda .862 ve çevresel alt boyutunda ise .828'dir. Ölçeğin orijinal versiyonunda ise toplam ölçek için Cronbach's Alfa değeri .954, fizyolojik alan alt boyutunda .930, psikolojik alan alt boyutunda .929 ve çevresel alan alt boyutunda .673'tür (Li vd, 2020). Orijinal versiyonu ile Türkçe geçerlilik ve güvenirliliği yapılan ölçeğin Cronbach's Alfa değerleri kıyaslandığında Türkçe versiyonunda çevresel alan alt boyutunun daha iyi düzeyde olduğu görülmektedir. Psikolojik alan alt boyutunda ise orijinal formunda daha yüksektir. Sonuçlar doğrultusunda geçerlilik ve güvenirliliği çalışılan ölçeğin güvenilir bir ölçüm aracı olduğu

görülmektedir.

Ölçeğin zamana karşı değişmezliğinin belirlenmesi için test tekrar test analizi yapıldı. Yapılan analizde ölçek ve tüm alt boyutları arasında iki test sonucunda pozitif yönde ve yüksek düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlendi ($p < .05$). İki test sonucundaki ölçek ortalamaları bağımlı gruplar t testi ile karşılaştırıldı ve sonuçların benzer olduğu görüldü ($p > .05$). Ölçeğin Türkçe versiyonunun zamana karşı değişmezliği test tekrar testle sınıandı ve ölçeğin güvenilir olduğu saptandı. Ayrıca test tekrar test verilerine ait Cronbach's Alfa değerleri .70'in üzerinde olup, bu sonuç ile ölçeğin iç tutarlık güvenilirliği desteklenmiştir.

Sınırlılıklar

COVID-19 salgınının etkisi, araştırma verilerinin toplanmasında iletişim açısından bazı kısıtlamalar yaratmıştır. Salgın nedeniyle bazı hastalar araştırmaya katılmak istememiştir. Aynı zamanda; araştırma verilerinin bir hastanenin göğüs polikliğinde toplanması araştırmanın sonuçlarının genellenebilirliği açısından kısıtlılık oluşturmaktadır.

SONUÇLARIN UYGULAMADA KULLANIMI

Türkiye'deki KOAH hastalarının klinik ve hasta tarafından bildirilen sonuçlarının değerlendirilmesinde Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı için Uyarlanmış Hasta Bildirimine Dayalı Sonuç Ölçeği geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracıdır. Kolay uygulanabilmesi, sadece hastalık semptomlarını değil, aynı zamanda hastaların psikolojik ve çevresel alanlarını da içermesi ölçüm aracının avantajını oluşturmaktadır. Bu nedenle ölçeğin, hasta sonuçlarının değerlendirilmesinde klinik ve uygulama alanına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Bilgilendirme

Yazarlar tarafından herhangi bir potansiyel çıkar çatışması bildirilmemiştir. Yazarlar bu makalenin araştırılması, yazarlığı ve/veya yayınlanması için herhangi bir mali destek almamıştır. Araştırmanın giderleri araştırmacılar tarafından karşılanmıştır. Yazarların çalışmaya katkıları; Fikir: YS, NO, Tasarım: YS, NO, Gözetim: YS, NO veri toplama ve işleme: YS, Analiz ve yorumlama: YS, NO Literatür tarama: YS, Yazma: YS, Eleştirel inceleme: NO. Araştırmanın yürütülebilmesi için kurumdan yazılı izin ve bir üniversitenin girişimsel olmayan araştırmalar etik kurulundan 21.06.2021 tarihli ve 2021/079 sayılı karar ile onay alınmıştır. Yazarlar, bu çalışmaya katılan hastalara teşekkür eder. Bu araştırma; doktora tezinden üretilmiş olup, 8-12 Kasım 2023 tarihinde 25. Ulusal İç Hastalıkları Kongresinde Poster Özet Bildiri olarak sunulmuştur.

KAYNAKLAR

- Afroz, N., Gutzwiller, F. S., Mackay, A. J., Naujoks, C., Patalano, F., & Kostikas, K. (2020). Patient-Reported Outcomes (PROs) in COPD Clinical Trials: Trends and Gaps. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*, 15, 1789-1800. <https://doi.org/10.2147/copd.s235845>
- Bal Özkaptan, B., & Kapucu, S. (2016). Home nursing care with the self-care model improves self-efficacy of patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Japan Journal of Nursing Science*, 13(3), 365-377. <https://doi.org/10.1111/jjns.12118>
- Bayık, M. E., & Gürbüz, S. (2016). Ölçek uyarlamada metodoloji sorunu: Yönetim ve örgüt alanında uyarlanan ölçekler üzerinden bir araştırma. *İş ve İnsan Dergisi*, 3(1), 1-20.
- Bestall, J., Paul, E., Garrod, R., Garnham, R., Jones, P., & Wedzicha, J. (1999). Usefulness of the Medical Research Council (MRC) dyspnoea scale as a measure of disability in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Thorax*, 54(7), 581-586.

Büyüköztürk, Ş. (2020). Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı İstatistik, Araştırma Deseni, SPSS Uygulamaları ve Yorum. Pegem Akademi.

Cazzola, M., Hanania, N. A., MacNee, W., Rüdell, K., Hackford, C., & Tamimi, N. (2015). A review of the most common patient-reported outcomes in COPD--revisiting current knowledge and estimating future challenges. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*, 10, 725-738. <https://doi.org/10.2147/copd.s77368>

Çapık, C., Gözüm, S., & Aksayan, S. (2018). Kültürlerarası ölçek uyarlama aşamaları, dil ve kültür uyarlaması: Güncellenmiş rehber. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 26(3), 199-210.

Davis, L. L. (1992). Instrument review: Getting the most from a panel of experts. *Applied nursing research*, 5(4), 194-197.

Duangbubpha, S., Hanucharunkul, S., Pookboonmee, R., Orathai, P., & Kiatboonsri, C. (2013). Chronic Care Model Implementation and Outcomes among Patients with COPD in Care Teams with and without Advanced Practice Nurses. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 17(2), 102-116. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/PRIJNR/article/view/8266>

Esin, M. N. (2018). Veri Toplama Yöntem ve Araçları & Veri Toplama Araçlarının Güvenirlik ve Geçerliliği. In S. Erdoğan, N. Nahçıvan, & M. N. Esin (Eds.), *Hemşirelikte Araştırma Süreci, uygulama ve kritik* (Vol. 3. Bakı, pp. 193-233). Nobel Tıp Kitabevi.

Fernández-Fillol, C., Hidalgo-Ruzzante, N., Pérez-García, M., & Daugherty, J. C. (2020). Translation and Adaptation of the Spanish Version of the International Trauma Questionnaire (ITQ) following ITC Guidelines for Translating and Adapting Tests.

Fletcher, C. (1952). The clinical diagnosis of pulmonary emphysema. *Proc R Soc Med*, 45, 577-584.

Global Initiative for Chronic Obstructive Lung

Disease (GOLD). (2022). Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease <https://goldcopd.org/2022-gold-reports-2/>

Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). (2025). Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Available from: <https://goldcopd.org/2025-gold-report/>.

Graeme, D. H., & Nick, S. (1999). *The Multivariate Social Scientist : Introductory Statistics Using Generalized Linear Models* [Book]. SAGE Publications Ltd. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=e000xww&AN=309798&lang=tr&site=eds-live>

Güngör, D. (2016). Psikolojide ölçme araçlarının geliştirilmesi ve uyarlanması kılavuzu. *Türk psikoloji yazıları*, 19(38), 104-112.

Hayran, O., & Özbek, H. (2017). Sağlık Bilimlerinde Araştırma ve İstatistik Yöntemler. Nobel Tıp Kitabevleri.

Jones, P., Miravittles, M., van der Molen, T., & Kulich, K. (2012). Beyond FEV₁ in COPD: a review of patient-reported outcomes and their measurement. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*, 7, 697-709. <https://doi.org/10.2147/copd.s32675>

Jones, P. W., Harding, G., Berry, P., Wiklund, I., Chen, W. H., & Kline Leidy, N. (2009). Development and first validation of the COPD Assessment Test. *Eur Respir J*, 34(3), 648-654. <https://doi.org/10.1183/09031936.00102509>

Karaçam, Z. (2019). Ölçme Araçlarının Türkçeye Uyarlanması. *Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(1), 28-37.

Karakoç, F. Y., & Dönmez, L. (2014). Ölçek geliştirme çalışmalarında temel ilkeler. *Tıp Eğitimi Dünyası*, 13(40), 39-49.

Li, J., Wang, J., Xie, Y., & Feng, Z. (2020).

Development and validation of the modified patient-reported outcome scale for chronic obstructive pulmonary disease (mCOPD-PRO). *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*, 15, 661. <https://doi.org/https://doi.org/10.2147/COPD.S240842>

Marcoulides, G. A., & Schumacker, R. E. (2001). *New developments and techniques in structural equation modeling*. Psychology Press.

Özdemir, Z. (2018). Sağlık bilimlerinde likert tipi tutum ölçeği geliştirme. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakóltesi Dergisi*, 5(1), 60-68.

Pallant, J. (2001). *SPSS survival manual: A step by step guide to data analysis using SPSS for Windows version 10*. Open University Press.

Schumacker, R. E., & Lomax, R. G. (2004). *A beginner's guide to structural equation modeling*. psychology press.

Seçer, İ. (2015a). *Psikolojik Test Geliştirme ve Uyarlama Süreci SPSS ve LISREL Uygulamaları* (3. Baskı ed.). Anı Yayıncılık.

Seçer, İ. (2015b). Zorbalıkla Başa Çıkma Stratejileri Ölçeğinin Geliştirilmesi: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Atatürk Üniversitesi Kazım Karabekir Eğitim Fakóltesi Dergisi*(30), 85-105.

Seçer, İ. (2017). *SPSS ve Lisrel ile Pratik Veri Analizi Analiz ve Raporlaştırma* (Vol. 3. Baskı). Anı Yayıncılık.

Türk Toraks Derneği (TTD). (2021). *Türk Toraks Derneği'nin GOLD 2021 Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAHA) Raporuna Bakışı*. Optimus Yayıncılık.

Türk Toraks Derneği (TTD), & Türkiye Acil Tıp Derneği TATD. (2021). *KOAHA Alevlenmeleri Yönetimi: TATD/TTD Klinik Uygulama Rehberi*. <https://tatd.org.tr/wp-content/uploads/2021/10/2021-TATD-TTD-KOAHA-Alevlenmesi-Yo%CC%88netimi-Klinik-Uygulama-Rehberi-4.pdf>

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). (2019). Ölüm ve Ölüm Nedeni İstatistikleri. Retrieved 06.02.2021 from <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2019-33710>.

Tülüce, D., & Kutlutürkan, S. (2018). The effect of health coaching on treatment adherence, self-efficacy, and quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *International journal of nursing practice*, 24(4), e12661. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/ijn.12661>

TÜSEB Türkiye Halk Sağlığı ve Kronik Hastalıklar Enstitüsü. (2021). *Türkiye'de Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığının Yönetimi: Korunma, Tanı ve Tedavi Standartları Kılavuzu*

Wedzicha, J. A., Miravitlles, M., Hurst, J. R., Calverley, P. M. A., Albert, R. K., Anzueto, A., . . . Krishnan, J. A. (2017). Management of COPD exacerbations: a European Respiratory Society/American Thoracic Society guideline. *European Respiratory Journal*, 49(3), 1600791. <https://doi.org/10.1183/13993003.00791-2016>

World Health Organization (WHO). (2017). Process of translation and adaptation of instruments. http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/translation/en/.

Yorgancıoğlu, A., Akdemir, S. E., Polatlı, M., Aydemir, Ö., Yılmaz Demirci, N., Kirkil, G., . . . Günakan, G. (2012). Reliability and validity of Turkish version of COPD Assessment Test [Article]. *Tuberkuloz ve Toraks*, 60(4), 314-320-320. <https://doi.org/10.5578/tt.4321>

ORIGINAL ARTICLE / ORJİNAL MAKALE

Fertilite Tedavisi Alan Kadınların Tedaviye Hazıroluşluk Durumları Ve Etkileyen Faktörler

The Fertility Preparedness And Affecting Factor In Women That Undergoing Fertility Treatment



Cansu Demirdağ Durgaç¹



Merlinda Aluş Tokat²

¹ Uzman Hemşire, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum Ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

² Prof. Dr. Dokuz Eylül Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

Geliş: 22.09.2023, Kabul: 29.07.2025

Öz

Giriş: Fertilite tedavisi; bireylerin fiziksel, sosyal ve psikolojik açıdan farklı stresörlerle karşı karşıya kalabildikleri zorlu bir süreçtir. Kadının bu zorlu sürece uyum göstermesi ve istekli olması tedavi başarısında ilk adımlardan biridir. Tedavi öncesinde kadının hazıroluşluğu değerlendirilmesi ve değerlendirme sonucunda hazıroluşluğunun artırılması tedavi başarısını artırabilir.

Amaç: Bu çalışma fertilite tedavisi alan kadınların tedaviye hazıroluşluk durumlarını belirlemek ve fertilite hazıroluşluğu etkileyen faktörleri saptamak amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Yöntem: Araştırmamız tanımlayıcı ve kesitsel tipte olup; il gözetilmeksizin Google anket yöntemiyle sanal ortamda 375 kadınla yapılmıştır. Veriler ‘Tanıtıcı Bilgi Formu’, ‘Fertilite Öykü Formu’, ‘Hazıroluşluk Formu’ ve ‘Fertilite Desteği Alan Kadınlar İçin Fertilite Hazıroluşluk Ölçeği’ ölçüm araçlarıyla toplanmıştır. Veriler; sayı-yüzde, Varyans Analizi, Mann-Whitney U testi, Kruskal Wallis H Testi ile analiz edilmiştir.

Bulgular: Kadınların %94.67’si tedaviye hazır olduklarını belirtmiştir. Fertilite tedavisini etkileyen faktörlere baktığımızda; daha genç yaşta olmanın, yüksek eğitim düzeyinin, daha yüksek aylık gelire sahip olmanın, daha önce bir çocuk sahibi olmanın, infertilite nedeninin kadın faktörlü olmamasının, aileleri tarafından tedavi süreçleriyle ilgili soru almayanların, aileleri tarafından daha az psikolojik baskı hissetmenin ve daha önce tedavi görmemenin fertilite hazıroluşluğu artırdığı; fertilite tedavisi ile ilgili arkadaşlarıyla paylaşımında bulunamamanın, infertilite süresinin uzamasının, görülen tedavi sayısının artmasının, fertilite hazıroluşluluğu düşürdüğü bulunmuştur. Katılımcıların çalışma durumlarının, aile tiplerinin ve devletten ekonomik destek almanın fertilite hazıroluşluğu üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığı görülmüştür.

Sonuç: Fertilite hazıroluşluğu değerlendirilmesi ve artırılması tedavinin başlamasında ve devam ettirilmesinde önemli bir yere sahiptir. Sağlık profesyonellerine; bireylere doğru destek sağlaması açısından fertilite hazıroluşluğu değerlendirmeleri ve etkileyen faktörleri belirlemeleri önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Fertilite Tedavisi, Hazıroluşluk, Kadın

Sorumlu Yazar: Cansu DEMİRDAĞ DURGAÇ, Uzman Hemşire, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum Ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

Email: merlinda_alus@yahoo.com , **Tel:** 05382033747

Nasıl Atıf Yapılır: Demirdağ Durgaç C, Aluş Tokat M. Fertilite Tedavisi Alan Kadınların Tedaviye Hazıroluşluk Durumları Ve Etkileyen Faktörler. Etkili Hemşirelik Dergisi. 2025;18(4): 567-582

Journal of Nursing Effect published by Cetus Publishing.



Journal of Nursing Effect 2025 Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License

Abstract

Background: Fertility treatment; It is a challenging process in which individuals may face different stressors physically, socially and psychologically. The woman's adaptation and willingness to this difficult process is one of the first steps in the success of treatment. Evaluating the woman's preparedness before treatment and increasing the preparedness. As a result of the evaluation can increase the success of the treatment.

Objectives: This study was conducted to determine the treatment preparedness of women receiving fertility treatment and to determine the factors affecting their fertility preparedness.

Method: Our research is descriptive and cross-sectional; It was conducted with 375 women in a virtual environment using the Google survey method, regardless of province. Data were collected with the measurement tools 'Introductory Information Form', 'Fertility History Form', 'Preparedness Form' and 'Development of Fertility Preparedness Scale for Women Receiving Fertility Treatment'. Data were analyzed using number-percentage, Analysis of Variance, Mann-Whitney U test, and Kruskal Wallis H test.

Results: 94.67% of women stated that they were ready for treatment. When we look at the factors affecting fertility treatment; being younger, having a higher education level, having a higher monthly income, having a child before, not having a female factor as the cause of infertility, not being asked by their families about their treatment process, feeling less psychological pressure from their families, and not having received treatment before have a significant impact on fertility. It has been shown to increase preparedness. It has been found that not being able to share with friends about fertility treatment, prolonging the duration of infertility, and increasing the number of treatments received reduce fertility preparedness. It was observed that the participants' working status, family type and receiving economic support from the state did not have a significant effect on their fertility preparedness.

Conclusion: Evaluating and increasing fertility preparedness has an important place in the initiation and continuation of treatment. To health professionals; Individuals may be advised to evaluate their fertility readiness and identify affecting factors in order to provide the right support.

GİRİŞ

İnfertilite; otuz beş yaş altındaki kadınlar için bir yıl boyunca, otuz beş yaş ve üzeri kadınlar içinse altı ay içinde düzenli olarak ve korunmasız cinsel ilişkide bulunulmasına rağmen başarılı gebeliğin oluşmaması olarak belirtilmektedir (Bonacquisti, 2020). American Society for Reproductive Medicine (ASRM) infertiliteyi kadın veya erkekte gebe kalmayı önleyen veya doğuma kadar gebeliğin devamını engelleyen üreme sistemi hastalığının (vücut fonksiyonun durdurulması; sistem, organ hastalığı) bir sonucu olarak tanımlamaktadır (ASRM,2020). World Health Organization (WHO) verilerine göre dünyadaki kadınların %10'undan fazlası fertilite sorunu yaşamaktadır (WHO,2020). Türkiye'de bu oran %10-20 olarak karşımıza çıkmaktadır. Yaş aralığı 15-49 olan kadınların %4'ünün infertil oldukları görülmüştür (TNSA, 2018).

İnfertilite insan yaşamını tehdit eden bir durum olmamasına rağmen, insan yaşamının beklendik bir yaşantısı olan anne - baba olma rolünü yerine getirememesi gibi hem kişisel hem de toplumsal açıdan önemli etkileri olan bir soruna dönüşmektedir. İnfertilitenin bireylere getirdiği bu yük stres yaşamalarına neden olabilmektedir. İnfertilite ve stres arasındaki ilişki çeşitli araştırmalarda, kadın ya da erkek fark etmeksizin infertilitenin her iki bireyde de strese neden olabildiği görülmüştür (Çakı ve Sohbet 2021). Stres, infertilite tedavisini olumsuz etkileyebileceği gibi, uygulanacak tedavi de stres faktörü olabilmektedir (Rooney ve Domar, 2018).

Kadınlara yapılan mevcut değerlendirmelere baktığımızda, kadınların yaşadıkları stres düzeyleri çoğunlukla "Doğurganlık problemleri nedeniyle tükenmiş veya yıpranmış hissediyor

musunuz?” gibi olumsuz anlamları içeren sorularla değerlendirilmektedir. (Fata ve Aluş Tokat, 2020). Bu da algılanan stresi arttırmakla birlikte kadının hazıroluşluğu da olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Hazıroluşluk kavramı bireyin içinde bulunduğu durumu değerlendirebilmesini, değişim yapmak istediği noktayı fark etmesini, yetenekleri doğrultusunda yeni çözümler ve hedefler belirleyerek bunları denemesini ve hayata geçirebilmesini içermektedir. Fertilite hazıroluşluğu düşük olması; bireylerin tedavi sürecine olan farkındalıklarının düşük olmasına, harekete geçme konusunda yeteneklerinin sınırlı olmasına sebep olabilmektedir. Fertilite hazıroluşluğu düşük olan bireylerin tedaviye başlamaları; tedavinin devamlılığını ve başarısını etkileyebilmektedir.

Yapılan bir çalışmada (Domar vd., 2010) tedaviyi sonlandırmanın en yaygın nedeninin % 39 oranında stres olduğu ortaya çıkmıştır. Hasta desteği için en yüksek puan alan öneri ise, tedavi öncesi ve tedavi sırasında stresle nasıl başa çıkılacağına dair destek almak olmuştur. Başka bir çalışmada katılımcılar ebeveyn özelliklerine sahip olsalar da buna henüz kendilerini hazır hissetmediklerini ifade etmişlerdir. Katılımcılara hazır hissetmelerine yardımcı olabilecek faktörler sorulduğunda ‘biyolojik dürtü, istekli bir eş, tatmin edici bir kariyer, ekonomik ve kişisel hedeflerin yerine getirilmesi’ cevaplarını vermişlerdir. (Boavin vd., 2018). 426 infertil kadınla yürütülen bir çalışmada kadınların gebe kalmak istediklerini fakat %56’sının henüz tıbbi destek almadığı ve tedaviye hazır hissetmedikleri bulunmuştur (Boivin ve Bunting, 2007) İsveç’te yapılan bir çalışmaya bakıldığında veri toplama sürecinde kliniğe başvuran 450 çiftin 208’i döngülerini tamamlarken, 242’si tedaviyi bırakmıştır. Devam etmeme nedeni arasında en yüksek oranda (% 26) psikolojik yük bulunmuş ve araştırma sonuçları verilerine dayanarak

tedavi gören çiftlerin tedaviye başlamadan önce mutlaka tedaviye karşı tutumları değerlendirilip danışmanlık alması ve danışmanlığın tedavinin sonuna kadar sürmesi gerektiği saptanmıştır (Olivius vd., 2004)

Literatüre baktığımızda tedavi sürecinin çiftleri psikolojik olarak olumsuz etkilediğini ve bu durumun çiftlerin tedavilerini yarıda bırakmalarına sebep olabileceğini söyleyebiliriz. Literatürde çiftlerin fertilite tedavisine hazıroluşluğu konusunda sınırlı çalışma mevcuttur. Bundan dolayı bu çalışma fertilite tedavisi alan kadınların tedaviye hazıroluşluk durumlarını ve etkileyen faktörleri ortaya koymayı amaçlamaktadır. Böylece bu çalışma; sağlık profesyonelleri için bir çerçeve oluşturarak tedaviye başlamadan önce çiftlerin hazır olma durumunu yükseltmek için uygun bakım ve girişimler sağlamada yol gösterici olacaktır.

AMAÇ

Bu çalışma fertilite tedavisi alan kadınların tedaviye hazıroluşluk durumlarını belirlemek ve fertilite hazıroluşluklarını etkileyen faktörleri saptamak amacıyla gerçekleştirilmiştir.

YÖNTEM

Araştırmanın Tipi

Tanımlayıcı ve kesitsel tipte bir çalışmadır.

Araştırmanın Yapıldığı Yer

Araştırmanın verileri Covid-19 pandemi sürecinde toplandığı için katılımcılarla yüz yüze görüşme planlanamamıştır. Çalışma soruları ‘forms.google.com’ adresinde Google form olarak hazırlanmıştır. Katılımcılarla sanal ortamda görüşüldükten sonra katılım konusunda gönüllü olan bireylere formun bağlantı adresi gönderilmiştir. Araştırma; il gözetilmeksizin Şubat 2021-Ocak 2022 tarihlerinde gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın Evreni/Örnekleme

Çalışma evrenini fertilite ile ilgili her türlü tetkik ve tedavi imkanı sunan eğitim ve araştırma hastanelerinde, üniversite hastanelerinde ve özel in vitro fertilization (IVF) merkezlerinde tedavi gören infertil kadınlar oluşturmuştur. Türkiye’de infertil kadınların/çiftlerin sayısı tam olarak bilinmemekle birlikte evli çiftlerin %10-20’sinin infertiliteden etkilendiği bilinmektedir (Yılmaz ve Şahin 2020). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü) 2013 ve 2018 yılı verilerine göre, 15-49 yaş arasında hiç çocuğu olmayan ve çocuk sahibi olmasının mümkün olmadığını belirten evli kadınların oranı %4 iken, en az bir doğum sonrası infertilite oranı 2013 yılında %11,2; 2018 yılında %12 olarak belirlenmiştir (TNSA 2018). Çalışmada örneklem seçimine gidilmeden evrenin tamamına ulaşılması hedeflenmiştir. Örneklem kriterlerini; okuma yazma bilmek, 18 yaş ve üzeri olmak, depresyon gibi tıbbi bir psikolojik tanıya sahip olmamak ve IVF tedavisi alıyor olmak oluşturmuştur. Fertilite tedavilerine başlayabilmek için yasal olarak çiftlerin evli olması gerekmektedir. Bu nedenle örneklem özelliklerinde medeni durum ayrıca belirtilmemiştir.

Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı değişkenler: Fertilite tedavisi gören kadınların tedaviye hazıroluşluk durumları.

Bağımsız değişkenler: Kadınların sosyodemografik özellikleri (yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, aylık gelir düzeyi, evlilik süresi, aile tipi, aile tarafından tedavi süreciyle ilgili soru sorulup sorulmaması, aile tarafından hissedilen baskının düzeyi), fertilite öyküsü (çocuk sahibi olup olmama, infertilite süresi, infertilite nedeni, daha önce tedavi görüp görmeme durumu, tedavi sayısı, tedavilerden gebelik sonucu alıp almama, tedavi için devletten ekonomik destek

görüp görmeme durumu, kendini tedaviye hazır hissetme durumu).

Verilerin Toplanması

Çalışmanın örnekleme ulaşabilmek için öncelikle sosyal medya kanallarından fertilite tedavisi alan kadınların tespit edilmesi hedeflendi. Tedavi alan kadınların oluşturdukları WhatsApp gruplarında, Instagram ve Facebook hesaplarında çalışmayla alakalı duyurular yapıldı. Çalışmaya katılım göstermek isteyen kadınlara çalışmanın amacı ve etik husus noktasında kısaca bilgi verildi. Katılımcıların uygunluk kriterlerini karşılayıp karşılamadığına bakıldı. Katılım koşullarını kabul edip etmediklerini teyit etmeleri istendi ve çalışmadan istedikleri zaman ayrılacakları bilgisi verildi. Çevrimiçi form ile katılımcılardan onayları alındıktan sonra e-posta adresleriyle giriş yapmaları istenmiş ve veriler tek bir e-posta adresi ile bir kez doldurulmuştur. Örneklem kriterlerini sağlayan ve gönüllü olarak katılım sağlamayı kabul eden 375 kadın çalışmaya katılmıştır.

Veri Toplama Araçları- Geçerlik ve Güvenirlik Bilgiler

Araştırmada literatür bilgisi ışığında hazırlanmış Tanıtıcı Bilgi Formu, Fertilite Öykü Formu, Fertilite Hazıroluşluk Durumunu Etkileyen Faktörleri Saptama Formu ve Fertilite Desteği Alan Kadınlar İçin Fertilite Hazıroluşluk Ölçeği kullanılmıştır.

Tanıtıcı Bilgi Formu

Kadınların sosyodemografik özelliklerine ilişkin bilgi edinebilmek için hazırlanan tanıtıcı bilgi formunda (Erdemoğlu,2020 ve Fata ve Aluş Tokat, 2021) ; yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, mesleği gibi sosyodemografik özellikleri içeren 12 sorudan oluşmaktadır.

Fertilite Öykü Formu

Kadınların geçmiş fertilite öykülerini ve

hazıroluşluğu öğrenebilmek amacıyla literatür ışığında (Fata ve Aluş Tokat, 2021) araştırmacı tarafından hazırlanmış 12 sorudan oluşan bir formdur. Bu form katılımcıların çocuk sahibi olup olmadığını, infertilite sürelerini ve nedenlerini, hangi tedavileri gördükleri ve bu tedavi sonuçlarını, bu tedavilerde devlet desteği alıp almadıkları ve tedaviye hazır hissedip hissetmediklerini anlamaya yönelik sorular yer almaktadır.

Fertilite Desteği Alan Kadınların Fertilite Hazıroluşluk Ölçeği

Fertilite Desteği Alan Kadınlar İçin Fertilite Hazıroluşluk Ölçeği, gebe kalmaya hazırlanan kadınlar için oluşturulmuştur (Fata ve Aluş Tokat,2020).

Ölçek “Umut ve Farkındalık”, “Olumlu Duygular ve Düşünceler”, “Hazır Beden ve Beyin” olmak üzere 3 alt boyuttan, toplam 23 maddeden oluşmaktadır. Kadınlardan her bir maddeyi “Kesinlikle katılıyorum”, “Katılıyorum”, “Kararsızım”, “Katılmıyorum”, “Kesinlikle katılmıyorum” şeklinde yanıtlaması istenmektedir. Maddeler sadece olumlu ifadelerden oluştuğu için alınan puanlar olduğu gibi hesaplanmaktadır. Maddelerin puanları sırasıyla 5, 4, 3, 2 ve 1’dir. Yüksek puan fertilite hazıroluşluğun güçlü olduğunu göstermektedir. Ölçekten en az 23, en çok ise 115 puan alınabilmektedir. Ölçeğin ortanca puanı 56 puandır. Bu puan kesme değeri olarak alınabilir. Ölçekten alınan puanın 56 puan ve yüksek olması kadının gebeliğe daha çok hazır hissettiğini, daha düşük puan ise daha az hazır hissettiğini göstermektedir. Fata ve Aluş Tokat çalışmasında ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.84 olarak belirlenmiştir. Bizim çalışmamızda ise Cronbach alfa katsayısı 0.86 olarak bulunmuştur (Fata ve Aluş Tokat ,2020).

Fertilite Hazıroluşluk Durumunu Etkileyen Faktörleri Saptama Formu

Kadınların hazıroluşluğunu olumlu ve olumsuz etkileyen faktörleri saptayabilmek amacıyla literatür ışığında (Erdemoğlu, 2020 ve Fata ve Aluş Tokat, 2021) araştırmacı tarafından oluşturulmuş üç soruluk bir formdur. Bu formda katılımcıların fertilite tedavilerini olumlu ve olumsuz etkileyen faktörlerin yanında fertilite tedavisinin kendilerine yararlı olacağına inanmalarını sağlayan faktörler öğrenilmeye çalışılmıştır.

Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma sonucu elde edilen verilerin değerlendirilmesi SPSS (IBM SPSS Statistics 23.0) programında yapıldı. Veriler; sayı, yüzde, ortalama± standart sapma olarak verilecek ölçeklerden elde edilen puanların normal dağılım varsayımı Kolmogorov Smirnov ile test edilmiştir. Değerlendirilen parametrenin iki kategorili olması durumunda skorların karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi kullanılırken, parametrenin 3 ya da üzeri kategorili olması halinde Kruskal Wallis test istatistiği kullanılmıştır. Tüm testlerin anlamlılık değeri olan p değeri 0.05’ten küçük olduğunda istatistiksel olarak anlamlı olarak değerlendirilmiştir.

Araştırmanın Etik Yönü

Veri toplamaya başlamadan, bir devlet üniversitesinin sağlık bilimleri enstitüsünden 10.11.2021 tarih ve 2021/32-07 sayı ile etik kurul onayı alınmıştır.

Bireylere araştırmaya katılmanın tamamen gönüllük esasına dayandığı, araştırmacı ile paylaşılacak kişisel bilgilerin korunacağı kurulan iletişim kanalıyla bireylere açıklanmıştır. Aynı zamanda çalışmanın bağlantı adresine tıklandığında ilgili açıklamalar yazılı olarak da ifade edilmiştir. Bireyler onam verdiklerine dair

‘onaylıyorum’ ibaresinin yer aldığı kutucuğu işaretleyerek anket formuna ulaşmaları sağlanmıştır. Kutucuğun işaretlenmemesi halinde katılımcıların ankete ulaşmaları kısıtlanmıştır.

BULGULAR

Sosyo-Demografik Özellikler Ve Fertilite Öyküsü

Katılımcıların yaş ortalaması $\bar{X} = 30.23$ olup %50,4’ü 25-30 yaş aralığında; eşlerinin yaş ortalaması $\bar{X} = 33.16$ ve %44,8’i 31-36 yaş aralığında yer almaktadır. Kadınların %52’si eşlerinin de %64,5’i üniversite/üniversite ve üzeri mezundur. Katılımcıların %77,6’sı gelirlerinin giderlerine denk olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların evlilik sürelerinin ortalaması $\bar{X} = 5.24$ olup, %48.8’nin 4-6 yıl aralığında evlilik süresine sahip olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların %64.3’ü aileleri tarafından tedavi süreçleriyle ilgili kendilerine bazen soru sorulduğunu belirtmiş, ayrıca aileleri tarafından hissettikleri baskıyı 1’den 10’a kadar puanlamalarını istediğimizde %56.8’i ‘4-7’ aralığında olduğu cevabını vermiştir. Katılımcıların %66.4’ü fertilite tedavileri hakkında paylaşımlarını sadece birkaç yakın arkadaşıyla yapabilmektedir. Katılımcıların %91.2’sinin primer infertil olduğu ve %51.5’i ‘1-2 yıl’ arasında fertilite sorunu yaşadığı bulunmuştur. İnfertil olma sürelerinin ortalaması ise $\bar{X} = 4.64$ olarak hesaplanmıştır. Katılımcıların %54.4’ünün infertilite nedeni kendinden kaynaklanmaktadır. Katılımcıların %92’si daha önce tedavi görmüştür ve tedavi sayılarının ortalaması $\bar{X} = 3.36$ ’dır. Katılımcıların %73.5’i IVF tedavisi gördüğü, aldıkları tedavilerde %93.3 oranında olumsuz sonuçla karşılaştıkları ve bu tedavilerde %81.3’ü devletten ekonomik destek görmediğini belirtmiştir. Katılımcılar fertilite tedavisine %51.2 oranında hazır olduklarını

ifade etmiştir. Bireysel faktörlerin fertilite tedavisinde hazıroluşluğu olumsuz etkilediklerini söyleyenlerin oranı %27.5 iken hazıroluşluğu arttıran faktör %47.7 oranında ‘Ailevi faktörler’ olduğu belirtilmiştir. Katılımcıların %32’si anne olduğunu hayal ettiğinde tedaviye olan yaklaşımlarının olumlu etkilendiği; %39.2’si tedavinin olumsuz sonuçlanmasından korkma durumlarının onları olumsuz etkilediğini ifade etmişlerdir. Katılımcıların %36.8’inin hekime güven duymanın tedavilerin onlara yarar sağlayacağını düşündürdüğünü belirtmişlerdir

Fertilite Hazıroluşluk Düzeyi

Mevcut çalışmada fertilite hazıroluşluk ölçeği için alınan minimum değer 39.00, maksimum değer 115.00 ve ortalama puan $\bar{X} = 83.01$ bulunmuştur. Katılımcıların 355’i, (%94.67) kesme değer üzerinde kalmıştır ve kesme değer üzerinde kalanların ortalaması da $\bar{X} = 85.06$, aldıkları maksimum değer 115.00, minimum değer 62.00 olarak bulunmuştur. Katılımcıların 20’si (%5.33) kesme değer altında kalmış ve kesme değer altında kalanların ortalaması ise $\bar{X} = 46.65$, maksimum aldıkları değer 56.00 ve minimum aldıkları değer 39.00 bulunmuştur. Umut ve Farkındalık alt boyuta baktığımızda alınan minimum değer 17.00, maksimum değer 45.00 ve ortalama $\bar{X} = 35.15$ bulunmuştur. Kesme değer üzerinde kalanların ortalaması $\bar{X} = 36.05$, aldıkları maksimum değer 45.00, minimum değer 21.00 ‘dır. Kesme değer altında kalanların ortalaması $\bar{X} = 19.15$, aldıkları maksimum değer 24.00, minimum değer 17.00 olarak bulunmuştur.

Olumlu Duygular ve Düşünceler alt boyutuna baktığımızda ise alınan minimum değer 5.00 maksimum değer 25.00 ve ortalama puan $\bar{X} = 16.26$ ’dır. Kesme değer üzerinde kalanların ortalaması $\bar{X} = 16.67$, aldıkları maksimum değer 25.00, minimum değer 06.00 ‘dır. Kesme değer altında kalanların ortalaması $\bar{X} = 8.95$,

aldıkları maksimum değer 15.00, minimum değer 05.00 olarak bulunmuştur. Hazır Beden ve Beyin alt boyutuna bakacak olursak alınan minimum değer 13.00 maksimum değer 45.00 ve ortalama puan $X=31.60$ bulunmuştur. Kesme değer üzerinde kalanların ortalaması $X=32.33$, aldıkları maksimum değer 45.00, minimum değer 13.00 'dır. Kesme değer altında kalanların ortalaması $X=18.55$, aldıkları maksimum değer 25.00, minimum değer 06.00'dır. (Tablo 1)

Fertilite Hazıroluşluk Düzeyini Etkileyen Faktörler

olduğu saptanmıştır. Aile tipinin ve çalışma durumunun hazıroluşluk üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmamıştır (Tablo 2)

Katılımcıların fertilite öykülerinin fertilite hazıroluşluğu etkisine baktığımızda daha önce çocuk sahibi olmanın, aile tarafından tedavi ile ilgili soru sorulmamasının, aileleri tarafından daha az psikolojik baskı hissetmenin, fertilite tedavisi ile ilgili arkadaşlarıyla paylaşımda bulunabilmenin ve tedavi görüp bu tedavilerden pozitif sonuç almış olmanın fertilite hazıroluşluğu arttırdığı görülmüştür. İnfertilite

Tablo 1: Fertilite Sorunu Yaşayan Kadınların Fertilite Hazıroluşluk Durumları

Ölçek/Boyut		Ortalama	S	Min	Max	n	%
Fertilite Hazıroluşluk Ölçeği ToplamPuanı		83.01	14.26	39.00	115.00	375	100.0
Umut ve Farkındalık		35.15	4.79	17.00	45.00	375	100.0
Olumlu Duygularve Düşünceler		16.26	4.90	5.00	25.00	375	100.0
Hazır Beden ve Beyin		31.60	6.14	13.00	45.00	375	100.0
Fertilite Hazıroluşluk Ölçeği ToplamPuanı	Üst	85.06	11.61	62.00	115.00	355	94.67
	Alt	46.65	4.27	39.00	56.00	20	5.33
Umut ve Farkındalık	Üst	36.05	4.45	21.00	45.00	355	94.67
	Alt	19.15	2.32	17.00	24.00	20	5.33
Olumlu Duygularve Düşünceler	Üst	16.67	4.22	6.00	25.00	355	94.67
	Alt	8.95	2.37	5.00	15.00	20	5.33
Hazır Beden ve Beyin	Üst	32.33	5.41	13.00	45.00	355	94.67
	Alt	18.55	2.54	13.00	25.00	20	5.33

Sosyodemografik özelliklerinin fertilite hazıroluşluk üzerine etkisini incelediğimizde daha genç olan, eğitim seviyesi daha yüksek olan, ve aylık gelir düzeyi daha yüksek olan katılımcıların fertilite hazıroluşluğu daha yüksek

nedeninin kadın nedenli olmasının ve infertilite süresinin uzamasının hazıroluşluğu azalttığı bulunmuştur. (Tablo 3).

Katılımcıların tedavi durumlarının fertilite hazıroluşluk durumlarına etkisine baktığımızda;

Tablo 2. Fertilite Sorunu Yaşayan Kadınların Sosyodemografik Özelliklerinin Fertilite Hazıroluşluğuna Etkisi

Ölçek	Fertilite Hazıroluşluk Ölçeği				
		$\bar{x}$	S	Test	p
Yaş					
18-24	35	90.06	13.16	7.90***	.000
25-30	189	84.63	11.97		
31- 36	116	80.11	14.22		
37+	35	76.78	21.28		
Eğitim Durumu					
İlkokul	27	79.88	17.49	6.32***	.002
Lise	153	80.40	16.52		
Üniversite ve üzeri	195	85.49	11.14		
Çalışma Durumu					
Çalışıyorum	200	84.06	11.16	15963.50**	.142
Çalışmıyorum	175	81.80	17.08		
Aylık Gelir Düzeyi					
Gelir giderden az	43	86.28	15.08	8.73***	.000
Gelir gidere denk	291	81.48	13.80		
Gelir giderden fazla	41	90.44	14.014		
Aile tipi					
Çekirdek Aile	344	83.05	14.07	.212*	.832
Geniş Aile	31	82.49	16.43		

*:T (ilişkisiz örneklem t testi), **:U (Mann Whitney U testi), ***:F (tek yönlü varyans analizi), ****:c2(Kruskal Wallis H testi)

daha önce tedavi görmeyenlerin, tedavi sayısının daha az olanların ve kendilerini tedaviye hazır hissettiklerini düşünenlerin fertilite hazıroluşluğunun daha fazla olduğu bulunmuştur. Fertilite tedavisinde devletten ekonomik destek almanın katılımcıların hazıroluşluğu üzerine bir etkisi saptanmamıştır (Tablo 4).

TARTIŞMA

Fertilite tedavisi alan kadınların hazıroluşluğu ve hazıroluşluğu etkileyen faktörlerin belirlenmesi konusunda dünyada ve ülkemizde yapılan çalışmalar oldukça sınırlıdır. Hazıroluşluk;

bireyde bazı duyguları harekete geçirerek kendinde ve hayatında değişiklikler yapmaya ve kendinde bazı özellikleri geliştirmeyi arzulamasını sağlar. (Doltan ve Gottlieb,2003). Fertilite tedavisi de bireylerin uyum göstermesi, istekli olması ve hazıroluşluğun yüksek olmasını gerektiren bir süreçtir. Bireylerin hazıroluşluğunun artmasıyla tedaviye uyumlarının kolaylaşabileceği savunulmaktadır.

Mevcut çalışmamızda olduğu gibi fertilite hazıroluşluğu ortaya koymayı amaçlayan çalışmalara bakacak olursak 50 kontrol ve 50 deney grubunda olmak üzere toplamda 100 in

Tablo 3. Fertilite Sorunu Yaşayan Kadınların Fertilite Öykülerinin Fertilite Hazıroluşluğuna Etkisi

Ölçek	Fertilite Hazıroluşluk Ölçeği				
	n	$\bar{x}$	S	Test	p
Çocuk sahibi olma					
Evet	33	88.24	15.47	2.220*	0.027
Hayır	342	82.50	14.06		
İnfertilite nedeni					
Kendim	204	80.80	12.60	4.243***	0.006
Eşim	68	85.47	12.38		
Her ikimiz	37	83.29	17.00		
Bilinmiyor	66	87.12	17.80		
Aileniz tarafından tedavi ile ilgili soru sorulma					
Hiç soru sorulmuyor	8	88.50	22.03	3.127****	0.209
Bazen soru soruluyor	241	82.93	12.57		
Hep soru soruluyor	126	82.81	16.60		
Aileniz tarafından psikolojik baskı hissetme					
0-3	27	99.63	9.80	40.429****	0.000
4-7	213	82.19	11.53		
8-10	135	80.97	16.65		
Fertilite tedavisi hakkında arkadaşlarla paylaşımında bulunma					
Evet, rahat şekilde herkesle	38	96.60	9.80	23.016***	0.000
Birkaç yakın arkadaşla	249	82.24	11.53		
Hayır	88	79.30	16.65		
Korunmamaya rağmen çocuk sahibi olamama süresi					
12-24 ay	193	84.97	11.15	15.745***	0.000
25-48 ay	123	84.33	11.58		
49 ay ve üzeri	59	73.83	22.70		
Tedavilerden pozitif sonuç elde etme durumu					
Evet	24	94.22	15.15	1877.500**	0.000
Hayır	350	82.22	13.91		

*: T (ilişkisiz örneklem t testi), **: U (Mann Whitney U testi), ***: F (tek yönlü varyans analizi),****: 2 (Kruskal Wallis H testi)

vitro fertilizasyon tedavisinde olan kadında hipnofertilitenin fertiliteye hazıroluşluk, stres ve stres ile baş etmeye etkisini araştırmıştır. Araştırmada çalışmamıza benzer olması açısından kontrol grubundaki kadınlara bakacak olursak fertilite hazıroluşluğu yüksek olduğu görülmüştür (Erdemoğlu, 2020). Başka bir çalışmada da 31 kontrol 30 deney grubunda

olmak üzere 61 kadında hipnofertilite felsefesine dayalı girişimlerin in vitro fertilizasyon tedavisi gören kadınların fertilite hazıroluşluğu, kortizol düzeyleri ve gebelik sonuçlarına etkisini araştırdığı çalışmada kontrol grubundaki kadınların fertilite hazıroluşluğunun yüksek olduğu saptanmıştır (Fata, 2020). Fertilite Hazıroluşluk Ölçeğini kullanan çalışmaların

Tablo 4. Fertilite Sorunu Yaşayan Kadınların Tedavi Durumlarının Fertilite Hazıroluşluğuna Etkisi

Ölçek	Fertilite Hazıroluşluk Ölçeği				
	n	$\bar{x}$	S	Test	p
Daha önce çocuk sahibi olmak için tedavi görme					
Evet	345	82.16	13.98	-3.963*	.000
Hayır	30	92.71	14.03		
Tedavi sayısı					
1-2 kez	161	88.28	12.14	24.539***	<.001
3-5 kez	161	80.29	12.07		
6+	53	75.25	19.75		
Fertilite tedavisinde devletten ekonomik destek alma					
Evet	70	81.78	11.44	-.796*	.427
Hayır	305	83.29	14.83		
Tedavi almaya hazır hissetme					
Evet	192	90.04	11.70	104.522****	<.001
Hayır	44	68.63	17.01		
Emin değilim	139	77.85	10.48		

*: T (ilişkısız örneklem t testi), **: U (Mann Whitney U testi), ***: F (tek yönlü varyans analizi), ****: 2 (Kruskal Wallis H testi)

katılımcılarının hazıroluşluk düzeyi ile mevcut çalışmamızın katılımcılarının fertilite hazıroluşluk durumlarının birbirine benzer olduğu bulunmuştur. Bunun sebebi çalışmaya dahil edilen katılımcıların fertilite tedavisine başlamış olmaları; farkındalık ve değerlendirme aşamalarını geçerek harekete geçme aşamasında olmalarına bağlayabiliriz.

Yaş, fertiliteyi etkileyen önemli faktörlerden biridir. Çalışmamızda yaşın artışıyla birlikte fertilite hazıroluşluğunda azalma olduğu görülmüştür. Çalışmalarda da benzer şekilde yaşın artışıyla tedaviyi bırakma oranlarında artış görülmüştür (Troude vd., 2012, Mcdowell ve Murray, 2011). Tüp bebek tedavisine devam etmenin önündeki engelleri bulma konusunda Yeni Zellanda'da 3 yıl süren çalışmada yaşın artışıyla birlikte tedavi bırakma oranının arttığı bulunmuştur ve 25-30 yaş aralığında tedaviyi bırakanların oranı %3.8 iken bu oran 41-45 yaş aralığında %38.8'e çıkmıştır (Mcdowell ve Murray, 2011). Artan yaş ile birlikte fertilite

tedavi başarı oranlarında düşme yaşanması, toplumun yaşın ilerlemesiyle çocuk sahibi olma konusunda yaptığı baskıyla bireylerin üzerindeki psikolojik yükün artması, kadınların ileri anne yaşının hem kendilerine hem de bebeğe getireceği olumsuzluklardan çekinmesi, sağlık sigortalarının belli yaş aralığında fertilite tedavisine destek vermesi, bazı kliniklerin ileri yaş kadınların tedavilerini üstlenmek istememesi gibi faktörlerle ilişkili olabileceği söylenebilir. Hem ülkemizde hem de dünyada anne olma yaş ortalaması artış gösterme eğiliminde olduğu için yaş fertilite tedavisinde dikkat edilmesi gereken bir faktördür.

Çalışmamızda eğitim durumunun artmasıyla birlikte fertilite hazıroluşluk düzeyinin arttığı saptanmıştır. Bir çalışmada kadınların eğitim seviyesinin düşmesiyle tedaviden psikolojik olarak olumsuz etkilenme oranlarının arttığı sonucunu bulmuştur (Tural ve Çelik ,2019) Eğitim seviyesinin artmasıyla tedaviyi bırakma oranlarının arttığı da görülmüştür. (Mcdowell ve

Murray, 2010). Bir başka çalışmada ise eğitim seviyesinin düşmesiyle umutsuzluk artışının daha fazla olduğu bulunmuştur (Kargın ve Ünal, 2011). Umutsuzluk tedaviye hazıroluşluk durumunu etkilemekle beraber tedavi başarısı üzerine de doğrudan etki göstermektedir. Eğitim seviyesinin yükselmesi ile kadınların farkındalık düzeyinin artacağı, tedavi seçeneklerini araştırıp tıbbi desteğe yöneliminin olacağını, tedavinin getireceği olası psikolojik etkilerin azalması için alternatif yollara başvurabileceğini söyleyebiliriz. Ancak eğitim seviyesinin artışıyla kadınların kariyer yapma isteklerinin artacağını ve ülkeden ülkeye kadınların iş gücünün değişeceğini de düşünecek olursak kadınların bu noktada önceliklerinin değişebileceğini ve tedavi hazıroluşluğu düşerek tedavi alma oranlarında azalma olabileceğini yorumunu yapabiliriz.

Çalışmamızda kadınların çalışma durumlarının fertilite hazıroluşluk düzeylerinde anlamlı farklılık yaratmadığı görülmüştür. Japon çalışan kadınlar ile yürütülen çalışmada katılımcıların %90'ı tedavinin işlerini engellediği, %55'i iş yerlerine tedavi aldıklarını söyleyemediğini, %8'inin ise fertilite tedavisinden dolayı işi bırakmak zorunda kaldıklarını söylemişlerdir (Ichikawa vd., 2020) Başka bir çalışmada infertilite tedavisi alan kadınlardan çalışmayanların umutsuzluk, anksiyete ve depresyon puanları çalışanlara göre anlamlı düzeyde yüksek çıkmıştır (Kamışlı vd., 2021) Tedaviye ayrılan zamanın işlerini etkilemesi, tedavi günlerinde iş yerinden izin alamama ve bu durumu anlayışla karşılayan işverenin olmaması ve iş yerlerinde fertilite tedavisi için bireylere yasal mevzuat çerçevesinde izin tanınmaması kadınların çalışmaya devam etmesini zorlaştırmaktadır. İşine devam edebilmek adına tedavi olduğunu saklamak, izin alamamak kadın üzerinde stres yaratarak tedaviye hazıroluşluğu etkileyerek tedaviye yönelimini, tedaviye devam etmesini

ve tedavi başarısını oranlarını etkileyebilmektedir. Bunun yanı sıra çalışmayan kadın sosyal hayata daha az katılım göstermekte ve bu durum daha fazla stres yaşayarak hazıroluşluk olumsuz yönde etkileyeceğini düşündürmektedir. Ayrıca yüksek maliyetli fertilite tedavisine katkı sağlayamadığı için de hazıroluşluk etkilenebilir.

Mevcut çalışmamızda gelir düzeyinin artışıyla hazıroluşluk artmıştır. Bizim çalışmamızı destekler nitelikte olan bir çalışmada, gelir durumunun artmasıyla tedavi alma oranının arttığı bulunmuştur. (Iba vd., 2021). Çin'in Ningxia Eyaletinde infertilite tedavisi gören 360 kadın ve 380 erkekle cinsiyet farklılığının infertilite problemleri üzerine etkisini araştırmak için yapılan çalışmada özellikle erkek katılımcılarda tedavi maliyetinin depresyon semptomlarına sebep olduğu buna paralel olarak da tedavi başarısını ve tedaviye devam etmeyi olumsuz etkilediği görülmüştür (Bai vd., 2019) Tedavi maliyetinin etkili olmasında devletin infertiliteyi ne derece halk sağlığı sorunu gördüğü ve maddi olarak desteklemesinin de önemi göz ardı edilmemelidir. Örneğin ülkemizde IVF tedavisi tamamen ücretsiz olmayıp birinci denemede %30, ikinci denemede %25, üçüncü denemede %20 oranında olmak üzere bu tedaviler için belirlenen bedeller üzerinden katılım payı alınırken Avustralya'da sigortalı bireylere 6, Amerika birleşik devletlerinde 3 IVF ücretsiz tedavi deneme hakkı tanınmıştır.

Çalışmamızda aile tipinin çekirdek veya geniş aile olmasında hazıroluşluk düzeyinde anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür. Hatipoğlu (2019) primer infertil kadınların fertilite uyumunun yaşam kalitesine etkisini incelediği çalışmada %85,1' inin çekirdek aile yapısına sahip olduğu ve aile yapısının fertilite uyumu üzerine etkisi olmadığını bulmuştur. Bunun yanı sıra başka bir çalışmada eşinin ailesi ile yaşayan

kadınların daha fazla ekonomik ve cinsel şiddete maruz kaldığı sonucu çıkmıştır (Çalışkan ve Özkan, 2021). Aile tipinin fertilite tedavisi ve fertiliteye uyum konusunda anlamlı bulunmadığı çalışmalar olmakla beraber geniş ailelerde kadının yaşayabileceği olası olumsuzluklar onun fertilite hazıroluşluk etkileyebileceğini düşünebiliriz.

Çalışmamızda sekonder infertil bireylerin hazıroluşluğu daha yüksek olduğu görülmüştür. Yapılan bir çalışmada primer infertil bireylerin sekonder infertil bireylerden daha kaygılı olduğu bulunmuştur (Raque ve Hoffman, 2015). Başka bir çalışmada da primer infertil bireylerin sekonder infertil bireylere göre depresyon düzeyinin daha fazla olduğu bulunmuştur (Epstein ve Rosenberg, 2005) Primer infertil kadınların yaşadığı toplumsal baskı hazıroluşluklarını olumsuz etkileyebilmektedir.

Mevcut çalışmamızda kadın faktörlü infertilite nedenine sahip olmanın hazıroluşluğu düşürdüğü saptanmıştır. Yapılmış bir çalışmada infertilite nedeninin yalnızca erkeğe bağlı olduğu durumlarda kadınlardaki depresif semptomların azaldığı görülmüştür (Peterson vd., 2007) Fertilite tedavi sürecinin getirdiği zorlukların kendinden kaynaklı olduğu düşüncesiyle daha fazla stres yaşayabilen kadınların fertilite hazıroluşluğunun da etkilenebileceğini düşünebiliriz.

Çalışmamızda tedavileri hakkında sorularla karşılaşan katılımcıların fertilite hazıroluşluğu azaldığı, hissedilen psikolojik baskının azalmasıyla hazıroluşluğun arttığı ve arkadaşlarıyla paylaşımda bulunabilenlerin hazıroluşluk puan ortalamalarının daha yüksek olduğu sonucu bulunmuştur. Bu sonuçlar; hissedilen psikolojik baskının tedavi sürecinde de hazıroluşluğu düşürdüğünü söylememize olanak sağlamaktadır. Tedavi sürecinde yaşanan psikolojik yük ve beraberinde hazıroluşluğu

düşmesi tedavinin devam edilememesine neden olabilmektedir. Yapılan bir çalışmada bireylerin tedaviyi bırakmadaki bireysel faktörleri arasında stres ve umutsuzluk olduğu bulunmuştur (Hoşgör vd., 2017). İnfertilite tedavisini bırakma nedenleri üzerine yapılan bir meta analiz çalışmasında en yaygın nedenin psikolojik faktörler olduğu bulunmuştur (Ghorbani vd., 2022).

Yaşanılan psikolojik yükün yanında sürekli tedavi ile ilgili soru soran, baskı ortamı yaşatan ve bireylerin rahatlıkla paylaşım yapmasına olanak vermeyen bir toplum yapısında infertil bireylerin tedaviye hazıroluşluk çalışmamız sonuçları doğrultusunda düşük olabileceğini söyleyebiliriz.

Çalışmada çocuk sahibi olamama süresi arttıkça, tedavi için hazır oluşluğu azaldığı saptanmıştır. Troude ve arkadaşları (2013) çalışmasında infertilite süresinin artışıyla tedaviyi bırakanların doğru orantılı olduğu bulunmuştur. Ünal ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında da infertilite süresiyle infertiliteden etkilenmeleri arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Fertilite tedavisinin getirdiği zorluklara daha fazla maruz kalmak hazıroluşluk seviyesinin azalması ve beraberinde tedavi sürecini yarıda bırakılmasına ya da başarısız tedavi sonuçlarıyla karşı karşıya kalınmasına neden olabilmektedir.

Çalışmada fertilite tedavilerinin herhangi birinden pozitif gebelik sonucu alanların hazıroluşluk düzeyi daha yüksek bulunmuştur. Pozitif gebelik sonucunu yaşayanlar bunu bir daha yaşayabileceklerini düşünerek daha umutlu bir tutum sergileyebileceklerini düşünmekteyiz. Tedavilerden olumsuz sonuç alan kadınların ise umudunun kırıldığı ve hazıroluşluğun düşebileceği yorumunu yapabiliriz.

Çalışmada daha önce tedavi görmüş olmanın ve tedavi sayısının artmasıyla fertilite hazıroluşluğunun azaldığı görülmüştür. Yaşa

ve arkadaşlarının (2019) çalışmasında tedavisi sayısının artmasıyla depreyon düzeyinde artış saptanmıştır. Keskin ve Gümüş (2014) çalışmasında tedavi görme sürelerinin artmasıyla umutsuzluk puanlarının arttığı sonucuna varılmıştır. Benzer şekilde Reis ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında da aynı sonuç bulunmuştur. Artan bu kaygı düzeyleri her yeni tedavinin hazıroluşluk düzeyinin azalmasına sebep olabilmektedir. Olumsuz sonuçlanan tedaviler ardından yeni tedavi planı yapılmadan önce mutlaka çiftlerin yeni tedaviye hazıroluşluğunu belirlemek ve bu doğrultuda girişimler yaparak tedaviden alınacak verimin arttırılabileceği yorumunu yapabiliriz.

Çalışmamızda devletten ekonomik destek görmeyen fertilitte hazıroluşluk üzerine anlamlı bir etkisinin olmadığı görülmüştür. Öte yandan yapılan bir çalışmada tedaviyi yarıda bırakma nedenleri arasında maddi sıkıntılar yer almaktadır (Akyüz ve Sever, 2009) Zorunlu sigorta hizmeti olan New Jersey eyaletinde sigortanın 45 yaşın altındaki kadınlarda 4 kez ücretsiz IVF tedavi şansı verdiğini ve bu durumun kadınların fertilitte tedavisi alma isteğini arttırdığı sonucuna ulaşılmıştır Finamore vd., 2007). Çalışmamızda devlet desteğinin hazıroluşluk üzerinde anlamlı etkisinin olmamasının sebebi katılımcıların %50 'sinin 25-30 yaş aralığında olması ve yaş ortalamasının 30 olmasından kaynaklanabilir. Çünkü ülkemizde 40 yaşına kadar diğer tedavi yöntemlerinden sonuç alamadığında IVF tedavisinde devlet katkısı mevcuttur.

Çalışmamızda katılımcıların tedavi olmaya hazır hissedip hissetmedikleri sorulduğunda hazır hissedenlerin hazıroluşluk puanlarının hazır hissetmeyen ve emin olmayan katılımcılara göre daha fazla olduğu görülmüştür. Kendilerini tedaviye hazır hissettiklerini söyleyen infertil kadınların örnekleme alındığı bir çalışmada

bu kadınların yarısından fazlasının henüz bir tedaviye başlamadıkları görülmüştür (Boivin ve Bunting, 2007) Başka bir çalışmada ebeveynlik yapabilme yeteneği ve isteği olmasına rağmen buna henüz hazır olmadıklarını ifade eden katılımcıların olduğu görülmüştür (Boivin vd., 2018). Bireyler hem yüzyıllardır atfedilen anne baba olma sorumluluğundan, hem de çevrenin bunu gerekli görmesinden hem de kendi biyolojik dürtüleriyle bir bebek sahibi olmak isteyebilir. Ancak gerçekten hazır olup olmadıkları mutlaka belli ölçüm araçlarıyla ortaya konmalıdır.

Kısıtlılıklar/Sınırlılıklar

Çalışmamızın sınırlılıkları arasında verilerin belli bir kurumdan değil sanal ortamdan toplanması örnekleme alınan bireylerle araştırmacı arasındaki etkileşimi azaltmıştır. Bu durum da örneklemin dahil edilme kriterlerine uygunluğunun tam olarak denetlenememesine yol açmıştır. Örneklemin sanal ortamdan toplanması örnekleme ulaşmada daha fazla zaman kaybına neden olmuştur.

SONUÇLARIN UYGULAMADA KULLANIMI

Kadınların %94.67'sinin hazıroluşluk düzeyinin yüksek olduğu bulunmuştur. Kadınların; yaş, eğitim durumu, aylık gelir düzeyleri, daha önce çocuk sahibi olma durumları, infertilite nedenleri, aileleri tarafından psikolojik baskı hissetme durumları, fertilitte tedavisi ile ilgili arkadaşlarıyla paylaşımda bulunma durumları, infertilite süreleri, tedavi sonuçlarından bugüne kadar pozitif gebelik ile karşılaşma durumlarının ve gördükleri tedavi sayılarının fertilitte hazıroluşluğunu etkileyen faktörler arasında olduğu bulunmuştur.

Elde edilen bulgular doğrultusunda, fertilitte tedavisi sunan sağlık kurumlarında, özellikle hemşireler başta olmak üzere tüm

sağlık ekibi tarafından, bireylerin tedaviye hazıroluşluk düzeylerinin sistematik bir şekilde değerlendirilmesi ve hem tedavi öncesinde hem de tedavi sırasında bireylerin hazıroluşlukları belli ölçüm araçları ile değerlendirilerek bütüncül bir bakım verilmesi önem kazanmaktadır. Bu doğrultuda;

Bireyselleştirilmiş bakım planlarının oluşturulması,

Tedavi sürecinde yer alan kadınların psikososyal destek ihtiyaçlarının erken dönemde belirlenmesi ve karşılanması,

Hazıroluşluk düzeyini düşüren faktörlere yönelik önleyici danışmanlık hizmetlerinin geliştirilmesi,

Tedavi sürecine başlamadan önce bireylerin hazıroluşluk değerlendirmesi ile uygun zamanda tedaviye yönlendirilmesi,

Tedaviye devam etme motivasyonunu artırmak amacıyla düşük hazıroluşluk düzeyine sahip bireylerle özel görüşmeler yapılması gibi uygulamaları önerebiliriz.

Çalışmamızda kullandığımız ‘Fertilite Desteği Alan Kadınlar İçin Fertilite Hazıroluşluk Ölçeği’ literatürde kadınların hazıroluşluklarını ölçen ilk ve tek ölçek durumundadır. Tedavide sadece kadınların değil çiftlerin hazıroluşlukları önemli olduğu için çiftleri birlikte değerlendirebilen; sadece bireysel faktörlerin değil bunun yanında çevresel ve kurumsal faktörlerin de hazıroluşluğu nasıl etki ettiğini ölçebilen ölçüm araçlarına ve çalışmalara ihtiyaç vardır.

Bilgilendirme

Yazarlar arasında herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır. Sorumlu olduğumuz araştırmada herhangi bir firma ile çıkar ilişkisi yoktur. Araştırma ile ilgili herhangi bir proje ya da firmadan destek alınmamıştır. Araştırma bütçesi, araştırmacılar tarafından karşılanmıştır.

Bir devlet üniversitesinin sağlık bilimleri enstitüsünden 10.11.2021 tarih ve 2021/32-07 sayı ile etik kurul onayı alındı.

Yazar Katkıları; Fikir: MAT, Tasarım: CDD,MAT Gözetim: CDD,MAT, Araç gereç: CDD,MAT, Veri toplama ve işleme:CDD,MAT Analiz ve yorumlama:CDD, MAT, Literatür tarama: CDD,MAT, Yazma:CDD,MAT, Eleştirel inceleme: CDD,MAT

KAYNAKLAR

Akyüz A ve Sever N. (2009). Reasons for infertile couples to discontinue in vitro fertilisation (IVF) treatment. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 27(3),258-268.

American Society for Reproductive Medicine. (Internet). 2020 (Erişim tarihi 30.04.2022). Erişim adresi: <http://www.asrm.org/topics/topics-index/infertility/>

Bai CF, Sun JW, Li J, Jing WH, Zhang XK, Zhang X, Ma LL, Yue R, Cao FL. (2019). Gender differences in factors associated with depression in infertility patients. *J Adv Nurs*, 75(12): 3515-3524.

Boavin J, Buntin L, Kalabic N, Harrison C. (2018). What Makes People Ready To Conceive? Findings From The International Fertility Decision-Making Study. *Reproductive Biomedicine & Society Online*, 90-101.

Bunting L ve Boivin J. (2007).Decision-making about seeking medical advice in an internet sample of women trying to get pregnant. *Human Reproduction*,22(6): 1662–1668.

Caliskan A ve Ozkan F. (2021). Marital violence against infertile women and their coping strategies. *J Psy Nurs*, 12(4): 297-306.

Çalışkan A ve Özkan F. (2021). Marital violence against infertile women and their coping strategies. *J Psy Nurs*, 12(4): 297-306.

Çakı B, Sohbet R. (2021). Fertil—İnfertil kadınların

üreme bilgilerinin ve stres düzeylerinin incelenmesi. Adıyaman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 7(1):103-112

Dalton CC ve Gottlieb LN. (2003). The concept of preparedness to change. Journal of Advance Nursing, 42(2): 108-117.

Domar AD, Smith K, Conboy L, Lonnene M, Alper M. (2010). A prospective investigation into the reasons why insured United States patients drop out of in vitro fertilization treatment. Fertility and Sterility, 94(4): 1457-1459.

Epstein YM ve Rosenberg HS.(2005). Depression in primary versus secondary infertility egg recipients. Fertil Steril, 83(6):1882-4.

Erdemoğlu Ç. (2020). In vitro fertilizasyon uygulanan kadınlarda hipnofertilitenin fertiliteye hazıroluşluk, stres ve stres ile baş etmeye etkisi. Yayınlanmamış doktora tezi, Malatya, İnönü Üniversitesi.

Fata S, Tokat MA. (2021). Does Hypnofertility-Based Nursing Care Affect Cortisol Levels, Fertility Preparedness, and Pregnancy Outcomes in Women Undergoing In Vitro Fertilization? A Randomized Controlled Trial. Biological Research For Nursing, 23(3):418-429.

Fata S ve Aluş Tokat M. (2020). Development of fertility preparedness scale for women receiving fertility treatment. The Journal of Nursing Research, 28(3): 95.

Finamore PS, Seifer DB, Ananth CV, Leiblum SR. (2007). Social concerns of women undergoing infertility treatment. Fertil Steril, 88(4): 817-21.

Ghorbani, M., Hoseini, F. S., Yunesian, M., Salehin, S., Keramat, A., & Nasiri, S. (2022). A systematic review and meta-analysis on dropout of infertility treatments and related reasons/factors. Journal of Obstetrics and Gynaecology, 42(6), 1642–1652.

Hatipoğlu A.(2019). Primer infertil kadınlarda fertilite uyumunun yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Denizli, Pamukkale

Üniversitesi.

Hoşgör, H., Akyüz, İ. ve Cengiz, E. (2017). İnfertil hastaların tüp bebek tedavisini bırakmasında etkili olan faktörlerin öncelik sırasının belirlenmesi: bir ahp uygulaması. Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 9(19), 64-84.

Ichikawa, T., Ota, I., Kuwabara, Y., Tsushima, R., Hamatani, T., Hiraike, O., Takeshita, T., Osuga, Y., & Akira, S. (2020). Infertility treatment hinders the careers of working women in Japan. The journal of obstetrics and gynaecology research, 46(10), 1940–1950.

Iba, A., Maeda, E., Jwa, S. C., Yanagisawa-Sugita, A., Saito, K., Kuwahara, A., Saito, H., Terada, Y., Ishihara, O., & Kobayashi, Y. (2021). Household income and medical help-seeking for fertility problems among a representative population in Japan. Reproductive health, 18(1), 165.

Kargın M ve Ünal S. (2011). İnfertil bireylerde umutsuzluğun belirlenmesi. In New Symposium Journal, 49(1): 54-60.

Kamışlı S, Terzioğlu C, Bozdağ G. (2021). İnfertil kadınların ruhsal durumları: umutsuzluk, anksiyete ve depresyon düzeyleri. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 12(1): 43-49.

Keskin G ve Gümüş A.(2014). İnfertilite: umutsuzluk perspektifinden bir inceleme. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 5(1): 9-16.

Kışlalı S, Terzioğlu C, Bozdağ G. (2021). İnfertil kadınların ruhsal durumları: umutsuzluk, anksiyete ve depresyon düzeyleri. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 12(1): 43-49.

Bonacquisti, A., Geller, P. A., & Patterson, C. A. (2020). Maternal depression, anxiety, stress, and maternal-infant attachment in the neonatal intensive care unit. Journal of reproductive and infant psychology, 38(3), 297–310.

Mcdowell S ve Murray A.(2011). Barriers to continuing in vitro fertilisation--why do patients exit fertility treatment? Aust N Z J Obstet Gynaecol, 51(1): 84-90.

Peterson BD ve Newton CR. (2007). Feingold T. Anxiety and sexual stress in men and women undergoing infertility treatment. *Fertil Steril*, 88(4): 911-4.

Raque T ve Hoffman M.(2015). The relationship among infertility, self-compassion, and well-being for women with primary or secondary infertility. *Psychology of Women Quarterly*, 39(4): 7-10.

Rooney, K.L, Domar, A.D (2018). The relationship between stress and infertility, *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 20(1): 41-47.

TNSA (Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması). (2018). Ankara: Türkiye Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü; 72.

Troude, P., Bailly, E., Guibert, J., Bouyer, J., de la Rochebrochard, E., & DAIFI Group (2012). Spontaneous pregnancies among couples previously treated by in vitro fertilization. *Fertility and sterility*, 98(1), 63–68.

Nuri Tural, G. & Sis Çelik, A. (2019). Primer İnfertil Kadınların Algıladıkları Sosyal Destek ile İnfertiliteden Etkilenme Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi . *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi* , 6 (1) , 91-104 .

Yılmaz, B.,Şahin, N. (2020). İnfertilite Stresi İle Bireysel Baş Etme Yöntemleri: Bir Sistemik Derleme. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 7(1), 84-85.

WHO (World Health Organization). Infertility (İnternet) 2020 (Erişim tarihi: 14.06.22).

Erişim adresi: [https:// www.who.int/healttopics/infertility](https://www.who.int/healttopics/infertility)

ORIGINAL ARTICLE / ORJİNAL MAKALE

Hemşirelik Öğrencilerinin Kişilik Özellikleri ile Yenilikçi Davranışları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Investigation of the Relationship Between Personality Traits and Innovative Behaviors of Nursing Students



Ertuğrul Sarı¹



Fulya Batmaz²



Fatma Aksoy Şirin³



Havva Öztürk⁴

¹ Öğretim Görevlisi, Trabzon Üniversitesi, Tonya Meslek Yüksekokulu, Sağlık Bakım Hizmetleri Bölümü, Evde Hasta Bakım Programı, Trabzon, Türkiye

² Uzman Hemşire, Karadeniz Teknik Üniversitesi İyi Hekimlik Uygulamaları ve Simülasyon Merkezi, Trabzon, Türkiye

³ Araştırma Görevlisi, Ordu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Ordu, Türkiye

⁴ Profesör Doktor, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Hemşirelik Esasları ve Yönetim Anabilim Dalı, Trabzon, Türkiye

Geliş: 23.09.2023, Kabul: 14.10.2025

Öz

Giriş: Hemşirelik mesleğinde çalışanların aynı olaylara farklı çözüm yolları bulmaları kişilik özelliklerinin farklı olmasından kaynaklanır.

Amaç: Hemşirelik öğrencilerinin kişilik özellikleri ile yenilikçi davranışları arasındaki ilişkiyi belirlemektir.

Yöntem: Tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tipteki araştırma, Karadeniz Bölgesindeki iki devlet üniversitenin 205 son sınıf hemşirelik öğrencisi ile yürütülmüştür. Veriler, Öğrenci Bilgi Formu, Kişilik Ölçeği ve Yenilikçi Davranış Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Veriler 20 Mayıs-10 Haziran 2023 tarihleri arasında online ve yüz yüze olarak toplanmış ve korelasyon, Kruskal Wallis, Mann Whitney U testleri ile analiz edilmiştir. Çalışma için kurum izni, etik kurul onayı ve öğrencilerden onam alınmıştır.

Bulgular: Öğrencilerin %82'si kız, yaşları 22.21 ± 1.13 , %67.3'ü çekirdek aileye sahip ve %37.6'sı iki kardeşe sahiptir. Öğrenciler kişilik ölçeği puanlarına göre duygusal dengeli (4.58 ± 1.15 ; min:1, max:7), sorumlu (4.26 ± 1.06 ; min:1, max:7) ve dışa dönük (4.22 ± 1.11 ; min:1, max:7) kişiliğe sahiptirler. Yenilikçi davranış ölçeği toplam puanı 90.85 ± 12.65 (min:34, maks: 115) 'tir. Kişilik ölçeğinin alt boyutları ile yenilikçi davranış ölçeği alt boyutları arasında anlamlı ilişkiler saptanmıştır.

Sonuç: Öğrencilerin kişilik özelliği olarak dışa dönük, duygusal dengeli, sorumlu ve yüksek düzeyde yenilikçi oldukları bulunmuştur. Bu doğrultuda, öğrencilerin yenilikçi potansiyellerini destekleyecek uygulamalı ve yaratıcı eğitim programlarının geliştirilmesi önerilmektedir.

Anahtar Sözcükler: Hemşirelik Öğrencisi, Kişilik, Yenilikçilik

Sorumlu Yazar: Ertuğrul Sarı, Öğretim Görevlisi, Trabzon Üniversitesi, Tonya Meslek Yüksekokulu, Sağlık Bakım Hizmetleri Bölümü, Evde Hasta Bakım Programı, Trabzon, Türkiye **Email:** ertugrul_sari@hotmail.com , **Tel:** 0544 773 8809

Nasıl Atıf Yapılır: Sarı E, Batmaz F, Aksoy Şirin F, Öztürk H. Hemşirelik Öğrencilerinin Kişilik Özellikleri ile Yenilikçi Davranışları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Etkili Hemşirelik Dergisi. 2025;18(4): 583-592

Journal of Nursing Effect published by Cetus Publishing.



Journal of Nursing Effect 2025 Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License

Abstract

Background: The reason why nursing professionals find different solutions to the same events is due to their different personality traits.

Objectives: The aim of this study is to determine the relationship between the personality traits of nursing students and their innovative behaviors.

Methods: The descriptive and correlational research was conducted with 205 senior nursing students from two state universities in the Black Sea Region. Data were collected using the Student Information Form, Personality Scale and Innovative Behavior Scale. Data were collected online and face-to-face between 20 May and 10 June 2023, and the correlation was analyzed with Kruskal Wallis and Mann Whitney U tests. Institutional and ethics committee approval was obtained for the study and informed consent was obtained from the students.

Results: 82.0% of the students are girls, their age is 22.21 ± 1.13 , 67.3% have a nuclear family and 37.6% have two siblings. According to their personality scale scores, students have emotionally balanced (4.58 ± 1.15 ; min:1, max:7), responsible (4.26 ± 1.06 ; min:1, max:7) and extroverted personalities (4.22 ± 1.11 ; min:1, max:7). The total score of the innovative behavior scale is 90.85 ± 12.65 (min: 34, max: 115). Significant relationships were detected between the sub-dimensions of the personality scale and the sub-dimensions of the innovative behavior scale.

Conclusions: The students were found to be extroverted, emotionally stable, responsible, and highly innovative in terms of their personality traits. Therefore, it is recommended that applied and creative educational programs be developed to support students' innovative potential.

Keywords: Nursing Student, Personality, Innovation.

GİRİŞ

Sağlık hizmetlerinin çok önemli bir bölümünü oluşturan hemşirelik mesleğinde kişilik özellikleri, hedeflenen mesleki özelliklerin kazandırılmasında önemlidir. Çünkü aynı olaylara farklı çözüm yolları üretebilmek bireylerin farklı kişilik özelliklerine sahip olmasından kaynaklanmaktadır (Çıtak Tunç, Bilgin ve Bedriye, 2020). Bu anlamda kişilik özelliklerinin mesleğe etkilerini bilmek her meslekte olduğu gibi hemşirelik mesleğinde hasta bakımında sergilenen performansı ve uygulanan bakım kalitesini arttırmak açısından gereklidir (Gözel, Atmaca ve Durat, 2017). Bireylerin kişilik özellikleri girişimciliği, yenilikçiliğe yatkınlığı ve bireylerin başarılı olmasını etkileyen önemli bir faktördür. Örneğin, gelişime açık ve dışa dönük kişilik özelliklerine sahip bireyler daha girişimci olup, daha yenilikçi

davranışlar gösterebilmektedir (Düger ve Ciner, 2023).

Günümüzde teknolojinin ve sağlık sektörünün hızla gelişmesi; hemşirelik uygulamaları ve hemşirelik bakımını karmaşık bir hale getirmiştir. Hızla gelişen bilgi ve bilim çağına ayak uydurabilmek, küresel rekabeti iyileştirebilmek hemşirelikte yenilikçiliği zorunlu kılmıştır (Snow, 2019). Yenilikçilik toplumun yaşam kalitesinin yükseltilmesi, sağlık sisteminin gelişmesi açısından önemli bir araç olarak görülmektedir (Joseph, 2015). Sağlık bakım uygulamalarındaki bu hızlı değişim ile birlikte toplumunda değişen ihtiyaç ve beklentilerini karşılayabilmek ve bakımın kalitesini artırabilmek için sağlık çalışanlarının, yöneticilerin ve kurumların kendilerini sürekli yenilemesi ve bunu yenilikçi davranış şekline dönüştürmesi gerekmektedir (Ayvaz, Akyol ve

Demiral, 2019).

Hemşirelikte yenilikçilik, Uluslararası Hemşireler Konseyi'nin (ICN) sağlık hizmetlerinde yenilikçilik tanımıyla daha anlaşılır hale gelerek önem kazanmıştır. ICN (2009), sağlıkta yenilikçiliği; bireysel, örgütsel ve toplumsal düzeyde, yaratıcı bir fikrin, sağlığın geliştirilmesi, hastalıkların önlenmesi ve kaliteli hasta bakımı gibi bir sonuca dönüştürülmesi olarak tanımlamaktadır (ICN, 2009). Yenilikçi hemşirelik davranışları ise, hemşirelerin hemşirelik bakımının kalitesini ve bakımdan alınacak verimi artırmak için faydalı yeni çalışma yöntemleri ve teknolojileri bulmasına ya da yaratmasına yardımcı olabilecek bireysel davranışlar olarak tanımlanmaktadır (Wang vd., 2019). Hemşirelerin yenilikçi davranışlarının geliştirilmesinin hemşirelik bakımının kalitesinin yanı sıra tıbbi tedavinin etkinliğinin ve iş verimliliğinin artırılmasını sağlayacağı belirtilmektedir (Weng vd., 2016). Hemşirelik öğrencilerinin yenilikçi davranış özellikleri ile kişilik özellikleri arasındaki ilişkiyi belirlemek hem onların mesleki gelişimi hem de gelecekte sunacakları sağlık hizmetlerinin kalitesi açısından büyük önem taşımaktadır. Yenilikçi davranışlar, hemşirelik öğrencilerinin eğitim sürecinde problem çözme becerilerini geliştirmelerini, bakım kalitesini artırmalarını ve hızla değişen sağlık sistemine uyum sağlamalarını destekler (Liu vd., 2020; Wang vd., 2019). Kişilik özellikleri ise bu yenilikçi davranışları güçlendiren ya da sınırlayan temel unsurlardır (Fırın ve Sevim, 2022). Düger ve Ciner'in (2023) çalışmasında bireylerde kişilik özelliklerinin girişimci ve yenilikçi davranışları üzerinde pozitif yönlü anlamlı bir etkiye sahip olduğu belirlenmiştir. Liu ve arkadaşlarının (2020) Tayvanlı hemşirelik öğrencilerinde yaptıkları çalışmalarında inovasyon ve yaratıcı

kişilik özellikleri arasında zayıf düzeyde bir ilişki olduğunu belirlemişlerdir. Bu ilişkinin anlaşılması, hemşirelik eğitiminde öğrencilerin potansiyellerini en iyi şekilde ortaya çıkaracak ve yenilikçi sağlık çözümlerine katkı sağlayacak programların geliştirilmesine olanak tanır. Bu araştırma, geleceğin hemşireleri olan hemşirelik öğrencilerinin kişilik özellikleri ile yenilikçi davranışları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacı ile gerçekleştirilmiştir.

Araştırma Sorusu

Hemşirelik öğrencilerinin kişilik özellikleri ile yenilikçi davranışları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

YÖNTEM

Araştırmanın tipi

Araştırma tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tiptedir.

Araştırmanın yapıldığı yer

Doğu Karadeniz bölgesinde yer alan iki devlet üniversitesinin hemşirelik bölümünde yapılmıştır.

Araştırmanın evreni ve örnekleme

Araştırma evrenini; iki devlet üniversitesinin hemşirelik bölümünde öğrenim gören dördüncü sınıf hemşirelik öğrencileri oluşturmuştur. Son sınıf öğrencileri, hemşirelik eğitimini büyük ölçüde tamamladıkları ve mesleki uygulamalara daha fazla hâkim oldukları için araştırma evreni olarak seçilmiştir. Her iki hemşirelik bölümünde toplam 304 son sınıf hemşirelik öğrencisi öğrenim görmektedir. Örneklemin tamamına ulaşılması hedeflenmiş ve herhangi bir örnekleme yöntemine gidilmeden gönüllü tüm öğrenciler örnekleme dahil edilmiştir. Bu doğrultuda çalışma 205 hemşirelik öğrencisi ile yürütülmüştür. Evrenin %67'sine ulaşılmıştır.

Veri toplama araçları- Geçerlik ve Güvenirlik Bilgisi

Araştırmada veri toplama aracı olarak Öğrenci Bilgi Formu, On-Maddeli Kişilik Ölçeği ve Yenilikçi Davranış Ölçeği kullanılmıştır.

Öğrenci Bilgi Formu

Araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda (Gözel vd., 2017; Özdemir vd., 2020; Ünal Aslan vd., 2022) hazırlanan form öğrencilerin demografik verileri, kişilik özelliğini etkileyebilecek faktörler ve yenilikçilik davranışını etkileyebilecek faktörlerden oluşan 12 soruluk formdur.

On-Maddeli Kişilik Ölçeği (OMKÖ)

Gosling ve arkadaşları tarafından 2003 yılında geliştirilen ölçeğin Türkçeye adaptasyonu Atak tarafından 2013 yılında yapılmıştır (Atak, 2013). Ölçek, deneyime açıklık, uyumluluk, duygusal dengelilik, sorumluluk, dışadönüklük olmak üzere 5 alt boyuttan ve alt boyutların her birinin iki madde ile ölçüldüğü toplam 10 ifadeden oluşmaktadır. Ölçeğin Cronbach alfa güvenirlik katsayısı deneyime açıklık alt boyutu için .83, uyumluluk alt boyutu için .81, duygusal dengelilik alt boyutu için .83, sorumluluk alt boyutu için .84 ve dışadönüklük alt boyutu için .86 olarak bulunmuştur (Atak, 2013). Katılımcılar, her maddeyi yedili likert üzerinde (1= Tamamen katılmıyorum, 2=Kısmen katılmıyorum, 3=Biraz katılmıyorum, 4=Kararsızım, 5=Biraz Katılıyorum, 6=Kısmen katılıyorum, 7=Tamamen katılıyorum) derecelendirmektedir (Atak, 2013). Bu ölçek için toplam puan üzerinden yorum yapılamamaktadır. Bu nedenle kişilik özellikleri ölçeğinin toplam puanı kullanılmamaktadır. En yüksek puana sahip alt boyutlar katılımcının kişilik özelliğini göstermektedir. Bu çalışmada ölçeğin Cronbach alfa katsayısı .75 olarak bulunmuştur.

Yenilikçi Davranış Ölçeği (YDÖ)

Lukes ve Stephan (2017) tarafından geliştirilen Yenilikçi Davranış Ölçeği, Pala ve Turan (2020) tarafından Türkçeye uyarlanmıştır. Yenilikçi Davranış Ölçeği (YDÖ), bireylerin yenilikçi davranışa yönelik algı, tutum ve düşüncelerinin ölçümü ve değerlendirilmesi amacıyla geliştirilmiştir. Ölçek fikir uygulama, fikir arama, fikir iletişimi, uygulamaya başlama, diğerlerinin dahil etme, engellerin üstesinden gelme ve yenilikçi çıktılar olmak üzere yedi alt boyuttan ve toplamda 23 maddeden oluşmaktadır. Ölçekten alınabilecek minimum puan 23, maksimum puan ise 115'tir. Ölçek değerlendirmesinde ölçekten alınan puan arttıkça yenilikçi davranış düzeyinin arttığı, ölçekten alınan puan azaldıkça ise yenilikçi davranış düzeyinin azaldığı belirtilmektedir. Pala ve Turan (2020) tarafından yapılan Türkçeye uyarlama çalışmasında ölçeğin toplam Cronbach Alfa katsayısı .93 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada ise Cronbach alfa katsayısı .95 olarak hesaplanmıştır.

Verilerin toplanması

Araştırma verilerinin toplanmasında örnekleme ulaşabilmek amacıyla araştırmanın yapıldığı tarihte okulda bulunan öğrenciler için yüz yüze, okulda olmayanlar için ise online anket formu kullanılarak yaklaşık 5-10 dakika süre içerisinde ve 20 Mayıs-10 Haziran 2023 tarihleri arasında toplanmıştır.

Verilerin değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen veriler bilgisayar ortamında SPSS 25.0 istatistik programı aracılığıyla değerlendirilmiştir. Araştırmaya katılan öğrencilerin tanımlayıcı özelliklerinin belirlenmesinde frekans ve yüzde analizlerinden, ölçeğin incelenmesinde ortalama ve standart sapma istatistiklerinden faydalanılmıştır.

Değişkenlerin normal dağılım göstermediği belirlenmiştir. Verilerin analizinde, hemşirelik öğrencilerinin tanımlayıcı özellikleri yüzde ve ortalama ile belirlenirken, tanımlayıcı özellikleri ile ölçek puanlarının karşılaştırılmasında Kruskal Wallis ve Mann Whitney U testleri, ayrıca ölçek puanları arasındaki ilişkileri test etmek için Spearman korelasyon testi kullanılmıştır. Korelasyon katsayıları (r) .00-.25 çok zayıf; .26-.49 zayıf; .50-.69 orta; .70-.89 yüksek; .90-1.00 çok yüksek olarak değerlendirilmiştir (Kalaycı, 2006, s.116).

Araştırmanın değişkenleri

Bağımlı değişken: Yenilikçi davranış ve etkileyen faktörler

Bağımsız değişken: Öğrencilerin kişilik özellikleri

Araştırmanın etik yönü

Araştırmanın yapıldığı kurumların ve katılan öğrencilerin kimliği gizli tutulacaktır. Araştırmanın yürütülebilmesi için bir üniversitenin Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay ve kurum izni alınmıştır (18/05/2023, Sayı: 2023/52). Veri toplama aracı olarak kullanılan ölçeklerin Türkçe uyarlamasını yapan yazarlardan e-mail yolu ile izin alınmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden öğrencilere araştırmanın amacı ve kapsamı açıklanarak istedikleri zaman çekilebilecekleri ifade edilmiştir. Ayrıca sözlü ve yazılı onamları alınmıştır. Çalışmanın bütün aşamalarında araştırma ve yayın etiği ilkelerine uyulmuştur.

BULGULAR

Öğrencilerin yaş ortalaması 22.21 ± 1.13 , %82'si kadın ve %78'si Anadolu Lisesi mezunudur. Öğrencilerin %67.3'ü çekirdek aileye. %37.6'sı iki kardeşe sahiptir. Öğrencilerin %60'ının yenilikçilik konusunda eğitim almadığı,

Tablo 1. Hemşirelik Öğrencilerinin Tanımlayıcı Özelliklere Göre Dağılımı ve Yenilikçilik ile İlgili Görüşleri

Tanımlayıcı özellikler	n	%
Yaş (Ort: 22.21 ± 1.13)		
Cinsiyet		
Kadın	168	82.0
Erkek	37	18.0
Mezun olunan lise		
Anadolu lisesi	160	78.0
Fen lisesi	23	11.2
Sağlık meslek lisesi	22	10.7
En uzun süre yaşanılan yer		
İl	76	37.1
İlçe	87	42.4
Köy	42	20.5
Aile tipi		
Çekirdek aile	138	67.3
Geniş aile	67	32.7
Kardeş sayısı		
Tek çocuk	18	8.8
2 kardeş	77	37.6
3 kardeş	72	35.1
4 ve üzeri kardeş	38	18.5
Yenilikçilik konusunda eğitim alma durumu		
Evet	82	40.0
Hayır	123	60.0
İnovatif uygulamaları takip etme durumu		
Evet	58	28.3
Hayır	147	71.7
İnovatif ürün geliştirmeyi düşünme durumu		
Evet	29	14.1
Hayır	176	85.9
İleride kendi işini kurmayı düşünme durumu		
Evet	84	41.0
Hayır	121	59.0

%71.7'sinin inovatif uygulamaları takip etmediği ve %41'inin ileride kendi işini kurmak istediği belirlendi (Tablo 1).

Öğrencilerin On Maddeli Kişilik Ölçeği'nin duygusal dengelilik alt boyutu için puanı 4.58 ± 1.15 , sorumluluk alt boyutu için 4.26 ± 1.06 ve dışa dönüklük alt boyutu için puanı 4.22 ± 1.11 'dir (Tablo 2).

Öğrencilerin yenilikçi davranış ölçeği toplam puanı 90.85 ± 12.65 'tir. Ölçeğin alt boyutları

Tablo 2. Hemşirelik Öğrencilerinin On Maddelik Kişilik Ölçeği (OMKÖ) Alt Boyut Puanlarının Dağılımı (N= 205)

Ölçek ve Alt boyutları	Ort	SS	Min.	Maks.
OMKÖ Toplam				
Dışa dönüklük	4.22	1.11	1.00	7.00
Duygusal dengelilik	4.58	1.15	1.00	7.00
Deneyime açıklık	3.94	1.19	1.00	7.00
Sorumluluk	4.26	1.06	1.00	7.00
Yumuşak başlılık	4.21	1.04	1.50	7.00

Tablo 3. Hemşirelik Öğrencilerinin Yenilikçi Davranış Ölçeği (YDÖ) Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Dağılımı

	Ort	SS	Min.	Maks.	Cronbach Alpha Değeri
YDÖ Toplam (23-115)	90.85	12.65	34	115	.943
Fikir uygulama	11.91	1.98	5	15	.719
Fikir arama	12.36	1.95	6	15	.795
Fikir iletişimi	15.72	2.64	6	20	.809
Uygulamaya başlama	11.82	2.22	3	15	.835
Diğerlerini dahil etme	12.06	2.60	3	15	.753
Engellerin üstesinden gelme	15.68	2.92	4	20	.865
Yenilikçi çıktılar	11.22	2.22	3	15	.745

puan ortalamaları; fikir arama alt boyutu için 12.36 ± 1.95 , diğerlerini dahil etme alt boyutu için 12.06 ± 1.95 ve fikir uygulama alt boyutu için 11.9 ± 1.98 'dir (Tablo 3).

Öğrencilerin kişilik ölçeğinin duygusal dengelilik boyutu ile yenilikçilik ölçeğinin fikir iletişimi ($r=.18$, $p=.008$) ve diğerlerini dahil etme ($r=.18$,

$p=.008$); deneyime açıklık ile fikir uygulama ($r=-.16$, $p=.016$) ve uygulamaya başlama ($r=-.16$, $p=.019$); sorumluluk ile fikir arama ($r=.14$, $p=.041$); yumuşak başlılık ile fikir uygulama ($r=.14$, $p=.043$), fikir arama ($r=.17$, $p=.015$) ve fikir iletişimi ($r=.18$, $p=.009$) arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (Tablo 4).

Tablo 4. Hemşirelik Öğrencilerinin Kişilik Özellikleri ve Yenilikçi Davranışları Arasındaki İlişki (N= 205)

		Yenilikçi davranış ölçeği						
Kişilik özellikleri		Fikir uygulama	Fikir arama	Fikir iletişimi	Uygulamaya başlama	Diğerlerini dahil etme	Engellerin üstesinden gelme	Yenilikçi çıktılar
ölçeği								
Dışa dönüklük	r	.06	.11	.12	.06	.11	.02	-.08
	p	.327	.108	.073	.394	.093	.694	.219
Duygusal dengelilik	r	-.00	.11	.18	.07	.18	.03	.01
	p	.968	.112	.008*	.301	.008*	.620	.881
Deneyime açıklık	r	-.16	-.11	-.02	-.16	-.04	-.12	-.08
	p	.016	.115	.732	.019*	.567	.082	.237
Sorumluluk	r	.11	.14	.07	.05	.07	.00	-.02
	p	.092	.041*	.302	.470	.321	.969	.685
Yumuşak başlılık	r	.14	.17	.18	.00	.06	.09	-.00
	p	.043*	.015*	.009*	.907	.341	.175	.987

* $p<0.05$; r =Spearman Korelasyon Analizi

TARTIŞMA

Bu çalışma hemşirelik öğrencilerinin kişilik özellikleri ile yenilikçi davranış düzeylerinin ilişkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Öğrencilerin yarıdan fazlasının yenilikçilik konusunda eğitim almadığı ve inovatif uygulamaları takip etmediği saptanmıştır (Tablo 1). Çalışma sonucunda öğrencilerin orta düzeyde dışa dönüklük, sorumluluk ve duygusal dengelilik kişilik özellikleri gösterdiği belirlenmiştir (Tablo 2). Çıtak Tunç ve arkadaşlarının (2020) çalışmasında, benzer şekilde hemşirelik öğrencilerinin orta düzeyde dışa dönük olduğu saptanmıştır. Dışa dönüklük girişkenliği, aktifliği ve olumlu duyguların ifadesini belirtmektedir. Hemşirelik öğrencileri almış oldukları eğitimler sayesinde kazanmış oldukları beceri ve profesyonel değerler dışa dönük olmalarına sebep gösterilebilir. Bu çalışmada öğrencilerin en az deneyime açıklık alt boyutunda kişilik özelliği sergilediği belirlenmiştir. Ünal Aslan ve arkadaşlarının (2022) çalışmalarında da bu çalışma sonuçları ile uyumlu olacak şekilde duygusal dengelilik boyutunun yüksek, deneyime açıklık boyutunun ise diğer boyutlara göre düşük olduğu saptanmıştır. Bu doğrultuda son sınıf hemşirelik öğrencileri için duygusal kararlar almak yerine profesyonel davranabilme yeteneklerinin geliştiği şeklinde yorumlanabilir. Bu çalışmada hemşirelik öğrencilerinin inovatif uygulamaları takip etmedikleri belirlenmiştir. Bu durum öğrencilerin deneyime açıklık alt boyutundan düşük puan almalarını desteklemektedir ve öğrencilerin değişim ve yeniliklere açık olmadıkları şeklinde yorumlanabilir. Bu çalışmada öğrencilerin sorumluluk alt boyutundan yüksek puan almalarının nedeninin mezuniyete yakın bir grup olmaları, almış oldukları eğitim, klinik uygulamalarla

kazandıkları deneyim ve mesleğe yönelik farkındalıklarının yüksek olması nedeniyle olduğu düşünülmektedir. Çalışmanın bu bulgusu istendik ve beklenen bir sonuçtur.

Bu çalışmada hemşirelik öğrencilerinin yenilikçi davranış düzeylerinin yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 3). Bu çalışma sonucuna benzer olarak Liu ve arkadaşları (2020) Tayvan'daki hemşirelik öğrencileri ile yaptıkları çalışmalarında öğrencilerin yenilikçilik düzeylerinin yüksek olduğunu; Aksoy ve Durgun (2023)'ün çalışmasında da benzer olarak hemşirelik öğrencilerin yenilikçilik düzeylerinin yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu çalışma sonuçlarından farklı olarak Bodur (2018)'un ve Ertuğ ve Kaya (2017)'nin yapmış oldukları çalışmalarında ise hemşirelik öğrencilerinin yenilikçilik düzeylerinin düşük olduğu saptanmıştır. Konuyla ilgili literatürde tarandığında araştırma bulgularının birbirinden farklılık gösterdiği söylenebilir. Literatürde öğrencilerin yenilikçilik düzeylerindeki farklı sonuçların nedenlerinin, öğrencilerin bireysel özellikleri, eğitim ortamları, önceki öğrenme deneyimleri ve kullanılan araştırma yöntemleri gibi faktörlerden kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Ayrıca, öğrencilerin kültürel özellikleri ve kişisel değerleri de yenilikçi davranışları şekillendirebilir (Purc ve Laguna, 2019). Özdemir ve Işık'ın (2022) hemşirelik öğrencilerinin yenilikçilik ve yaratıcılık yaklaşımlarını etkileyen faktörleri inceledikleri çalışmalarında yaşanan yer, yenilikçi düşünme ihtiyacı, yenilikçilikle ilgili bilimsel etkinliklere katılım durumu gibi faktörlerin de etkili olduğunu belirlemişlerdir.

Bu çalışmada son sınıf hemşirelik öğrencilerinin duygusal dengelilik boyutu ile yenilikçilik ölçeğinin fikir iletişimi ve diğerlerini dahil etme boyutu arasında pozitif yönde zayıf ilişki

belirlenmiştir. Ayrıca kişilik ölçeğinin deneyime açıklık ile fikir uygulama ve uygulamaya başlama boyutu arasında negatif yönlü zayıf ilişki olduğu belirlenmiştir (Tablo 4). Bu sonuç ile deneyime açık olan bireylerin fikirlerini uygulama konusunda isteksiz olabileceği ya da bu alanda düşük bir performans gösterebileceği belirtilmektedir. Yiğit ve Aksay'ın (2015) sağlık sektöründe çalışan bireylerle yaptıkları çalışmalarında ise bireysel yenilikçiliğin fikir liderliği, deneyime açıklık ve risk alma özellikleri arasında orta düzeyde pozitif bir ilişki olduğunu saptamışlardır. Utli ve Vural Doğru (2018)'nin çalışmasında hemşirelik ve ebelik öğrencilerinin bireysel yenilikçilik durumları değerlendirildiğinde öğrencilerin fikir önderliği puanlarının yüksek olduğu, ancak hemşirelik öğrencilerinin ebelik öğrencilerine göre daha fazla değişime direnç gösterdikleri belirlenmiştir. Kişilik ölçeğinin sorumluluk ile fikir arama, yumuşak başlılık ile fikir uygulama, fikir arama ve fikir iletişimi arasında zayıf düzeyde anlamlı ilişki saptanmıştır. Genel olarak değerlendirme yapıldığında yenilikçilik düzeyini kişilik özelliklerinin bazı alt boyutlarının zayıf düzeyde etkilediği söylenebilir. Fırın ve Sevim (2022)'in şirket yöneticisi ve çalışanları ile ilgili yaptıkları çalışmalarında kişilik özellikleri ile yenilikçi davranış arasındaki pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Bu sonuçlar doğrultusunda yenilikçi düşünen ve yeni fikirlere açık olan, araştırma yapan ve sürekli öğrenen, sorumluluk sahibi kişilerin daha yenilikçi davranışlar göstereceği söylenebilir.

Sınırlılıklar

Bu araştırma sadece iki devlet üniversitesinin son sınıfında öğrenim gören hemşirelik öğrencilerinin görüşleri ile yapılması sınırlılığdır ve araştırma sonuçları tüm hemşirelik öğrencileri için genellenemez.

SONUÇLARIN UYGULAMADA KULLANIMI

Çalışmaya dahil edilen öğrencilerin yenilikçi davranış düzeylerinin yüksek olduğu belirlenmiştir. Ayrıca öğrencilerin kişilik özelliklerinden duygusal dengelilik, dışa dönüklük ve sorumluluk yönlerinin daha gelişmiş olduğu saptanmıştır. Hemşirelik son sınıf öğrencilerinin kişilik özelliklerinin bazı alt boyutlarının yenilikçi davranışı zayıf düzeyde etkilediği belirlenmiştir. Bu doğrultuda, hemşirelik son sınıf öğrencilerinin güncel ve yenilikçi uygulamaları sürekli olarak takip etmeleri teşvik edilmeli ve mesleki gelişimleri desteklenmelidir. Ayrıca, bu araştırmanın daha geniş örneklem gruplarıyla ve farklı üniversitelerde yürütülmesi önerilmektedir. Elde edilen bulgular, hemşirelik eğitiminde öğrencilerin yenilikçi davranışlarının ve kişilik özelliklerinin geliştirilmesine yönelik eğitim yaklaşımlarına rehberlik edebilecek niteliktedir. Özellikle duygusal dengelilik, deneyime açıklık, sorumluluk ve yumuşak başlılık gibi kişilik boyutlarının yenilikçi davranış üzerinde etkili olduğu göz önünde bulundurularak, eğitim programlarında problem çözme becerilerini, yaratıcılığı destekleyen etkinliklere ve mentorluk uygulamalarına daha fazla yer verilmesi önerilmektedir.

Bilgilendirme

Çalışmada yazarlar arasında herhangi bir çıkar çatışması yoktur. Bu çalışma herhangi bir kurum ya da kuruluş tarafından desteklenmemiştir. Yazar katkıları: Fikir/kavram: ES, FB, FA; Tasarım: ES, FB, FA; Danışmanlık: HÖ; Veri toplama ve/veya Veri İşleme: ES, FB, FA; Analiz ve/veya Yorum: ES, FB, FA, HÖ; Kaynak tarama: ES, FB, FA; Makalenin Yazımı: ES, FB, FA; Eleştirel inceleme: HÖ. Bir üniversitenin sağlık bilimleri bilimsel araştırmalar etik kurulundan izin

alınmıştır (Tarih: 18/05/2023, Sayı: 2023/52). Çalışmaya katılan öğrencilere teşekkür ederiz.

KAYNAKÇA

Aksoy, F. ve Durgun, H. (2023). The relationship between the innovative behavior characteristics of nursing students and the levels of motivational persistence. *BAUN Health Sci J*, 12(2), 278-285. <https://doi.org/10.53424/balikesirsbd.1115558>

Atak, H. (2013). On-Maddeli Kişilik Ölçeği'nin Türk kültürü'ne uyarlanması. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 50, 312-319. <https://doi.org/10.4274/npa.y6128>

Ayvaz, M. Y., Akyol, Y. E. ve Demiral, M. (2019). Innovation in nursing and innovative attitudes of nurses. In *International Journal of Health Administration and Education Congress*, 5(2), 52-59.

Bodur, G. (2018). Hemşirelik öğrencilerinin bireysel yenilikçilik (inovasyon) düzeyleri ile girişimcilik eğilimleri arasındaki ilişki. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 5(2), 139-148. <https://doi.org/10.17681/hsp.349105>

Çıtak Tunç, G., Bilgin, N. Ç. ve Bedriye, A. K. (2020). Hemşirelik öğrencilerinin benlik saygısı, narsisizm ve kişilik özellikleri: Devlet ve vakıf üniversitesi incelemesi. *International Journal of Scholars in Education*, 3(1), 16-27.

Düger, Y. S. ve Ciner, A. (2023). Girişimci ve yenilikçi davranışların oluşumunda kişilik özelliklerinin etkisi: Psikolojik sermayenin aracı rolü. *Business Economics and Management Research Journal*, 6(1), 100-121. <https://doi.org/10.58308/bemarej.1246816>

Ertuğ, N. ve Kaya, H. (2017). Hemşirelik öğrencilerinin bireysel yenilikçilik profilleri ve yenilikçiliğin önündeki engellerin incelenmesi. *Journal of Education and Research in Nursing*, 14(3), 192-198. [doi:https://doi.org/10.5222/HEAD.2017.192](https://doi.org/10.5222/HEAD.2017.192)

Fırın, S. ve Sevim, Ş. (2022). Kişilik özelliklerinin yenilikçi davranış etkisi üzerine bir araştırma. *İşletme*

Araştırmaları Dergisi, 14(2), 1189-1200. <https://doi.org/10.20491/isarder.2022.1435>

Gözel, G., Atmaca, G. D. ve Durat, G. (2017). Hemşirelerin kişilik özellikleri ile iş performansları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(1), 11-16. <https://doi.org/10.30934/kusbed.359177>

International Council of Nurses (ICN). Delivering quality. serving communities: Nurses leading care innovations. <https://www.thder.org.tr/uploads/files/icn-2009.pdf> (Erişim tarihi: 19.06.2023)

Joseph, M. L. (2015). Organizational culture and climate for promoting innovativeness. *J Nurs Admin*, 45, 172-178. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000178>

Kalaycı, Ş. (2006). *SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri*. Ankara: Asil Yayın Dağıtım.

Liu, H. Y., Chang, C. C., Wang, I. T. ve Chao, S. Y. (2020). The association between creativity. creative components of personality and innovation among Taiwanese nursing students. *Thinking Skills and Creativity*, 35, 100629. <https://doi.org/10.1016/j.tsc.2020.100629>

Lukes, M. ve Stephen, U. (2017). Measuring employee innovation: A review of existing scales and the development of the innovative behavior and innovation support inventories across cultures. *International Journal of Entrepreneurial Behaviour & Research*, 23(1), 136-158.

Özdemir, R. C. ve Işık, M. T. (2022). Nursing students' innovation and creativity approaches: A descriptive study. *Health Sciences Quarterly*, 2(3), 117-126. <https://doi.org/10.26900/hsq.2.3.01>

Özdemir, Ö., Temiz, G. ve Akın, S. (2020). Hemşirelerin kişilik özellikleri, benlik kavramı ve mesleğe ilişkin algıları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *JAREN*, 6(3), 455-64. <https://doi.org/10.5222/jaren.2020.21043>

Pala, O. ve Turan, N. (2020). Yenilikçi Davranış Ölçeğinin (YDÖ) Türkiye'ye uyarlama çalışması. *Anadolu University Journal of Social Sciences*, 20(3), 65-80. <https://doi.org/10.18037/ausbd.801853>

Purc, E. ve Laguna, M. (2019). Personal values and innovative behavior of employees. *Frontiers in Psychology*, 10, 865. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00865>

Snow, F. (2019). Creativity and innovation: An essential competency for the nurse leader. *Nursing Administration Quarterly*, 43(4), 306-312. <https://doi.org/10.1097/NAQ.0000000000000367>

Utli, H. ve Doğru, B. V. (2018). Hemşirelik ve ebelik öğrencilerinin bireysel yenilikçilik özelliklerinin değerlendirilmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(3), 23-32.

Ünal Aslan, K. S., Cantekin, I. ve Tar, E. (2022). Hemşirelik öğrencilerinin kişilik özelliklerinin yeme davranışları üzerine etkisi. *Journal of Higher Education and Science*, 12(1), 69-76. <https://doi.org/10.5961/higheredusci.958398>

Wang, Y. X., Yang, Y. J., Wang, Y., Su, D., Li, S. W., Zhang, T. ve Li, H. P. (2019). The mediating role of inclusive leadership: Work engagement and innovative behaviour among Chinese head nurses. *Journal of Nursing Management*, 27(4), 688-696. <https://doi.org/10.1111/jonm.12754>

Weng, R. H., Chen, W. P., Huang, C. Y., Hung, C. H. ve Hsu, C. T. (2016). Can nurse innovation improve customer perception of service quality and experience?. *Journal of Clinical Nursing*, 25(13-14), 1950-1961. <https://doi.org/10.1111/jocn.13214>

Yigit, S. ve Aksay, K. (2015). A comparison between generation X and generation Y in terms of individual innovativeness behavior: The case of Turkish health professionals. *International Journal of Business Administration*, 6(2), 106. <http://dx.doi.org/10.5430/ijba.v6n2p106>

ORIGINAL ARTICLE / ORJİNAL MAKALE

Gastrointestinal Sistem Kanserli Hastalarda Öz Yeterlilik ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki

The Relationship Between Self-Efficacy and Quality of Life in Patients with Gastrointestinal System Cancer



Ezgi Karadağ¹



Yağmur Yaşa²



Özlem Uğur³

¹ Prof., Dokuz Eylül Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Onkoloji Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

² Araştırma Görevlisi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, İzmir, Türkiye

³ Prof., Dokuz Eylül Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, İzmir, Türkiye

Geliş: 11.10.2023, **Kabul:** 14.10.2025

Öz

Giriş: Gastrointestinal sistem (GİS) kanserinin agresif seyretmesi yaşam kalitesinde değişiklikler ortaya çıkarabilmektedir. Bu durumda bireylerin öz yeterliliklerinin yaşam kalitesine etkisinin önemi ortaya çıkmaktadır.

Amaç: Bu çalışmanın amacı, GİS kanserli hastalarda öz yeterlilik ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesidir.

Yöntem: Tanımlayıcı, karşılaştırmalı, kesitsel ve korelasyonel nitelikte olan çalışma, Mayıs 2022- Mayıs 2023 tarihleri arasında bir üniversite hastanesinde tedavi görmekte olan 100 kanser hastası ile yürütülmüştür. Araştırmanın verileri, “Sosyodemografik ve Hastalık Özelliklerine İlişkin Bilgi Formu”, “Genel Öz-Yeterlilik Ölçeği (GÖYÖ)”, “Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Organizasyonu Yaşam Kalitesi Ölçeği (EORTC QLQ C-30)” ve “Karnofsky Performans Skalası (KPS)” kullanılarak yüz yüze toplanmıştır. Verilerin analizinde, SPSS 24.0 paket programı kullanılmıştır. Veriler; sayı ve yüzde dağılımları, bağımsız gruplarda t-testi, Kruskal-Wallis varyans analizi, Mann-Whitney U testi, Pearson korelasyon analizi ve Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısı ile değerlendirilmiştir. İstatistiksel analizlerde anlamlılık düzeyi $p < .05$ olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: GİS kanserli hastalarının GÖYÖ toplam puan ortalamaları 33.74 ± 5.93 , EORTC QLQ C-30 alt boyutların toplam puan ortalamaları; Symptom Ölçeği’nin 32.05 ± 18.13 (minimum 0, maksimum 97.44), Fonksiyonel Ölçeği’nin 65.02 ± 20.31 (minimum 0, maksimum 100), Genel Sağlık Ölçeği’nin 55.75 ± 25 (minimum 0, maksimum 100) ‘tür. KPS toplam puan ortalamalarının 59.30 ± 9.01 olduğu belirlenmiştir. EORTC QLQ C-30 toplam puanı ile GÖYÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü ilişki bulunmaktadır ($p < .01$).

Sonuç: GİS kanserli hastaların öz yeterlilikleri arttıkça yaşam kalitelerinin arttığı saptanmıştır.

Anahtar kelimeler: Kanser, Yaşam Kalitesi, Öz-yeterlilik, GİS Kanseri, EORTC QLQ C-30

Sorumlu Yazar: Ezgi KARADAĞ, Profesör, Dokuz Eylül Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Onkoloji Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye. **Email:** ezgikaradag44@gmail.com, **Tel:** 0 232 412 69 72

Nasıl Atıf Yapılır: Karadağ E, Yaşa Y, Uğur Ö. Gastrointestinal Sistem Kanserli Hastalarda Öz Yeterlilik İle Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki. Etkili Hemşirelik Dergisi. 2025;18(4): 593-605

Journal of Nursing Effect published by Cetus Publishing.



Journal of Nursing Effect 2025 Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License

Abstract

Background: The aggressive course of gastrointestinal system (GIS) cancer may cause changes in quality of life. In this case, the importance of the impact of individuals' self-efficacy on their quality of life becomes evident.

Objectives: The aim of this study is to examine the relationship between self-efficacy and quality of life in patients with gastrointestinal system (GIS) cancer.

Methods: The study, which is descriptive, comparative, cross-sectional and correlational, was conducted with 100 cancer patients who were receiving treatment at a university hospital between May 2022 and May 2023. The data of the research were collected from the "Information Form on Sociodemographic and Disease Characteristics", "General Self-Efficacy Scale (GÖYÖ)", "European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Scale (EORTC QLQ C-30)" and "Karnofsky Performance Scale (KPS)". It was collected face to face using". Data were analyzed using the SPSS version 24.0 software package. Descriptive statistics (frequencies and percentages), independent samples t-test, Kruskal-Wallis variance analysis, Mann-Whitney U test, Pearson correlation analysis, and Cronbach's alpha reliability coefficient were used for data analysis. A significance level of $p < .05$ was considered for all statistical tests.

Results: GIS cancer patients' GIS total mean score was 33.74 ± 5.93 , EORTC QLQ C-30 subscale mean total score mean; Symptom Scale was 32.05 ± 18.13 (minimum 0, maximum 97.44), Functional Scale was 65.02 ± 20.31 (minimum 0, maximum was 100), General Health Scale was 55.75 ± 25 , It is 00 (minimum 0, maximum 100). It was determined that the KPS total score average was 59.30 ± 9.01 . There is a statistically significant and negative relationship between the EORTC QLQ C-30 total score and the GÖYÖ total score ($p < .01$).

Conclusion: It was determined that as the self-efficacy of patients with GI cancer increased, their quality of life increased.

Keywords: Cancer, Quality of Life, Self-efficacy, GI Cancers, EORTC QLQ C-30

GİRİŞ

Kanser dünyada ve ülkemizde sağlığı tehdit eden önemli sorunlardan biri olup, ölüme yol açan hastalıklar arasında, dünyanın birçok ülkesinde ve Türkiye’de kalp-damar hastalıklarından sonra ikinci sırada yer almaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2018). Tedavisi zor ve potansiyel olarak hastaların birçok semptomu yönetmek zorunda kaldıkları ciddi bir durumdur. Kanser, tüm dünyada kardiyovasküler hastalıklardan sonra en sık görülen ve yaşam süresini azaltan hastalıktır. Erkeklerde akciğer ve prostat, kadınlarda ise meme kanserinden sonra görülen kansere bağlı ölümler sıklıkla özofagus, mide, kolorektal, karaciğer ve pankreas dahil olmak üzere gastrointestinal kanaldan kaynaklanan kanserler nedeniyle olmaktadır (Tiftik ve Yutrsever, 2022). Gastrointestinal sistem (GİS) kanserleri; genellikle agresif seyretmeleri nedeniyle

hastaların fiziksel, psikososyal, finansal birçok sorun yaşamalarına neden olan, uzun süreli hastanede tedavi, bakım ve evde bakım süreçlerin gerektiren önemli bir kronik hastalıktır (Kouhestani vd., 2022; Akın&Güner,2019; Kavak vd., 2021). Gastrointestinal kanserlerin kendisi, tedavisinden kaynaklanan sınırlamalar ve yaşanan semptomlar hastaların yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyebilir. Kanser tanısının kabul edilmesi süreci, buna bağlı konfor kaybı, ağrı ve azalan bağımsızlık bu açıdan oldukça önemlidir. Buna karşılık, hastaların tanı veya tedavinin herhangi bir aşamasında hissedebilecekleri stres veya kaygı, bu alanların her birini etkileyerek hastalıkla ilişkili birçok olumsuz duygunun yoğunlaşmasına neden olabilir (Ozkaraman vd., 2023). GİS kanserli hastalarda yaşam kalitesinin incelendiği birçok çalışmada, hastaların yaşam kalitesi düşük

bulunmuştur. (Tantoy vd., 2018; Catto vd., 2021; Guo ve ark., 2020; Uluçay, 2019; Bauer vd., 2018) Hastaların semptom yönetiminin sağlanarak yaşam kalitesinin artması sürecinde, bireyin öz bakım davranışlarını yapabileceğine dair “yeterlilik inancı” ya da “öz-yeterlilik” düzeyi önemli rol oynamaktadır (Altıntaş ve Altıntaş, 2023). Öz-yeterlilik kavramı ilk kez “Bilişsel Davranış Değişimi” kuramı kapsamında, psikolog Albert Bandura tarafından 1977 yılında ileri sürülmüştür. Güçlü bir bireysel yeterlilik hissinin; daha sağlıklı olma, daha yüksek başarı ve daha sosyal bütünleşme ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Bu kurama göre birey, bir sonuca ulaşabileceğine inanırsa harekete geçerek daha aktif davranmakta ve yaşamının kontrolünü elinde tutabilmektedir. (Hebdon vd., 2021; Xu vd., 2019; Merluzzi ve ark., 2019; Omran & McMillan, 2018). Literatürde öz yeterliliğin yüksek olması sağlık davranışlarını değiştirmede önemli bir rol oynadığı ve yaşam kalitesini olumlu yönde etkileyebileceği belirtilmektedir (Yaşar ve Üstündağ, 2021; Chin vd., 2021). Yapılan çalışmalarda, daha yüksek öz yeterlik düzeyine sahip bireylerin hastalık süreci ve tedavi yönetiminde daha etkili olduğu gösterilmiştir (Ülker, 2023; Xie vd., 2020). Yüksek öz yeterliliğe sahip bireylerin, çeşitli stres faktörleriyle güvenle başa çıkmak, sağlığı koruma ve sürdürme davranışlarını gerçekleştirme olasılıklarının daha yüksek olduğu belirtilmektedir (Yaşar vd., 2021; Xu vd., 2018). Buna göre, yüksek semptom yüküne sahip GİS kanserli hastalarını yaşam kaliteleri öz yeterlilikleri ile ilişkili olabilir.

Araştırmanın Soruları

Gastrointestinal sistem kanserli hastalarda öz yeterlilik düzeyi nedir?

Gastrointestinal sistem kanserli hastalarda yaşam kalitesi düzeyi nedir?

Gastrointestinal sistem kanserli hastaların sosyodemografik ve hastalık özelliklerine göre öz yeterlilik ve yaşam kalitesi arasında anlamlı fark var mıdır?

Gastrointestinal sistem kanserli hastalarda öz yeterlilik ile yaşam kalitesi arasında ilişki var mıdır?

YÖNTEM

Araştırmanın Tipi

Bu araştırma tanımlayıcı, kesitsel ve ilişki arayıcı bir araştırmadır.

Araştırmanın Yapıldığı Yer

Araştırma, bir üniversite hastanesinin Onkoloji Servisi ve Gündüz Tedavi Merkezi'nde Mayıs 2022- Mayıs 2023 arasında yapılmıştır.

Araştırmanın Evreni/Örneklemi

Araştırmanın evrenini Mayıs 2022- Mayıs 2023 tarihleri arasında bir üniversite hastanesinin Onkoloji Servisi ve Gündüz Tedavi Merkezi'nde tedavi gören tüm hastalar oluşturmuştur. Hastaların sayısı bilinmediği için örneklem büyüklüğü hesaplanırken sayısı bilinmeyen evrenden örneklem seçim formülü kullanılmış $(n=t^2.p.q/d^2)$ $[n=(1.96)^2.(0.93).(1-0.93)/(0.05)^2]$ ve örneklem büyüklüğü 100 olarak hesaplanmıştır. Örneklem dahil edilme kriterleri arasında; (1) 18 yaş ve üstünde olmak, (2) gastrointestinal sistem kanser tanılarında en az birisinin olması, (3) işitme-görme-konuşma sorunu olmamak, (4) Türkçe konuşma-anlama probleminin olmaması, (5) Karnofsky Performans Skalası (KPS) puanı ≤ 70 olmak yer almaktadır. Araştırmanın örneklemini, araştırmanın yürütüldüğü tarihler arasında örneklem kriterlerine uyan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 100 kanser hastası oluşturmuştur.

Veri Toplama Araçları-Geçerlik ve Güvenirlik Bilgisi

Araştırmancının verileri, “Sosyodemografik ve Hastalık Özelliklerine İlişkin Bilgi Formu”, “Genel Öz-Yeterlilik Ölçeği (GÖYÖ)”, “Avrupa Kanseri Araştırma ve Tedavi Organizasyonu Yaşam Kalitesi Ölçeği (EORTC QLQ C-30)” ve “Karnofsky Performans Skalası (KPS)” kullanılarak toplanmıştır.

Sosyodemografik ve Hastalık Özelliklerine İlişkin Bilgi Formu

Bu form araştırmacılar tarafından literatür taranarak oluşturulmuştur (Ünnü ve ark.,2021; Han ve ark.,2021; Eom ve ark.,2021). Hastaların sosyodemografik özelliklerine ilişkin 7 adet, hastalık özelliklerine ilişkin ise 5 adet sorunun bulunduğu bir anket formudur.

Genel Öz Yeterlilik Ölçeği (GÖYÖ)

Bu ölçek, bireyin başarılı bir performans sergileyebilmesi için kendi kapasitesine duyduğu inancı ölçmektedir. İlk kez 1976 yılında Jerusalem ve Schwarzer tarafından Almanya’da geliştirilmiştir. İlk geliştirildiğinde 20 maddeden oluşan ölçek, 1981’de aynı araştırmacılar tarafından revize edilerek madde sayısı 10’a indirilmiştir. Takip eden yıllarda, dördümlük likert tipi (“1-tamamen yanlış”, “2-Biraz doğru”, “3- Orta düzeyde doğru” ve “4-Tamamen doğru”) formundaki bu ölçek birçok dile çevrilmiş, geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır (Scholz ve ark., 2002). GÖYÖ iki alt ölçekten oluşmaktadır. Alt ölçekler: çaba ve direnç alt ölçeği ve yetenek ve güvendir. Çaba ve direnç alt ölçeği, çaba göstermeyi ve dirençli olmayı vurgulamaktadır. Alt ölçek 6 maddeden oluşmaktadır. Yetenek ve güven alt ölçeği ise güç durumlarla baş etmede sahip olunan yetenek ve kendine güveni vurgulamaktadır. Alt ölçek 4 maddeden oluşmaktadır. Türkçe uyarlaması

ile geçerlik ve güvenilirlik çalışması Yıldırım & İlhan (2010) tarafından gerçekleştirilmiştir. Araştırmacılar, 25 dildeki versiyonlarını kullanarak elde ettikleri verilere dayalı olarak toplamda hesaplanan alfa iç tutarlılık katsayısını 0.86, her bir ülke örnekleme için ayrı ayrı hesaplanan alfa iç tutarlılık katsayılarını ise 0.75 ile 0.91 arasında bulmuşlardır. Ölçekten en düşük 10 en yüksek 40 puan alınmaktadır. “Ölçek puanı arttıkça algılanan öz yeterlilik artmaktadır” biçiminde yorumlanmaktadır. Bu çalışmada ise, alfa iç tutarlılık katsayısı 0.86 olarak bulunmuştur.

EORTC QLQ C-30 (Avrupa Kanseri Araştırma ve Tedavi Organizasyonu Yaşam Kalitesi) Ölçeği

Kanser tanısı almış bireylerin yaşam kalitesini tanılamak amacıyla EORTC QLQ (European Organization for the Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire) yaşam kalitesi ölçeği Aaronson ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (Aaronson ve ark.,1993). Beşer ve Öz (2003) tarafından kapsam geçerliği ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (Beser ve Öz.,2003). Alfa iç tutarlılık katsayısı 0.90 olarak bulunmuştur (Beser ve ark.,2003; Fayers ve ark.,2002). Bu çalışmada ise, Alfa iç tutarlılık katsayısı 0.84 olarak bulunmuştur. EORTC-QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği genel iyilik hali, fonksiyonel güçlükler ve semptom kontrolü olmak üzere üç alt başlık ve 30 soru içermektedir. Fonksiyonel Ölçek: fiziksel, rol, bilişsel, emosyonel, sosyal alt boyutlarından, Semptom Ölçeği: yorgunluk, bulantı ve kusma, ağrı, nefes darlığı, uyku bozukluğu, iştahsızlık, kabızlık, ishal ve mali etki alt boyutlarından oluşmaktadır. Ölçekteki 30 maddeden ilk 28’i dördümlük likert tipi ölçektir ve maddeler Hiç: 1, Biraz: 2, Oldukça: 3, Çok: 4 puan olarak değerlendirilmektedir. Genel Sağlık Ölçeği alt boyutunda 29. sorusunda hastadan

1'den 7'ye kadar olan ölçek ile (1: çok kötü ve 7: mükemmel) sağlığını ve 30. soruda genel yaşam kalitesini değerlendirmesi istenmektedir. 29. ve 30. sorular genel iyilik hali alanını oluşturan sorulardır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan 100 'dür. Hastaların semptom ve fonksiyonel skorlarından düşük, genel sağlık skorlarından yüksek puan alması yaşam kalitesinin yüksek olduğunu göstermektedir.

Karnofsky Performans Skalası (KPS)

Karnofsky performans skalası, klinisyenler tarafından hastaların günlük yaşam aktivitelerini değerlendirmek amacıyla sıklıkla kullandıkları bir ölçüm aracıdır. Hastalar fonksiyonel yetersizliklerine göre 0-100 arasında değişen puanlar alırlar. En iyi fonksiyonel yeterlilik durumu 100 puanla, fonksiyonel yeterliliğin hiç olmadığı durum ise 0 puanla (ölüm) gösterilmektedir. KPS'de 70 puanı, klinik olarak "yardıma gereksinim duyma eşiği" olarak tanımlanır. Buna göre KPS > 70 olan bireyler günlük yaşam aktivitelerini bağımsız sürdürebilirken, KPS ≤ 70 olan bireyler öz bakımında dış desteğe ihtiyaç duyar. KPS puan aralıkları; 90–100 tam bağımsız ve minimal semptomlu, 80–70 hafif kısıtlı ancak öz bakımını sürdürebilen, 60–50 yardıma gereksinim duyan, 40–30 sürekli bakıma ihtiyaç duyan, 20–10 terminal dönemde ciddi hastalık bulguları olan ve 0 ölüm durumunu gösteren düzeyleri ifade eder (Péus ve ark., 2013; Çeltekin ve ark., 2016).

Bu sınıflama, araştırmalarda örneklem homojenliğini sağlamak, performans düzeyinin etkisini kontrol etmek ve fonksiyonel sınırlılığın öz yeterlilik ile yaşam kalitesi üzerindeki etkisini değerlendirmek amacıyla kullanılmaktadır.

Verilerin Toplanması

Veriler, hastalar tarafından anket formlarının yüzyüze doldurulması ile toplanmıştır. Her

katılımcı için anket süresi yaklaşık 10-15 dakika sürmüştür.

Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen bilgiler SPSS sürüm 24.0 paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin analizinde sayı dağılımları, karşılaştırılmalı verilerde bağımsız gruplarda t-testi, Kruskal Wallis varyans analizi, Mann Whitney U testi, Pearson korelasyon analizi ve Tüm istatistiksel analizlerde anlamlılık düzeyi p<.05 olarak kabul edilmiştir. Cronbach alfa katsayısı ile ölçeklerin iç tutarlılığı değerlendirilmiştir.

Araştırmanın Değişkenleri

Katılımcıların öz yeterlilikleri ve yaşam kaliteleri araştırmanın bağımlı değişkenlerini oluştururken, sosyo-demografik veriler (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, kanser tipi, alınan tedavinin türü, tedavinin uygulanma yeri, ailede kanser tanısı varlığı, sigara kullanma durumu, sigara kullanma sıklığı, alkol kullanma durumu, alkol kullanma sıklığı) bağımsız değişkenlerini oluşturmaktadır.

Araştırmanın Etik Yönü

Bu araştırmada, Helsinki Bildirgesi'nde belirtilen ilkelere uygun olarak gerçekleştirilmiş olup araştırma ve yayın etiği ilkelerine uyulmuştur. Türkiye'nin batısında bulunan bir üniversite hastanesinin Girişimsel Olmayan Araştırma Etik Kurulu (protokol numarası 7220-GOA, tarih 25.05.2022, karar numarası 2022/19-15) tarafından yazılı olarak onaylanmıştır. Ölçeklerin kullanımı için Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarını yürüten araştırmacılardan izin alınmıştır. Kanser hastalarına uygulanan anketin ilk bölümüne aydınlatılmış onam formu eklenmiştir. Araştırmaya gönüllü olan bireylere anket ve ölçeklerin uygulanmasından önce çalışmanın amacı sözlü olarak bildirilmiş ve

“Bilgilendirilmiş Onam Formu” aracılığıyla yazılı onamları alınmıştır.

BULGULAR

Hastaların yaş ortalaması 65.0 ± 10.3 'tür. Çoğu erkek (%75.0), evli (%92.0), eğitim durumu ilköğretim (%46.0) ve çalışmayan (%90.0) hastalardır. Örneklemde kanser tipi olarak mide kanseri (%29.0), kolon kanseri (%44.0), pankreas kanseri (%10.0), özofagus kanseri (%6.0), rektum kanseri (%6.0) ve böbrek kanseri (%5.0) bulunmaktadır. Hastaların tanı süresi ortalama 12.00 ± 38.12 hafta (3 ay) 'dır. Alınan tedavilerin türü olarak cerrahi+kemoterapi alan (%36.0), kemoterapi+radyoterapi alan (%10.0), sadece kemoterapi alan (%27.0) ve cerrahi+kemoterapi+radyoterapi alan (%27.0) hastalar bulunmaktadır. Hastaların çoğunun tedavisi ayaktan (%77.0) devam etmekte ve ailesinde kanser tanısı bulunmamaktadır (%56.0). Sigara kullanan (%34.0) hastaların sigara kullanma sıklığı çoğunlukla 3-20 adet/gün (%55.8)'dür. Alkol kullanımı olan (%17.0) hastaların alkol kullanım sıklığı çoğunlukla 1-2 kadeh/gün (%82.3)'dür (Tablo 1).

Hastaların GÖYÖ 'nden aldıkları toplam puan ortalamaları 33.7 ± 5.9 (minimum 10, maksimum 40) olarak belirlenmiştir. Çaba ve direnç alt ölçeği toplam puan ortalaması 19.8 ± 3.9 (minimum 6, maksimum 24), yetenek ve güven alt ölçeği toplam puan ortalaması 13.9 ± 2.5 (minimum 4, maksimum 16) olduğu saptanmıştır. Hastaların EORTC-QLQ C-30 'un alt boyutları toplam puan ortalamaları; Symptom Ölçeği'nin 32.0 ± 18.1 (minimum 0, maksimum 97.44), Fonksiyonel Ölçeği'nin 65.0 ± 20.3 (minimum 0, maksimum 100), Genel Sağlık Ölçeği'nin 55.7 ± 25.0 (minimum 0, maksimum 100) 'tür (Tablo 2).

Hastaların sosyodemografik özellikleriyle

Tablo 1: Hastaların Sosyodemografik ve Hastalık Özelliklerine İlişkin Bilgi Formu (n:100)

Özellikler	n	%
Cinsiyet		
Kadın	25	.25
Erkek	75	.75
Medeni durum		
Evli	92	.92
Bekar	8	.8
Eğitim durumu		
Okur-yazar değil	8	.8
İlköğretim	46	.46
Ortaöğretim	11	.11
Lise ve üstü	35	.35
Çalışma durumu		
Çalışıyor	10	.10
Çalışmıyor	90	.90
Kanser Tipi		
Kolon kanseri	44	.44
Mide kanseri	29	.29
Pankreas kanseri	10	.10
Özofagus kanseri	6	.6
Rektum kanseri	6	.6
Böbrek kanseri	5	.5
Alınan tedavi türü		
Cerrahi ve kemoterapi	36	.36
Cerrahi, radyoterapi ve kemoterapi	27	.27
Kemoterapi	27	.27
Kemoterapi ve radyoterapi	10	.10
Tedavinin uygulanma yeri		
Ayaktan	77	.77
Hastanede yatarak	23	.23
Ailede kanser tanısı varlığı		
Evet	44	.44
Hayır	56	.56
Sigara kullanma durumu		
Evet	34	.34
Hayır	66	.66
Sigara kullanma sıklığı adet/gün		
3-20 adet/gün	19	.55.8
30-80 adet/gün	16	.47
Alkol kullanma durumu		
Evet	17	.17
Hayır	83	.83
Alkol kullanma sıklığı kadeh/gün		
1-2 kadeh/gün	14	.82.3
3-7 kadeh/gün	3	.17.6

Tablo 2. Hastaların Öz yeterlilik ve Yaşam Kalitesi Puan Ortalamaları

Ölçekler ve Alt Boyutları	Ort ±SS	Min-Max
1)Genel Öz Yeterlik Ölçeği (GÖYÖ)	33.7±5.9	10-40
1.a) Çaba ve direnç alt boyut	19.8±3.9	6-24
1.b.) Yetenek ve güven alt boyut	13.9±2.5	4-16
2)EORTC QLQ C-30 (Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Organizasyonu Yaşam Kalitesi) Ölçeği		
2.a) Semptom ölçeği	32.0±18.1	9-97.44
2.b.) Fonksiyonel ölçek	65.0±20.3	0-100
2.c.) Genel sağlık ölçeği	55.7±25.0	0-100

GÖYÖ puan ortalamalarının karşılaştırıldığında aralarında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($p>.05$). Hastaların cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu, eğitim durumu, kanser tipi, alınan tedavi türü, ailede kanser tanısı varlığı ve sigara, alkol kullanımına ilişkin özellikleri ile EORTC-QLQ-C30'un alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>.05$). Tedavinin uygulanma yeri (hastanede yatarak-ayaktan) ile EORTC-QLQ-C30'un üç alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak farkın anlamlı olduğu, hastanede yatarak tedavi alanların puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmüştür ($p<.001$) (Tablo 3)

Tablo 3: Hastaların Sosyodemografik ve Hastalık Özelliklerine İlişkin Bilgi Durumu ile GÖYÖ ve EORTC-QLQ C-30 Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

EORTC-QLQ C-30 Alt Ölçekleri									
X±SD									
Özellikler	n	GÖYÖ X±SD	p değeri	Semptom Ölçeği X±SD	p değeri	Fonksiyonel Ölçek X±SD	p değeri	Genel Sağlık Ölçeği X±SD	p değeri
Cinsiyet									
Kadın	25	31.88±6.77	.070†	36.82±21.16	.240†	59.37±21.02	.120†	48.00±27.03	.080†
Erkek	75	34.36±5.54		30.46±16.86		66.90±19.85		58.33±23.92	
Medeni durum									
Evli	92	33.89±6.00	.200†	32.05±18.72	.670†	65.24±21.08	.390†	55.16±25.55	.550†
Bekar	8	32.00±5.07		32.05±9.59		62.50±7.07		62.50±17.25	
Eğitim durumu									
Okur-yazar değil	8	32.50±3.74	.320§	30.76±22.39	.490§	64.16±21.81	.530§	48.95±12.93	.110§
İlköğretim	46	34.17±6.50		34.50±17.60		63.76±19.29		52.71±26.53	
Ortaöğretim	11	33.54±3.90		32.16±14.29		62.82±13.37		51.51±15.28	
Lise ve üstü	35	33.51±6.20		29.08±19.13		67.55±23.39		62.61±26.61	
Çalışma durumu									
Çalışıyor	10	34.20±4.96	.990†	23.07±12.79	.070†	70.66±12.77	.440†	59.16±17.76	.870†
Çalışmıyor	90	33.68±6.05		33.04±18.41		64.39±20.93		55.37±25.73	
Kanser Tipi									
Mide kanseri	29	34.10±6.03	.660§	30.50±16.91	.470§	66.66±21.28	.790§	54.31±19.62	.420§
Kolon kanseri	44	33.25±6.63		32.51±17.22		63.83±19.15		56.43±25.08	
Pankreas kanseri	10	31.50±4.50		26.06±9.37		68.88±7.69		52.77±16.38	
Özofagus kanseri	6	34.40±5.81		44.10±24.70		55.55±26.74		40.00±29.34	
Rektum kanseri	6	35.16±3.65		26.92±22.68		70.37±21.75		66.66±39.79	
Böbrek kanseri	5	35.60±2.60		26.15±17.33		73.77±20.02		80.00±13.94	

GÖYÖ: Genel Özyeterlilik Ölçeği, EORTC-QLQ C-30: Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Organizasyonu Yaşam Kalitesi Ölçeği *: Independent t testi, †: Mann whitney U testi, §: Kruskal Wallis testi

Tablo 3: Hastaların Sosyodemografik ve Hastalık Özelliklerine İlişkin Bilgi Durumu ile GÖYÖ ve EORTC-QLQ C-30 Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (Devam)

EORTC-QLQ C-30 Alt Ölçekleri									
Özellikler	n	GÖYÖ X±SD	p değeri	X±SD	p değeri	Fonksiyonel	p değeri	Genel Sağlık	p değeri
				Semptom		Ölçek		Ölçeği	
				X±SD		X±SD		X±SD	
Alınan tedavinin türü									
Cerrahi ve kemoterapi	36	33.25±6.70		32.47±17.51		64.62±17.18		52.77±24.64	
Cerrahi, radyoterapi ve kemoterapi	27	34.00±5.24		33.33±13.82		60.82±22.11		57.40±23.72	
Kemoterapi ve radyoterapi	10	31.60±7.83		42.05±26.84		52.88±25.24		41.66±25.45	
Kemoterapi	27	34.92±4.59	.640§	26.49±18.04	.100§	74.23±17.33	.710§	63.27±25.02	.690§
Tedavinin uygulanma yeri									
Hastanede yatarak	23	33.26±7.46	.850†	49.27±19.61	.000†	65.22±18.31	.000†	36.59±24.58	.000†
Ayaktan	77	33.88±5.44		26.90±14.15		64.91±21.40		61.47±22.25	
Ailede kanser tanısı varlığı									
Evet	44	34.15±4.54	.530*	31.35±19.70	.220*	66.51±21.34	.550*	58.90±22.90	.540*
Hayır	56	33.41±6.85		32.60±16.95		63.84±19.57		53.27±26.48	
Sigara kullanma durumu									
Evet	34	34.20±5.88	.570*	35.52±18.68	.610*	65.22±18.31	.480*	57.35±24.25	.980*
Hayır	66	33.50±5.99		30.26±17.72		64.91±21.40		54.92±25.52	
Sigara kullanma sıklığı adet/gün									
3-20 adet/gün	19	34.47±5.53		36.16±21.56	.840†	65.14±19.24	.760†	50.43±23.31	.150†
30-80 adet/gün	16	34.25±6.44	.940†	34.45±14.47		66.94±18.30		65.10±22.81	
Alkol kullanma durumu									
Evet	17	32.58±6.49	.270†	30.61±15.10	.780†	68.62±17.94	.520†	56.86±21.69	.870†
Hayır	83	33.97±5.82		32.34±18.76		64.28±20.78		55.52±25.74	
Alkol kullanma sıklığı kadeh/gün			.400†		.520†		.850†		.520†
1-2	14	33.42±6.83		31.50±14.79		67.93±19.67		60.71±21.78	
3-7	3	33.00±5.19		23.93±14.80		71.85±6.41		55.55±38.49	

GÖYÖ: Genel Özyeterlilik Ölçeği, **EORTC-QLQ C-30:** Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Organizasyonu Yaşam Kalitesi Ölçeği *: Independent t testi, †: Mann whitney U testi, §: Kruskal Wallis testi

Tablo 4. Öz yeterlilik ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki

	1.a.	1.b.	1.c.	2	2.a.	2.b.
1)EORTC-QLQ C-30 Alt Boyutları						
1.a) Semptom ölçeği	1	0,00**	-0,00**	-0,00**	-0,00**	-0,00**
1.b.) Fonksiyonel ölçek	0,00**	1	-0,00**	-0,00**	-0,00**	-0,02*
1.c.) Genel sağlık ölçeği	-0,00**	-0,00**	1	0,00**	0,00**	0,00**
2) GÖYÖ						
2.a.) Çaba ve direnç alt boyut	-0,00**	-0,00**	0,00**	0,00**	1	0,00**
2.b.) Yetenek ve güven alt boyut	-0,00**	-0,02*	0,00**	0,00**	0,00**	1

*p<0.05 **p<0.01

EORTC-QLQ C-30'un alt boyutu olan semptom ölçeği ile fonksiyonel ölçek arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır ($p<0,001$). Semptom ölçeği ve fonksiyonel ölçeğinin genel sağlık ölçeği ile aralarında negatif yönlü anlamlı bir ilişki vardır ($p<0,001$). Buna göre hastaların semptom ve fonksiyonel sorunları azaldıkça genel sağlıklarına verdikleri puanların arttığı görülmektedir. Semptom ve fonksiyonel ölçek puanlarının artması yaşam kalitesinin azaldığı, genel sağlık ölçeği puanlarının artması ise yaşam kalitesinin arttığı anlamına gelmektedir. GÖYÖ ile semptom ve fonksiyonel ölçek alt boyutları arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki vardır ($p<0,001$). Bu doğrultuda hastaların semptom ve fonksiyonel sorunları arttıkça öz yeterlilikleri azalmaktadır. GÖYÖ ile genel sağlık ölçeği alt boyutu arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki vardır ($p<0,001$). Buna göre hastaların öz yeterlilikleri arttıkça genel sağlıklarına verdikleri puanların arttığı görülmektedir. Dolayısıyla hastaların yaşam kalitesi azaldıkça öz yeterlilikleri azalmaktadır (Tablo 4).

TARTIŞMA

Bu araştırmada hastaların Genel Öz Yeterlilik Ölçeği (GÖYÖ) puan ortalamalarının ortalama değerin üzerinde (yüksek) olduğu belirlenmiştir. Bu bulgu, gastrointestinal sistem kanserli hastaların hastalık süreciyle baş etmede ve tedaviye uyum sağlamada kendilerini yeterli hissettiklerini göstermektedir. Bu sonuç, kanserli hastalarda öz yeterliliğin orta–yüksek düzeyde bulunduğu diğer araştırmalarla paralellik göstermektedir (Omran, Mcmillan, 2018; Akın&Güner, 2019). Benzer şekilde, Akın ve Güner (2019)'in GIS kanserli hastaları da içeren çalışmasında, hastaların öz yeterlilik düzeylerinin yüksek olduğu bildirilmiştir. Bu sonucun da yüksek yaşam kalitesi ve düşük yorgunlukla ilişkili olduğu bildirilmiştir.

Gastrointestinal sistem kanserli hastalarda; hem hastalığın agresif seyri hem de uygulanan tedavilerin neden olduğu semptomlar nedeniyle yaşam kalitesinde azalma görülmektedir (Omran, Mcmillan, 2018; Akın&Güner, 2019). Bu araştırmada hastaların yaşam kalitesi değerlendirildiğinde, EORTC QLQ-C30 ölçeği alt boyutları arasında semptom puan ortalamalarının genel ortalamanın altında (düşük), genel sağlık puanlarının ortalamanın biraz üzerinde, fonksiyonel ölçek puanlarının ise ortalama değerin üzerinde (yüksek) olduğu belirlenmiştir. Bu bulgular, GIS kanserli hastaların genel olarak orta düzeyde yaşam kalitesine sahip olduğunu ve fiziksel fonksiyonlarını büyük oranda koruduklarını göstermektedir. Benzer şekilde, Ozkaraman vd., (2023) gastrointestinal sistem kanserli hastalarda yaşam kalitesinin orta düzeyde olduğunu ve semptom yükünün yaşam kalitesi üzerinde belirgin bir etkisi bulunduğunu bildirmiştir. Ayrıca, Cai vd., (2022) mide kanserli hastalarda yaşam kalitesi puanlarının orta düzeyde olduğunu ve özellikle fiziksel fonksiyon alt boyutunun diğer boyutlara kıyasla daha yüksek değerlendirildiğini belirtmiştir.

Bu sonuçlar, mevcut araştırmadaki bulgularla paralel olup gastrointestinal sistem kanserli hastaların tedavi sürecinde yaşam kalitelerini korumaya yönelik destekleyici yaklaşımların önemini ortaya koymaktadır.

Bu araştırmada, gastrointestinal sistem kanserli hastaların sosyodemografik özelliklerine (cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim, çalışma durumu, kanser tipi, tedavi türü, ailede kanser öyküsü, sigara ve alkol kullanımı) göre öz yeterlilik ve yaşam kalitesi düzeyleri arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Buna karşın, tedavinin uygulandığı yer değişkenine göre fark gözlenmiş; hastanede yatarak tedavi gören

hastaların yaşam kalitesi puan ortalamaları, ayaktan tedavi görenlere göre daha yüksek bulunmuştur. Bu bulgu, hastanede yatarak tedavi gören hastaların semptom yönetimi, ağrı kontrolü ve psikososyal destek açısından daha fazla sağlık profesyoneli gözetiminde olmalarının yaşam kalitesini olumlu etkilediğini göstermektedir. Benzer şekilde, Cai vd., (2022) mide kanserli hastalarda semptom yükünün yaşam kalitesi üzerinde belirleyici olduğunu ve düzenli klinik destek alan bireylerin yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğunu bildirmiştir. Ayrıca Ozkaraman vd., (2023), gastrointestinal kanserli hastalarda yoğun destek ve bakım hizmeti alan bireylerin depresyon ve semptom şiddetinin daha düşük, yaşam kalitelerinin ise daha yüksek olduğunu vurgulamıştır. Bu doğrultuda, hastanede yatarak tedavi gören hastaların daha sık izlenmeleri, semptom kontrolünün kolay sağlanması ve hemşirelik desteğine sürekli erişimlerinin bulunması yaşam kalitesi üzerindeki olumlu farkı açıklayabilir.

Bu araştırmada, gastrointestinal sistem kanserli hastalarda öz yeterlilik düzeyi arttıkça yaşam kalitesinin de arttığı belirlenmiştir. Öz yeterliliği düşük olan hastalarda semptom ve fonksiyonel alt boyutlardan alınan puanların yüksek olduğu, öz yeterlilik düzeyi arttıkça genel sağlık algısının da yükseldiği görülmüştür. Bu bulgu, öz yeterlilik ile yaşam kalitesi arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki bulunduğunu göstermektedir.

Benzer şekilde, Akın ve Güner (2019) gastrointestinal sistem kanserli hastalarda yüksek öz yeterliliğin daha yüksek yaşam kalitesi ve daha düşük yorgunluk düzeyleriyle ilişkili olduğunu bildirmiştir. Omran ve McMillan (2018) da kanserli bireylerde öz yeterlilik düzeyinin yaşam kalitesini doğrudan etkilediğini ve öz yeterliliği yüksek hastaların tedavi sürecinde daha aktif rol üstlendiğini belirtmiştir. Ayrıca,

Kim vd., (2023) mide kanseri hastalarında öz yeterliliğin tedaviye uyum ve yaşam kalitesi arasında aracı bir rol oynadığını, öz yeterliliği yüksek bireylerin hem fiziksel hem psikolojik iyilik hâllerinin daha iyi olduğunu göstermiştir. Ozkaraman vd., (2023) ise gastrointestinal kanserli hastalarda öz yeterliliğin semptom yönetimi, depresyon kontrolü ve yaşam kalitesi üzerinde koruyucu bir etkiye sahip olduğunu vurgulamıştır. Bu bulgular, mevcut çalışmayla paralellik göstermektedir. Öz yeterliliği yüksek hastalar, hastalık sürecinde semptomlarını daha etkin yönetebilmekte, tedaviye daha iyi uyum sağlamak ve yaşam kalitelerini koruyabilmektedir. Bu durum, öz yeterliliği güçlendirmeye yönelik hemşirelik girişimlerinin gastrointestinal sistem kanserli hastalarda yaşam kalitesini artırmada önemli bir etken olabileceğini ortaya koymaktadır.

Sınırlılıklar

Bu araştırma kurum izni alınan üniversite hastanesinde bulunan hastalar ile sınırlıdır. Araştırmada elde edilen veriler, kullanılan ölçek ve araştırma grubu ile sınırlıdır.

SONUÇLARIN UYGULAMADA KULLANIMI

Öz yeterlilik, refahın ve semptom yönetiminin etkili bir bileşeni olarak kabul edilmektedir (Johansson vd., 2018). Bu nedenle, öz yeterlilik düzeylerindeki azalma, hastaların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilir. Bu bağlamda, yapılan araştırmada GİS kanserli hastaların yaşam kalitesi ile öz yeterlilik düzeyleri arasındaki ilişki incelenmiştir. Araştırma sonucunda, GİS kanserli hastaların öz yeterlilik düzeylerinin yaşam kalitelerini pozitif yönde etkilediği ortaya çıkmıştır.

Bu bulgular, onkoloji hemşirelerinin hastaların öz yeterlilik düzeylerini değerlendirmelerinin önemini ortaya koymaktadır. Öz yeterlilik

değerlendirmesi, kanser hastalarında tanı sonrasında semptomları azaltmak, işlevsel durumu iyileştirmek ve yaşam kalitesini artırmak amacıyla yapılmalıdır. Değerlendirmelerin mümkün olan en erken dönemde yapılması önerilmektedir. Öz yeterliliği düşük bulunan hastalar, psikolojik destek kaynaklarına yönlendirilebilir. Ayrıca, her değerlendirme, hastanın mevcut durumu göz önünde bulundurularak yapılmalı ve öz yeterliliği geliştirmeye yönelik girişimler belirlenmelidir. Bu girişimlerin etkinliği, uygulama aşamasında ve sonrasında izlenmeli ve değerlendirilmelidir. Öz yeterliliği artırmaya yönelik eğitim programları ve danışmanlık hizmetlerinin onkoloji hemşireliği uygulamalarına entegre edilmesi önerilebilir.

Bilgilendirme

Yazarlar arasında herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır. Sorumlu olduğumuz araştırmada herhangi bir firma ile çıkar ilişkisi yoktur. Araştırma ile ilgili herhangi bir proje ya da firmadan destek alınmamıştır. Araştırma bütçesi, araştırmacılar tarafından karşılanmıştır. Yazarların katkı oranı beyanı şöyledir: Fikir/kavram: EK; Tasarım: EK; Gözetim: EK,YY,ÖÜ; Araç gereç:EK,YY; Veri toplama ve/veya işleme: EK,YY,ÖÜ; Analiz ve/veya yorum: YY,EK,ÖÜ; Literatür tarama: EK,YY; Yazma: EK,YY; Eleştirel inceleme: ÖÜ,EK,YY; Araştırmanın bütçesi: EK,YY,ÖÜ. Araştırmacılar tarafından araştırmanın yürütüldüğü kurumdan yazılı izin ve etik kurul onayı (25.05.2022 tarihi ve 2022/19-15 karar numarası) alınmıştır.

Teşekkür

Bu çalışmaya gönüllü katılım sağlayan tüm kanser hastalarına teşekkür ederiz.

KAYNAKLAR

Aaronson, NK., Ahmedzai, S., Bergman, B. (1993).

The european organization for research and Treatment of cancer QLQ-C30: A quality-of-life. *International Clinical Trials In Oncology*.85: 365–376.

Altıntaş, B. & Altıntaş, M. (2023). Öz-Yeterlilik ve Çalışmaya Tutkunluk İlişkisi Üzerine Bir Araştırma. *Journal of Social, Humanities and Administrative Sciences*, 9(61):2366-2376.

Akin, S., & Kas Guner, C. (2019). Investigation of the relationship among fatigue, self-efficacy and quality of life during chemotherapy in patients with breast, lung or gastrointestinal cancer. *European Journal of Cancer Care*, 28(1), 12898.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191–215.

Bauer, M.R., Bright, E. E., MacDonald, J. J., Cleary, E.H., Hines, O.J., & Stanton, A.L. (2018). Quality of life in patients with pancreatic cancer and their caregivers: a systematic review. *Pancreas*, 47(4), 368-375.

Beser, N & Öz, F. (2003). Kemoterapi alan lenfomalı hastaların anksiyete depresyon düzeyleri ve yaşam kalitesi. *Celal Bayar Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 7(1): 47-58.

Cai, J., Lin, Y., & Zhou, X. (2022). Functional status and quality of life in gastric cancer patients: The mediating role of symptom burden. *Supportive Care in Cancer*, 30(5), 4263–4271. <https://doi.org/10.1007/s00520-021-06768-9>

Catto, J. W., Downing, A., Mason, S., Wright, P., Absolom, K., Bottomley, S., ... & Glaser, A. W. (2021). Quality of life after bladder cancer: a cross-sectional survey of patient-reported outcomes. *European urology*, 79(5), 621-632.,

Chin, C. H., Tseng, L. M., Chao, T. C., Wang, T. J., Wu, S. F., & Liang, S. Y. (2021). Self-care as a mediator between symptom-management self-efficacy and quality of life in women with breast

cancer. *PloS one*, 16(2), e0246430.

Çeltek, N.Y., & İsmail, O. (2016). Palyatif Bakımda Hasta Değerlendirmesi ve Skalalar. *Klinik Tıp Aile Hekimliği*, 8(3), 6-10.

Eom, B.W., Lee, J., Lee, I.S., Son, Y.G., Ryu, K.W., Kim, S.G.,& Lee, H.J. (2021). Development and validation of a Symptom-Focused quality of life questionnaire (KOQUSS-40) for gastric cancer patients after gastrectomy. *Cancer Research and Treatment: Official Journal of Korean Cancer Association*, 53(3), 763.

Fayers, P., Bottomley, A. EORTC Quality of Life Group. (2002). Quality of life research within the EORTC - the EORTC QLQ-C30. *European Journal of Cancer*, 38, 125-133.

Guo, Z. Q., Yu, J. M., Li, W., Fu, Z. M., Lin, Y., Shi, Y. Y. ve ark. (2020). Investigation on the Nutrition Status and Clinical Outcome of Common Cancers (INSCOC) Group. Survey and analysis of the nutritional status in hospitalized patients with malignant gastric tumors and its influence on the quality of life. *Supportive Care in Cancer*, 28, 373-380.

Han, D.S., Ahn, J., Ahn, H.S. (2021). Are the elderly patient's changes in the health-related quality of life one year after gastrectomy for stomach cancer different from those in young patients?. *Annals of surgical treatment and research*, 100(1), 8.

Haugland, T., Wahl, A.K., Hofoss, D., DeVon, H.A. (2016). Association between general self-efficacy, social support, cancer-related stress and physical health-related quality of life: a path model study in patients with neuroendocrine tumors. *Health and quality of life outcomes*, (14), 1-7.

Hebdon, M.C.T., Coombs, L.A., Reed, P., Crane, T.E., Badger, T.A. (2021). Self-efficacy in caregivers of adults diagnosed with cancer: An integrative review. *European Journal of Oncology Nursing*, 52, 101933.

Johansson, A.C., Brink, E., Cliffordson, C., Axelsson, M. (2018). The function of fatigue and illness perceptions as mediators between self-efficacy and health-related quality of life during the first year after surgery in persons treated for colorectal cancer. *Journal of Clinical Nursing*, 27(7-8), 1537-1548.

Kavak, F., Özdemir, A., Dural, G. (2021). The Relation between spiritual wellbeing and psychological resilience among patients diagnosed with advanced gastrointestinal cancer. *Current Psychology*, 40(4), 1788-1794.

Kim, J. Y., Lee, S. H., & Park, H. J. (2023). The mediating effect of self-efficacy on treatment adherence and quality of life among gastric cancer survivors. *BMC Cancer*, 23(1), 1123. <https://doi.org/10.1186/s12885-023-11235-y>

Kouhestani, M., Gharaei, H.A., Fararouei, M., Ghahremanloo, H.H., Ghaiasvand, R., & Dianatinasab M. (2022). Global and regional geographical prevalence of depression in gastric cancer: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 12(4), 526-e536.

Merluzzi, T.V., Pustejovsky, J.E., Philip, E.J., Sohl, S. J., Berendsen, M., Salsman, J. M. (2019). Interventions to enhance self-efficacy in cancer patients: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Psycho-Oncology*, 28(9), 1781-1790.

Omran, S., & Mcmillan, S. (2018). Symptom severity, anxiety, depression, self-efficacy and quality of life in patients with cancer. *Asian Pacific journal of cancer prevention: APJCP*, 19(2), 36

Ozkaraman, A., Kazak, A., Dudaklı, N., & Özen, H. (2023). Evaluation of the effect of self-efficacy on symptoms in gastrointestinal cancer patients. *Journal of Palliative Care*, 38, 207-214. <https://doi.org/10.1177/08258597221125286>

Péus, D., Newcomb, N., Hofer, S. (2013). Appraisal of the Karnofsky Performance Status and Proposal of a Simple Algorithmic System for its Evaluation.

BMC MedInform, 13:72.

Sağlık Bakanlığı. (2018). *Kanser istatistikleri 2018*. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-istatistikleri>

Tantoy, I. Y., Cooper, B. A., Dhruva, A., Cataldo, J., Paul, S. M., Conley, Y. P., ... & Miaskowski, C. (2018). Quality of life of patients with gastrointestinal cancers undergoing chemotherapy. *Quality of Life Research*, 27, 1865-1876.,

Tiftik, R.N., Yurtsever, A.S., (2022). Gastrointestinal Sistem Kanserlerinin Tedavisinde İlaç Direncinin Moleküler Mekanizmaları, Akademisyen Kitabevi A.Ş

Uluçay, Ç. (2019). Gastrointestinal sistem kanser tanısı almış yatan hastalarda uyku ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi (Haliç Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi). İstanbul

Ülker, Y. (2023). Tip 2 diyabetli bireylerde tedaviye uyum ve öz yeterlilik düzeyinin glukoz regülasyonu ile ilişkisinin incelenmesi (Master's thesis, Hasan Kalyoncu Üniversitesi

Ünnü, S.Ç., Ünek, İ.T., Topaloğlu, Ö. (2021). Metastatik Mide ve Kolorektal Kanserli Hastalarda Kemoterapinin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. İzmir Tepecik Eğitim Hastanesi Dergisi, 31(2), 209-218.

Yaşar, Z., Üstündağ, H. (2021). Stomalı Hastaların Yaşam Kalitesi ve Öz Yeterlilik Düzeylerinin Belirlenmesi. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 8(1), 107-115.

Yıldırım, F., İlhan, İ.Ö. (2010). Genel özyeterlilik ölçeği türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 21(4), 301-308

Xie, Z., Liu, K., Or, C., Chen, J., Yan, M., & Wang, H. (2020). An examination of the socio-demographic correlates of patient adherence to self-management behaviors and the mediating roles of health attitudes and self-efficacy among patients with coexisting type 2 diabetes and hypertension. *BMC Public Health*, 20,

1-13.

Xu, A., Wang, Y., Wu, X. (2019). Effectiveness of e-health based self-management to improve cancer-related fatigue, self-efficacy and quality of life in cancer patients: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 75(12), 3434-3447.

Xu, S, Zhang, Z, Wang, A, Zhu, J, Tang, H, Zhu, X. (2018). Effect of Self-efficacy Intervention on Quality of Life of Patients With Intestinal Stoma. *Gastroenterol Nurs*. 41(4):341-346.

ORIGINAL ARTICLE / ORJİNAL MAKALE

The Effect of Social Support Perception on Attitude Towards Early Diagnosis of Cervical Cancer in Orthopedically Disabled Women

Ortopedik Engelli Kadınlarda Sosyal Destek Algısının Serviks Kanserinin Erken Teşhisine Yönelik Tutumu Üzerine Etkisi



Sidar Gül¹



Ayşegül Kılıçlı²

¹ Assistant Prof., Phd, Midwifery Department, Faculty of Health Sciences, Siirt University, Siirt City, Türkiye,

² Assistant Prof., Phd, Nursing Department, Faculty of Health Sciences, Mus Alparslan University, Mus, Türkiye,

Geliş: 08.12.2023, Kabul: 07.08.2025

Abstract

Background: One of the important factors affecting cervical cancer prevention behaviours of orthopedically disabled women is the perception of social support.

Objectives: This study was conducted to examine the effect of social support perception on the attitude towards early diagnosis of cervical cancer in orthopedically disabled women.

Methods: The study, which was designed to be descriptive was carried out with 105 disabled women. The study was conducted with orthopedically disabled woman who were treatmented to the physical therapy and rehabilitation unit of a training and research hospital between March-December 2022. A descriptive information form, Attitude towards Early Diagnosis of Cervical Cancer Scale, and Multidimensional Perceived Social Support Scale were used to collect data. Descriptive statistical methods (mean, standard deviation), pearson correlation for relationship analysis, and linear regression analysis for effect level analysis were used in data analysis.

Results: The mean scores of Attitude towards Early Diagnosis of Cervical Cancer Scale was determined as 77.16 ± 12.42 and the mean scores of Multidimensional Perceived Social Support Scale was 46.77 ± 7.40 . The effect of the perceived social support was found to be effective in increasing the attitude towards early diagnosis of cervical cancer ($p = .001$). The total perceived social support score explained 41.6% of the total variance in the dependent variable of attitude towards early diagnosis of cervical cancer.

Conclusion: Orthopedically disabled women with poor perceived social support had more negative attitudes towards cervical cancer screening. Therefore, health professionals should be aware of orthopedically disabled women's social support and attitudes towards cancer when planning information and promotion programmes to promote attendance at screening cancer.

Keywords: Disabled Women, Early Diagnosis, Cervical Cancer, Social Support.

Sorumlu Yazar: Sidar GÜL, Associate Professor, Phd, Midwifery Department, Faculty of Health Sciences, Siirt University, Siirt, Türkiye. **Email:** sidaraytekin@gmail.com, **Tel:** (90) 541 432 37 40

Nasıl Atf Yapılır: Gül S, Kılıçlı A, The Effect of Social Support Perception on Attitude Towards Early Diagnosis of Cervical Cancer in Orthopedically Disabled Women. Etkili Hemşirelik Dergisi. 2025;18(4): 606-617

Journal of Nursing Effect published by Cetus Publishing.



Journal of Nursing Effect 2025 Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License

Öz

Giriş: Ortopedik engelli kadınların serviks kanserinden korunma davranışlarını etkileyen önemli faktörlerden biri sosyal destek algısıdır.

Amaç: Bu araştırma, ortopedik engelli kadınlarda sosyal destek algısının serviks kanserinin erken teşhisine yönelik tutumu üzerine etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Tanımlayıcı olarak tasarlanan çalışma 105 engelli kadın ile yürütülmüştür. Çalışma, Mart-Aralık 2022 tarihleri arasında bir eğitim ve araştırma hastanesinin fizik tedavi ve rehabilitasyon ünitesinde tedavi gören ortopedik engelli kadınlarla yürütülmüştür. Veri toplamak için tanımlayıcı bilgi formu, Serviks Kanseri Erken Teşhisine Yönelik Tutum Ölçeği ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği kullanılmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemler (ortalama, standart sapma), ilişki analizi için pearson korelasyon, etki düzeyi analizi için linear regresyon analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Serviks Kanseri Erken Tanıya Yönelik Tutum Ölçeği puan ortalaması 77.16 ± 12.42 ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği puan ortalaması 46.77 ± 7.40 olarak belirlenmiştir. Algılanan sosyal desteğin serviks kanserinin erken tanısına yönelik tutumu artırmada etkili olduğu bulunmuştur ($p = .001$). Toplam algılanan sosyal destek puanı, serviks kanserinin erken tanısına yönelik tutum bağımlı değişkenindeki toplam varyansın %41,6'sını açıklamaktadır.

Sonuç: Algılanan sosyal desteği zayıf olan ortopedik engelli kadınların serviks kanseri taramasına yönelik tutumları daha olumsuzdur. Bu nedenle, sağlık profesyonelleri kanser taramalarına katılımı teşvik etmek için bilgilendirme ve tanıtım programları planlarken ortopedik engelli kadınların sosyal desteklerinin ve kansere yönelik tutumlarının farkında olmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Engelli Kadınlar, Erken Tanı, Serviks Kanseri, Sosyal Destek.

INTRODUCTION

Cervical cancer is the commonest type of gynaecological cancer in women and is estimated to be the leading cause of cancer deaths globally. According to the World Health Organization (WHO), there were an estimated 604,000 incidences and 342,000 fatal cases in 2020. In 2020, about 90% of deaths from cervical cancer occur in low- and middle-income countries (WHO, 2022). Women with disabilities, who are a more specialised group among women, have more difficult access to preventive health services due to their restricted participation in social life (Hunt et al., 2017). According to WHO, it is estimated that 1.3 billion individuals globally have a serious disability. This is about 16% of the global population or about one in six people. It is known that the majority of this group is orthopedically disabled (WHO, 2023).

In Turkey, 16.2% of the population is experience both a long-standing health condition and difficulty with basic activities and 13.7% of this group is orthopedically disabled (Republic of Turkey, 2023). These rates show that there are a considerable number of orthopedically disabled people.

It is becoming increasingly difficult for women with disabilities, who experience social exclusion and are in disadvantaged positions, to access health services. Delay in access to health services by women with disabilities leads to increased morbidity and mortality rates, especially in early diagnosed diseases. There are many factors affecting early diagnosis behaviour in cervical cancer. These factors are structural and behavioural factors such as education level, economic status, health insurance, social support from family and environment (Edwards,

Sakellariou & Anstey, 2020; Steuperaert & Michielsen, 2022; Ramjan, Cotton, Algosio & Peters, 2016). International literature on the subject is analyzed; Choi et al. conducted a study (2021) in Korea and found that disabled women with cervical cancer were diagnosed at later stages, received less treatment, and had higher mortality rates compared to non-disabled patients. The same study emphasized that women with disabilities need social support (Choi et al., 2021). Shin et al. conducted a study (2021) in South Korea that reported that women with disabilities seeking help for basic needs lacked cervical cancer screening (Kuroki et al., 2021). Analyzing the studies conducted at the national level, Kilic, Tastan, Guvenc & Akyuz reported that (2019) in Turkey, the participation of women with disabilities in cervical cancer screening was low. They generally did not participate in cervical cancer screening because they were dependent on others for help (Kilic, Tastan, Guvenc & Akyuz, 2019). In addition, inequitable conditions, these include the impact of discrimination, stigma, financial poverty, exclusion from the educational and employment system and barriers encountered within the health care system itself, increase health inequalities in terms of early detection behaviours of cervical cancer (WHO, 2022).

The global initiative to eliminate cervical cancer as a public health problem by 2020, agreed by the World Health Assembly, proposes a comprehensive approach to the prevention and control of cervical cancer (WHO, 2020). The proposed actions include lifelong interventions for the prevention and early detection of cervical cancer. It is essential to be aware of the social support that women with disabilities receive when planning health services and training to be provided as part of cervical cancer preventative, screening and early diagnosis programmes (Choi

et al., 2021). Therefore, the purpose of the present study was to investigate the effect of social support perception on the attitude towards early diagnosis of cervical cancer in orthopedically disabled women. In line with this aim, answers to the following specific questions were sought:

1. How is the attitudes towards early diagnosis of cervical cancer of orthopedically disabled women?
2. What is the level of social support perception of orthopedically disabled women?
3. Is there a relationship between perceived social support and attitude towards early diagnosis of cervical cancer?
4. What is the effect of perceived social support on the attitude towards early diagnosis of cervical cancer?

METHODS

Type of Research

This study was carried out as a descriptive design.

Place and Duration of Research

The study was conducted with orthopedically disabled woman who were treatmented to the physical therapy and rehabilitation unit of a training and research hospital between March-December 2022.

Universe and Sample

The universe of the study involved 250 orthopedically disabled women who registered at the hospital's physiotherapy and rehabilitation department. A convenience sample of 105 orthopedically disabled women who met the inclusion criteria was recruited. Eligibility criteria included having an orthopaedic disability, being aged between 21 and 65 years (as part of the cervical cancer screening programme - national guidelines), had experienced sexual intercourse, being literate in Turkish and consenting to

participate in the study. Excluded from the study were participants who had hysterectomy with cervix removal or cervical cancer and who diagnosed with any psychiatric disorders. The post hoc power analysis of the research was calculated using G* Power 3.1.9.7 programme (Faul, Erdfelder, Lang & Buchner, 2007). As a result of the calculation performed using the research data with a total sample size of 105, the correlation value of the research was calculated as .785 and the power of the research was calculated as $(1-\beta)$.99 with a 5% margin of error ($\alpha=.05$) for correlation analysis.

Data Collection Tools

Measures included a descriptive information form, the Attitude towards Early Diagnosis of Cervical Cancer Scale (AEDCCS), and Multidimensional Perceived Social Support Scale (MPSSS).

Descriptive Information Form

This form, designed by the researchers in accordance with the literature (Edwards et al., 2020; Gözüyeşil, Ariöz Düzgün & Ünal Aslan, 2019; Mongsawaeng et al., 2016). Includes information about the participants' sociodemographic characteristics, disability characteristics, and knowledge about cervical cancer. The form consisted of 15 questions.

Attitude towards Early Diagnosis of Cervical Cancer Scale

Özmen and Özsoy was developed and structured the scale to investigate the four sub-dimensions of the Health Belief Model (Özmen & Özsoy, 2009). In the scale, nine items for "Perceived Sensitivity" sub-dimension, eight items for "Perceived Seriousness" sub-dimension, seven items for "Perceived Obstacles" sub-dimension, six items for "Perceived Benefit" sub-dimension. Of the 30 items in the 5-point Likert-type scale,

22 are positive and eight are negative (questions numbered 3, 6, 8, 15, 17, 24, 25 and 27). The lowest score is 30 and the highest score is 150. High scores on the scale indicate that the person has a positive awareness of cervical cancer screening. Özmen and Özsoy reported (2009) that the Cronbach's alpha coefficient of the scale was calculated to be .89, and in the present study the, Cronbach's alpha coefficient was calculated to be .89.

Multidimensional Perceived Social Support Scale

Eker & Aslan conducted validity and reliability tests on the scale developed by Zimet et al. (Eker & Aslan, 2017; Zimet, Dahlem, Zimet & Farley, 1988). The 7-point Likert-type scale comprises 12 items and three sub-dimensions (family, friends, and a special person). Each item can be given a minimum score of 1 and a maximum score of 7. The higher the score for each item, the higher the perceived social support. Eker & Aslan reported that (2017) the Cronbach's alpha coefficient of the scale was .89, and in this study, the Cronbach's alpha coefficient was determined to be .93.

Data Collection

Before giving the questionnaires to the respondents, the purpose of the research had been explained and written consent had been obtained from the respondents who had volunteered to take part in the study. Participants were provided with the questionnaire and filled in individually. It took approximately 15-20 minutes for the participants to fill out the forms.

Evaluation of Data

The Statistical Package for Social Science (SPSS) 22 was used to analyse the data (IBM, Armonk, NY, USA). Number, percentile, mean ($\bar{X}$), and standard deviation (SD) were used. The

Pearson Correlation test was used to comparison scale scores. Linear regression analysis was used to analyze the relationship of the total AEDCCS scores with the total MPSSS score. The statistical significance level was determined as $p < .05$, and the 95% confidence interval level was accepted.

Ethical Considerations

The present study was carried out in the context of the Declaration of Helsinki. The ethics permission was granted by the Ethics Committee for Non-Interventional Clinical Research (date of application: 5/01/2022, date of approval: 18/02/2022, and number: 2167), and written permission was obtained from the Provincial Health Directorate (Approval date: 25/02/2022, and number: E-52487384-424.97). Written informed agreement was provided by the study participants.

RESULTS

The mean age of the participants was 42.8 ± 12.10 years, and their mean age of first sexual intercourse was 28.4 ± 3.8 years. 49.5% had children mean number of children 2.5 ± 1 (Minimum: 1- Maximum: 4). 68.5% of the participants were primary school graduates, 84.7% of the participants were not employed,

and 61.9% had a low level of economic status perception. The characteristics of the disability status of the participants showed that 66.6% of them became disabled later in life, and 40.3% of them had a disability for 25 years or more. 53.3% of the participants use an assistive device, and the most common assistive device is a wheelchair (80.0%).

69.5% of the participants were not informed about the cervical cancer. 72.3% of participants had not undergone a Pap smear test. 76.1% of the participants were not informed about HPV vaccine and only 4.7% of them had been vaccinated with HPV vaccine.

The mean AEDCCS score of the participants was 77.16 ± 12.42 , while the mean MPSSS score was 50.30 ± 14.28 (Table 1).

There was a statistically significant, positive, and high-strength relationship between participants' AEDCCS total scores and the MPSSS total ($r = .785$, $p = .001$), family ($r = .812$, $p = .005$), friends ($r = .723$, $p = .013$), and a special person ($r = .782$, $p = .030$) sub-dimension scores. There was a statistically significant, positive, and high-strength relationship between participants' perceived sensitivity sub-dimension scores and

Table 1. The Distribution of Total and Sub-dimension Values of Participants' the AEDCCS and MPSSS

Scales and sub-dimensions	Number of item	Score range	Mean $\pm$ SD*	Min. – Max.**
Total AEDCCS	30	30-150	77.16 $\pm$ 12.42	40-105
Perceived Sensitivity	9	9-45	23.14 $\pm$ 3.16	15-40
Perceived Seriousness	8	8-40	21.41 $\pm$ 4.12	18-35
Perceived Obstacles	7	7-35	20.25 $\pm$ 3.28	15-28
Perceived Benefits	6	6-30	12.36 $\pm$ 3.47	9 -20
Total MPSSS	12	12-84	50.30 $\pm$ 14.28	24-78
Family	4	4-28	23.45 $\pm$ 8.75	11-26
Friends	4	4-28	12.53 $\pm$ 4.16	9-28
A special person	4	4-28	14.32 $\pm$ 5.75	9-23

MPSSS: Multidimensional Perceived Social Support Scale

AEDCCS: Attitude towards Early Diagnosis of Cervical Cancer Scale

*Standart deviation, **Min-Max: Minimum- Maximum

the MPSSS total ($r = .756$, $p = .001$), family ($r = .803$, $p = .003$), friends ($r = .721$, $p = .043$), and a special person ($r = .762$, $p = .038$) sub-dimension scores. There was a statistically significant, positive, and high-strength relationship between participants' perceived benefit sub-dimension scores and the MPSSS total ($r = .781$, $p = .001$), family ($r = .793$, $p = .001$), friends ($r = .735$, $p = .012$), and a special person ($r = .781$, $p = .021$) sub-dimension scores. There was a statistically significant, negative, and high-strength relationship between participants' perceived obstacles sub-dimension scores and the MPSSS total ($r = -.743$, $p = .001$), family ($r = -.832$, $p = .002$), friends ($r = -.751$, $p = .021$), and a special person ($r = -.798$, $p = .012$) sub-dimension scores (Table 2).

AEDCCS score, and this result was found to be statistically significant ($p = .001$) (Table 3).

Table 3. The Effect of the Total MPSSS on the Total AEDCCS

Scale	Total AEDCCS			
	B*	SD**	B***	p
Total MPSSS	.708	1.520	.718	.001
R: .645 R ² : .416 Adj. R ² : .414 p = .001				

MPSSS: Multidimensional Perceived Social Support Scale

AEDCCS: Attitude towards Early Diagnosis of Cervical Cancer Scale

*Coefficient B; **Standard deviation; ***Standardized beta coefficient; ****Confidence interval of 95%; R²: R-squared; Adj. R²: Adjusted R-squared

Table 2. The Relationship Between Values Of Participants' the AEDCCS and the MPSSS

MPSSS		Perceived Sensitivity	Perceived Seriousness	Perceived Obstacles	Perceived Benefits	Total AEDCCS
Family	r*	.803	.16	-.832	.793	.812
	p	.003	.22	.002	.001	.005
Friends	r*	.721	.117	-.751	.735	.723
	p	.043	.35	.021	.012	.013
A special person	r*	.762	.215	-.798	.781	.782
	p	.038	.61	.012	.021	.030
Total MPSSS	r*	.756	.036	-.743	.781	.785
	p	.001	.08	.001	.001	.001

MPSSS: Multidimensional Perceived Social Support Scale

AEDCCS: Attitude towards Early Diagnosis of Cervical Cancer Scale

*Pearson's correlation coefficient

Table 3 shows the regression analysis between the total AEDCCS score as the dependent variable and the total MPSSS score as the independent variable. A one-unit increase in the MPSSS total score increased the AEDCCS total score by a factor of 0.71 ($\beta = .718$, $p = .001$). The total MPSSS score explained 41.6% of the total variance in the dependent variable of the total

DISCUSSION

In the present study, which was conducted to examine the relationship between perceptions of social support and attitudes towards early diagnosis of cervical cancer in women with orthopedic disabilities, two main findings were discussed in line with the literature. Firstly, it was determined that the mean scores

of the attitude scale towards early diagnosis of cervical cancer and the multidimensional perceived social support scale of orthopedically disabled women were at a moderate level. Secondly, it was determined that social support positively affected women's attitudes towards early diagnosis of cervical cancer, and as the social support perceived by family, friends, and a special person increased, the perceived sensitivity and benefit towards early diagnosis of cervical cancer increased, and the perceived barrier decreased.

In the present study, it was determined that the mean scores of the attitude scale towards early diagnosis of cervical cancer of women with orthopedic disabilities were at a moderate level. When the literature was examined, it was reported that the evaluation of attitudes towards early diagnosis of cervical cancer was primarily performed on healthy individuals without any disability, and the attitudes of women were reported to be at a moderate level. The mean total AEDCCS scores were 72.24 ± 8.36 in the study of Durmaz et al. (2021), 95.3 ± 18.6 in the study of Duru & Topatan (2023), 77.49 ± 11.2 in the study of Gözüyeşil et al. (2019) (Durmaz, Özdemir, Adana & Kurt, 2021; Duru & Topatan, 2023; Gözüyeşil et al., 2019). Also, one study reported that 68.2% of women had moderate attitudes (Mongsawaeng et al., 2016). The findings of this study are similar to the literature, and it should be ensured that individuals with any disability should be prioritized in screening as well as healthy individuals in the society for early diagnosis of cervical cancer, and women with disabilities should also benefit from screening services by raising social awareness on this issue. In addition, although the results of the study are similar to the literature, there may be different reasons for the low awareness of early

diagnosis behavior of cervical cancer due to the disability status of the participants.

With the increase in perceived sensitivity in the individual, the possibility of performing healthy behaviors also increases (Prestwich, Kenworthy & Conner, 2024; Ahmed, Yakout & Tosson, 2022). In this study, it was found that the mean perceived sensitivity score of orthopedically disabled women was at a moderate level. Similar to the present study, Yeşildağ & Yılmaz reported that (2023) the mean perceived susceptibility score in the study was $24.68 \pm 8.363.45$. It was also determined that 72.3% of the women did not have a pap test in the present study. In our country, the rate of women having Pap tests varies between 24.8% and 66.1% (Bakan, Aslan & Yıldız, 2021; Turkish Ministry of Health, 2021). Ahmed et al. reported that (2022) health protective education given to women increased perceived sensitivity. In the study, it was determined that the sensitivity perceptions of women with orthopedic disabilities were not at the desired level. This situation also reduced the likelihood of performing early diagnosis behaviors. It is very important in terms of public health to continue training and counseling services that increase sensitivity towards early diagnosis behaviors in disadvantaged groups and to plan screenings in a way to prioritize these groups.

The perception of seriousness includes the evaluation of both medical and clinical consequences of a disease (Prestwich et al., 2024). In this study, it was determined that the seriousness perceived by women with orthopedic disabilities was at a moderate level. In addition, the majority of women did not have sufficient information about HPV vaccine, and 4.7% of those who had information had the HPV vaccine. Duru & Topatan (2023) reported the average

perceived seriousness of women regarding early diagnosis of cervical cancer as 20.20 ± 4.11 , which is at a moderate level. It is necessary to raise awareness on this issue by targeting all segments of the society in educational planning for early diagnosis behaviors of cervical cancer.

In the present study, the obstacle perceived by women with orthopedic disabilities towards early diagnosis behaviors of cervical cancer was at a moderate level. Similarly, the mean perceived obstacle scores were 21.0 ± 3.0 in the study of Gözüyeşil et al. (2019) and 22.7 ± 7.1 in the study of Duru and Topatan (2023) (Gözüyeşil et al., 2019; Duru & Toptan, 2023). Huhmann reported that (2020) sociocultural structure, religious and cultural health beliefs such as fatalism may constitute an obstacle to early diagnosis behavior. Duru & Topatan reported that (2023) fatalism is an important barrier in screening. These results show that women with orthopedic disabilities face many difficulties in accessing preventive and rehabilitative health services, and that they should be provided access to preventive services to eliminate the barrier they perceive for early diagnosis behaviors of cervical cancer and benefit from their health rights adequately like other individuals.

Perceived benefit is the belief that the person can prevent the disease when she performs the behavioral change (Prestwich et al., 2024). In the present study, it was found that the perceived benefit of women with orthopedic disabilities was at a moderate level. Similarly, the mean perceived benefit scores were 12.68 ± 3.7 in the study of Gözüyeşil et al. (2019) and 13.49 ± 2.6 in the study of Durmaz et al. (2021). This situation shows that women's beliefs about cancer prevention are not at the desired level as a result of their low awareness of early diagnosis behavior of cervical cancer.

Women with disabilities undoubtedly need support in utilizing preventive health services (Adegboyega, Aleshire, Dignan & Hatcher, 2019). In this study, it was determined that the social support perceived by women was at a moderate level, and social support positively affected women's attitudes towards early diagnosis of cervical cancer. In the study conducted by Murshid et al. (2023), women with disabilities in Bangladesh, the mean MPSS total score was 61.36 ± 5.75 , which is higher than our study (Murshid et al., 2023). Similarly, Tatar & Ersin reported that (2021); the total MPSS score of women with disability in Turkey was 59.6 ± 15.51 , which is higher than the MPSS score in our study (Tatar & Ersin, 2021). This difference suggests that more research is needed, as many factors related to the social support perceived by women with disabilities are still unclear and have not been analyzed in detail.

When the MPSS sub-dimensions in the current study were examined, women with disability perceived higher support from family and less support from friends and a special person. In the study conducted by Papa, Koutelekos, Stefanidou, Chrysovitsanou & Polikandrioti (2021) with women with multiple sclerosis who were in the disability category, the median of the MPSS family sub-dimension was 24.0 (min: 19.5-max: 26.0) and the median of the special someone sub-dimension was 24.0 (min: 22.0-max: 28.0) and it was found that the median of the friend sub-dimension was 19.0 (min: 16.0-max: 23.5) and it was perceived lower (Papa et. al; 2021). Like this study, Ersin & Tatar found that disabled women had a higher average score of 22.3 ± 5.13 in the family subscale of the MPSS scale (Tatar & Ersin, 2021). Due to societal perceptions of isolation among disabled individuals and the cultural emphasis on strong family relations in

the region, there is an expectation that disabled people will primarily receive support from their families. It is anticipated that the level of family support will be higher than the average score.

In the present study, it was found that as the support received by family, friends, or a special person increases, the sensitivity and benefit perceived by women toward early diagnosis of cancer increases, and the barrier decreases. When the literature was analyzed, the authors did not come across a study similar to the sample group and scales used in the present study. In addition to contributing to the literature with this aspect of the present study, the literature data for discussing this relationship were tried to be put forward by considering the studies that are thought to be related to the theme of this study. In this direction, Adegboyega et al. (2019), in their study conducted on women with low socioeconomic status, stated that spousal support for early diagnosis behavior of cervical cancer was low. However, they reported that as spousal support increased, women's perceived sensitivity and benefit increased, so women had more positive attitudes. Another study reported that family support positively affects cancer early diagnosis behavior (Adegboyega & Hatcher, 2017). Although the research findings are similar to the literature, it was determined that the attitudes of orthopedically disabled women towards early diagnosis of cervical cancer from preventive health services are not at the desired level. In addition, spouse, family and social support, which play an important role in increasing women's awareness and sensitivity, contribute positively to the early diagnosis behavior of cancer.

Limitations

The present study had several limitations, such as being conducted in a single center at a specific

point in time and relying on self-report measures.

IMPLICATION FOR NURSING PRACTICE

The results showed that participants' perceptions of the sensitivity and seriousness of cervical cancer screening were at a medium level, and perceptions of barriers and benefits were at a low level. In terms of participants' perceptions of social support, the dimension of family and special people is medium and the dimension of friends is low. Women with disabilities, who are disadvantaged groups, and the dimension of social support should be addressed in education planning for early diagnosis behaviors in cervical cancer. Awareness should be raised about preventive health services to prevent cervical cancer, both individually and through the media, and about strengthening social support resources, especially considering the current disadvantages of women with disabilities.

Information

The authors received no external or intramural funding. The authors declare that they have no conflicts of interest. Author Contributions: Study design: SG, AK; Data collection: SG; Data analysis: SG, AK; Study supervision: SG, AK; Manuscript writing: SG, AK; Critical revisions for important intellectual content: SG, AK. Ethical approval was obtained from Ethics Committee for Non-Interventional Clinical Research of University (date of application: 5/01/2022, date of approval: 18/02/2022 and number: 2167). The participants were informed about the purpose and content of the study. Informed consent has been obtained from all participants included in the study. The authors thank all the women who shared their time and experience to participate in this study.

REFERENCES

- Adegboyega, A., Aleshire, M., Dignan, M., & Hatcher, J. (2019). Spousal support and knowledge related to cervical cancer screening: are Sub-Saharan African immigrant men interested? *Health Care Women Int*, 40(6):665–81. doi: 10.1080/07399332.2019.1615914
- Adegboyega, A., & Hatcher, J. (2017.) Factors influencing pap screening use among African immigrant women. *J Transcult Nurs*, 28(5):479–87. doi: 10.1177/1043659616661612
- Ahmed, A. H., Yakout, S. M., & Tosson, M. M. (2022). Health belief model-based educational program about cervical cancer prevention on women knowledge and beliefs. *ASNJ*, 10(30):51-60. doi: 0.21608/asnj.2022.127397.1343
- Bakan, A.B., Aslan, G., & Yıldız, M. (2021). Determination of breast cancer fatalism in women and the investigation of the relationship between women's cervical cancer and pap smear test health beliefs with religious orientation and fatalism. *J Relig Health*, 60(3):1856–76. doi: 10.1007/s10943-020-01108-2
- Choi, J.Y., Yeob, K.E., Hong, S.H., Kim, S.Y., Jeong, E, Shin, D.W.,...& Kawachi, I. (2021). Disparities in the diagnosis, treatment, and survival rate of cervical cancer among women with and without disabilities. *Cancer Control*, 19(28):107327482110552. doi: 10.1177/10732748211055268
- Durmaz, S., Ozvurmaz, S., Adana, F., & Kurt, F. (2021). Cross-sectional evaluation of relation between women's attitudes towards the diagnosis of cervical cancer and regular gynecological examination. *J Adnan Menderes University Health Sci Fac*, 5(1):26–36. doi: 10.46237/amusbfd.727999
- Duru, G., & Topatan, S. (2023). A barrier to participation in cervical cancer screenings: fatalism. *Women Health*, 63(6):436–44. doi: 10.1080/03630242.2023.2223698
- Edwards, D.J., Sakellariou, D., & Anstey, S. (2020). Barriers to, and facilitators of, access to cancer services and experiences of cancer care for adults with a physical disability: A mixed methods systematic review. *Disabil Health J*, 13(1):100844. doi:10.1016/j.dhjo.2019.100844
- Eker, A., & Aslan, E. (2017). Psychosocial approach of gynecological cancer patients. *J Edu Res Nurs* 14(4):298-303. doi: 10.5222/HEAD.2017.298
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G* Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior research methods*, 39(2), 175-191. doi: 10.3758/BF03193146
- Gözüyeşil, E., Arıöz Düzgün, A., & Ünal Aslan, K.S. (2019). Evaluation of the women's attitudes towards prevention and early diagnosis of the cervical cancer. *J Continuing Medical Education*, 28(4):228–37. doi: 10.17942/sted.444170
- Huhmann, K. (2020). Barriers and facilitators to breast and cervical cancer screening in Somali immigrant women: An integrative review. *Oncol Nurs Forum*, 47(2):177–86. doi: 10.1188/20.ONF.177-186
- Hunt, X., Carew, M.T., Braathen, S.H., Swartz, L., Chiwaula, M., & Rohleder, P. (2017). The sexual and reproductive rights and benefit derived from sexual and reproductive health services of people with physical disabilities in South Africa: Beliefs of non-disabled people. *Reprod Health Matters*, 12;25(50):66–79. doi: 10.1080/09688080.2017.1332949
- Kilic, A., Tastan, S., Guvenc, G., & Akyuz, A. (2019). Breast and cervical cancer screening for women with physical disabilities: A qualitative study of experiences and barriers. *J Adv Nurs*, 75(9):1976–86. doi: 0.1111/jan.14048
- Mongsawaeng, C., Kokorn, N., Kujapun, J., Norkaew, J., Kootanavanichpong, N., Chavenkuni, W.,...& Kaewpitoon, N. (2016). Knowledge, attitude, and practice regarding cervical cancer among rural community women in northeast Thailand. *Asian*

Pacific J Cancer Prev, 17(1):85–8. doi: 10.7314/apjcp.2016.17.1.85

Murshid, M. E., Chen, S., Rahman, M. M., Islam, M. Z., Shimpuku, Y., Era, N. R., ... & Haque, M. (2023). Reliability and validity of the multidimensional scale of perceived social support among women and adolescent girls with disabilities in selected sub-districts of Bangladesh. *Cureus*, 15(11): e49605. doi: 10.7759/cureus.49605

Özmen, D., & Özsoy, S. (2009). Sağlık inanç modeli yaklaşımı ile servikal kanserin erken tanısına yönelik tutum ölçeği geliştirilmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Derg*, 25(1):51–69.

Papa, A., Koutelekos, I., Stefanidou, S., Chrysovitsanou, C., & Polikandrioti, M. (2021). Factors associated with perceived social support of patients with multiple sclerosis. *Current Journal of Neurology*, 20(2):64. doi: 10.18502/cjn.v20i2.6741

Prestwich, A., Kenworthy, J., & Conner, M. (2024). *Health behavior change: Theories, methods and interventions* (2nd edition). London: Routledge.

Ramjan, L., Cotton, A., Algosio, M., & Peters, K. (2016). Barriers to breast and cervical cancer screening for women with physical disability: A review. *Women Health*, 56(2):141–56. doi: 10.1080/03630242.2015.1086463

Republic of Turkey, Ministry of Family and Social Services, General Directorate of Disabled and Elderly Services. Disability and elderly statistics bulletin, April, 2023. 2023. Available from: https://aile.gov.tr/media/135432/eyhgm_istatistik_bulteni_nisan_23.pdf. Accessed in 2023 (3 Aug).

Shin, D. W., Lee, J. W., Jung, J. H., Han, K., Kim, S. Y., Choi, K. S., ... & Park, J. H. (2018). Disparities in cervical cancer screening among women with disabilities: a national database study in South Korea. *Journal of Clinical Oncology*, 36(27): 2778–86. doi: 10.1200/JCO.2018.77.7912

Steuperaert, Q., & Michielsens, K. (2022). The role of healthcare professionals in providing sexuality education to young people with disabilities: A scoping review on barriers and challenges. *Sex Disabil*, 40(4):721–48. doi: 10.1007/s11195-022-09749-9

Tatar, M., & Ersin, F. (2021). Effect of social support and barrier perceptions of disabled women on early detection of breast cancer. *Health Care for Women International*, 42(7-9):1133–43. doi: 10.1080/07399332.2021.1894152

Turkish Ministry of Health. Distribution of cancer early diagnosis, screening and education centers in Turkey (Turkey Map). 2021. Available from: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/ketem>. Accessed in 2023 (3 Aug).

World Health Organization. Cervical cancer. 2022. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer#:~:text=Cervical cancer is the fourth,-income countries>. Accessed in 2023 (11 April).

World Health Organization. Disability. 2023. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health#:~:text=An estimated 1.3 billion people – or 16%25 of the global,diseases and people living longer>. Accessed in 2023 (13 May).

World Health Organization. Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem. 2020. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240014107>. Accessed in 2023 (20 Jul).

Yeşildağ, B., & Yılmaz, A. (2023). The relationship between women's attitudes towards early diagnosis of cervical cancer and health literacy levels. *International Journal of Health Services Research and Policy*, 8(3):198–206. doi: 10.33457/ijhsrp.1340761

Zimet, G.D., Dahlem, N.W., Zimet, S.G., & Farley,

G.K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *J Pers Assess*, 52(1):30–41. doi: 10.1207/s15327752jpa5201_2

ORIGINAL ARTICLE / ORJİNAL MAKALE

Doğum Şeklinin Doğum Sonrası Fiziksel Yakınmalar ve Anksiyete Düzeyine Etkisinin Değerlendirilmesi

Evaluation of the Effect of Mode of Delivery on Postpartum Physical Complaints and Anxiety Level



Zümrüt Bilgin¹



Tuğba Altufan²

¹ Doç. Dr., Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, İstanbul, Türkiye

² Msc., Muş Devlet Hastanesi, Muş, Türkiye

Geliş: 22.12.2023, **Kabul:** 13.08.2025

Öz

Giriş: Doğum sonrası fiziksel ve duygusal şikayetlerin değerlendirilmesi, bakımın planlanması ve anne ve bebek sağlığının iyileştirilmesi açısından önemlidir.

Amaç: Bu çalışmanın amacı, doğum şeklinin doğum sonrası fiziksel yakınmalar ve anksiyete düzeyi üzerindeki etkisini değerlendirmektir.

Yöntem: Bu tanımlayıcı kesitsel çalışma Kasım 2021- Nisan 2022 tarihleri arasında Muş ilindeki bir hastanenin kadın doğum kliniğinde yapılmıştır. Çalışma vajinal ve sezaryen ile doğum yapan toplam 250 annenin katılımı ile gerçekleştirilmiştir. Veriler “Tanıtıcı Bilgi Formu”, “Postpartum Fiziksel Semptom Şiddet Ölçeği” ve “Durumluk Kaygı Envanteri” kullanılarak toplanmıştır. Veriler ki-kare testi, bağımsız örneklem t-testi ve One-Way Anova testi kullanılarak analiz edilmiştir.

Bulgular: Çalışmada vajinal doğum yapan annelerin Doğum Sonrası Fiziksel Semptom Şiddeti Ölçeği puan ortalaması (7,06±5,83) sezaryen ile doğum yapan annelere (8,76±4,34) göre daha düşük bulunmuştur. Vajinal doğum yapan annelerin %54,4’ünün en az bir fiziksel yakınması ve %24’ünün anksiyetesi varken; sezaryen ile doğum yapan annelerin %80’inin en az bir fiziksel yakınması, %64,8’inin anksiyetesi vardı. Doğum şekli ile doğum sonrası fiziksel yakınmalar ve anksiyete düzeyi arasındaki fark anlamlıydı (p<.05). Doğum Sonrası Fiziksel Semptom Şiddeti Ölçeği ve Durumluk Kaygı Envanteri ortalama puanları vajinal doğumlarda sezaryen doğumlara kıyasla daha düşük bulundu (p<.05).

Sonuç: Doğum şekli, doğum sonrası fiziksel yakınmaları ve anksiyete düzeyini etkilediğinden, semptom odaklı bakım önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Postpartum, Vajinal Doğum, Sezaryen Doğum, Fiziksel Yakınma, Kaygı.

Sorumlu Yazar: Zümrüt Bilgin, Doç. Dr., Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, İstanbul, Türkiye. **Email:** zumrutbilgin45@gmail.com , **Tel:** +90 216 777 57 00

Nasıl Atıf Yapılır: Bilgin Z, Altufan T. Doğum Şekli ile Doğum Sonrası Fiziksel Yakınmalar ve Anksiyete Arasındaki İlişki. Etkili Hemşirelik Dergisi. 2025;18(4): 618-633

Journal of Nursing Effect published by Cetus Publishing.



Journal of Nursing Effect 2025 Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License

Abstract

Background: Assessment of postpartum physical and emotional complaints is important for planning care and improving maternal and infant health.

Objective: The aim of this study was to evaluate the effect of mode of delivery on postpartum physical complaints and anxiety level.

Method: This descriptive cross-sectional study was conducted between November 2021 and April 2022 in the obstetrics clinic of a hospital in Muş province. The study was conducted with the participation of a total of 250 mothers who gave birth vaginally and by cesarean section. Data were collected using the “Descriptive Information Form”, “Postpartum Physical Symptom Severity Scale” and “State Anxiety Inventory”. Data were analyzed using chi-square test, independent sample t-test and One-Way Anova test.

Results: In the study, the mean score of the Postpartum Physical Symptom Severity Scale of mothers who gave birth vaginally (7.06 ± 5.83) was found to be lower than mothers who gave birth by cesarean section (8.76 ± 4.34). While 54.4% of mothers who gave birth vaginally had at least one physical complaint and 24% had anxiety, 80% of mothers who gave birth by cesarean section had at least one physical complaint and 64.8% had anxiety. The difference between mode of delivery and postpartum physical complaints and anxiety level was significant ($p < .05$). Postpartum Physical Symptom Severity Scale and State Anxiety Inventory mean scores were lower in vaginal deliveries compared to cesarean deliveries ($p < .05$).

Conclusion: Since the mode of delivery affects the level of postpartum physical complaints and anxiety, symptom-oriented care is recommended.

Keywords: Anxiety, Cesarean Delivery, Postpartum, Physical Complaint, Vaginal Delivery.

GİRİŞ

Doğum sonrası dönem fizyolojik bir süreç olmakla birlikte, anneler bu dönemde çeşitli düzeylerde fiziksel ve duygusal değişimler yaşamaktadır. Bu değişimler annelerde fiziksel ve duygusal yakınmalara neden olmaktadır (Arkan ve Egelioglu Cetişli, 2017; Martínez-Galiano vd., 2019). Doğum sonrası yaygın olan fiziksel ve duygusal yakınmalar birçok faktörden kaynaklanmaktadır (Wilkie vd., 2018). Bu dönemdeki fiziksel yakınma ve anksiyeteyi etkileyen en önemli faktörlerden biri doğum şeklidir. Doğum şekliyle ilişkili fiziksel şikayetler ve kaygı düzeyleri annenin iyi olma halini etkiler. Bu nedenlerle, doğum sonrası erken dönemde şikayetlerin belirlenmesi anne ve yenidoğanın iyilik hali için önemlidir (Field, 2018; Kılıç Doğan ve Cesur, 2023; Paul vd., 2013).

Doğum sonrasında anneler çeşitli düzeylerde fiziksel ve duygusal yakınmalar ifade etmektedir (Bağcı ve Altuntuğ 2016; Üstgörül ve Yanıkkerem, 2017). Fiziksel ve duygusal yakınmalar obstetrik özellikler, doğum şekli ve sosyal destek sistemleri gibi birçok faktörden etkilenmektedir (Aksu ve Çatalgöl, 2017). Fiziksel yakınmalar multipar kadınlarda primipar kadınlara göre anlamlı derecede daha yaygın olduğu bildirilmektedir (Aksu ve Çatalgöl, 2017). Ayrıca bu yakınmaların sıklığı ve şiddeti doğum şekline ve doğumdan sonra geçen süreye göre de değişebilmektedir. Bu yakınmaların en yoğun olduğu dönem erken postpartum dönemdir ve annelerin %90'ından fazlasının bu dönemde postpartum fiziksel yakınma yaşadığı bildirilmektedir (Cooklin vd., 2015). Bu dönemde anneler en sık yorgunluk (%43,9), uyku

sorunları (%31,8), kabızlık (%12,5), hemoroid (%12,6) ve dispareni (%9,5) yaşamaktadır (Aksu ve Çatalgöl, 2017). Öte yandan, fiziksel yakınmaların sıklığı, şiddeti ve süresi anksiyete düzeyini etkilemektedir (Işık vd., 2018).

Doğum sonrası anksiyete, doğum sonrası depresyondan daha yaygındır. Anksiyete-kaygı genellikle durumluk ve sürekli anksiyete olarak ifade edilir. Durumluk kaygı, karşılanmamış bir ihtiyaç veya çözülmemiş bir sorun sonucunda ortaya çıkan kaygı olarak tanımlanmaktadır (Downe vd., 2022). Doğum sonrası anksiyetenin genel popülasyondaki anksiyeteden daha yaygın olduğu tahmin edilmektedir. Bir çalışmada, doğum sonrası anksiyete prevalansının %17,1 olduğu (Fairbrother vd., 2016), ancak prevalansın doğum sonrası altıncı ayda %6,1 ile %27,9 arasında değiştiği bildirilmektedir (Ali, 2018).

Doğum sonrasında sıklıkla yaşanan fiziksel ve duygusal yakınmalar çeşitli faktörlerden kaynaklanmakla birlikte, annenin doğum şeklinin bu yakınmaların türünü, şiddetini ve sıklığını etkilediği bilinmektedir (Downe vd., 2022). Doğum sonu dönemde hemşirelik ve ebelik bakımının temel amacı, anne ve yenidoğanın izlenmesi, annenin olası yakınmalarının erken dönemde saptanması ve sorun odaklı bakımla annenin iyilik halinin korunmasıdır. Annelerin doğum sonrası olası yakınmalarının mümkün olduğunca erken dönemde değerlendirilmesi, bakım girişimlerinin planlanması ve uygulanması açısından oldukça önemlidir. Literatürde doğum şekli ile doğum sonrası fiziksel yakınmalar ve anksiyete arasındaki ilişkiyi belirlemeye yönelik bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışmada doğum şeklinin doğum sonrası fiziksel

yakınmalar ve anksiyete düzeyine etkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Araştırma Soruları

Doğum şekli ile doğum sonrası fiziksel yakınmalar arasında bir ilişki var mıdır?

Doğum şekli ile doğum sonrası anksiyete düzeyi arasında bir ilişki var mıdır?

Doğum şekli ile Doğum Sonrası Fiziksel Semptom Şiddeti Ölçeği puan ortalamaları arasında fark var mıdır?

Doğum şekli ile Durumluk Kaygı Envanteri puan ortalamaları arasında fark var mıdır?

YÖNTEM

Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, tanımlayıcı kesitsel tipte bir araştırma olarak planmış ve yürütülmüştür.

Araştırmanın Yapıldığı Yer

Çalışma, Kasım 2021 ile Nisan 2022 tarihleri arasında Muş ilindeki bir hastanenin doğum sonrası kliniklerinde yürütülmüştür. Hastanelerde kadın doğum uzmanı sayısı iki ile beş arasında değişmektedir. Ayrıca her doğum sonrası kliniğinde en az bir hemşire veya ebe çalışmaktadır. Çalışma için hastanenin seçilmesinde, araştırmacılardan birinin bu hastanede çalışıyor olması ve doğum sayısının yüksek olması etkili olmuştur.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, belirtilen tarihlerde hastaneye doğum yapmak için başvuran ve doğum yapan (vajinal doğum ve sezaryen doğum) tüm anneler oluşturmuştur. Gelişigüzel örnekleme yöntemi kullanılarak, çalışmaya katılmayı kabul eden 250 anne ile çalışma tamamlanmıştır. Araştırmanın örneklem büyüklüğünün hesaplanması için G-Power 3.1 istatistik programı ile A priori güç analizi yapılmıştır. Etki büyüklüğü $d=0.5$, anlam düzeyi $\alpha=0.05$, testin gücü $1-\beta=0.80$ olarak çift kuyruklu hipotez yöntemine göre hesaplanmıştır.

Toplam örneklem 212 kişi (her bir grup için 106) olarak belirlenmiş. Ancak veri kaybı (%10) göz önünde bulundurularak hesaplanandan daha fazla anneye ulaşılması hedeflenmiş ve toplam 250 annenin (vajinal doğum: 125 ve sezaryen doğum: 125 anne) verileri değerlendirilmiştir. Çalışma bittiğinde Post hoc güç analizi yapılmış etki büyüklüğü $d=0.5$, $\alpha=0.05$, birinci grup=125, ikinci grup=125 alındığında araştırmanın gücü $1-\beta=0.97$ olarak hesaplanmıştır.

Araştırmaya dahil edilme ölçütleri: Çalışmaya 18-35 yaş aralığında, en az ilkokul mezunu olan, termde vajinal ve sezaryenle doğum yapan, tekil gebeliği olan, bebeği yanında olan, anne ve bebeğinde herhangi bir sağlık sorunu olmayan araştırmaya katılmaya gönüllü olan anneler dahil edilmiştir.

Araştırmaya dahil edilmeme ölçütleri: Örneklem alınma kriterlerine uymayanlar, ruh sağlığı sorunu olan, forseps ya da vakumla doğum yapanlar, doğum sonu ağrı kesici kullananlar çalışmaya dahil edilmemiştir.

Veri Toplama Aracı-Geçerlik ve Güvenirlik Bilgisi

Araştırmanın verileri “Tanıtıcı Bilgi Formu”, “Postpartum Fiziksel Semptom Şiddeti Ölçeği-PFSSÖ” ve “Durumluk Kaygı Envanteri-DKE (State-Trait Anxiety Inventory=STAI)” kullanılarak toplanmıştır (Arkan ve Egelioglu Cetişli, 2017; Bağcı ve Altuntuğ, 2016).

Tanıtıcı Bilgi Formu

Tanıtıcı bilgi formu konuyla ilgili literatür temel alınarak geliştirilmiş (Ali 2018; Arkan ve Egelioglu Cetişli 2017), etik kurul uzmanlarının önerileri de dikkate alınarak tanıtıcı bilgi formuna son şekli verilmiştir. Bilgi formu üç bölümden oluşmaktadır. Formun ilk bölümünde annelerin sosyo-demografik özelliklerini belirlemeye yönelik sorular, ikinci bölümünde annelerin

obstetrik özelliklerini belirlemeye yönelik sorular, son bölümünde ise annelerin doğum, doğum sonu yakınmalarına yönelik toplamda 16 soru yer almaktadır.

Postpartum Fiziksel Semptom Şiddeti Ölçeği (PFSSÖ)

Bu ölçek Chien ve arkadaşları tarafından doğum sonrası fiziksel semptomların sıklığını ve sürekliliğini belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Bu ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Arkan ve Egelioglu Cetişli tarafından yapılmıştır (Arkan ve Egelioglu Cetişli 2017). Perineal ağrı, uykusuzluk, kabızlık, sırt ağrısı, baş ağrısı, hemoroid, eklem ağrısı, el uyuşması, vajinal akıntı ve enfeksiyon, ayak uyuşması, vajinal kanama, idrar yolu enfeksiyonu, baş dönmesi, bacaklarda varis, idrar kaçırma, aşırı soğukluk, ellerde ve ayaklarda soğukluk gibi fiziksel semptomları ve şiddetini değerlendiren 18 maddeden oluşan dördümlü Likert tipi bir ölçektir. Maddeler 0 (yok), 1 (hafif şiddette), 2 (orta şiddette) ve 3 (yüksek şiddette) olarak puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek toplam puan en az 0, en fazla 54 olup, puanın artması doğum sonrası dönemde yaşanan fiziksel semptomun şiddetinin yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçeğin Cronbach’s alfa değeri Chien ve arkadaşları tarafından 0.77, Arkan ve Egelioglu Cetişli tarafından 0.79 (Arkan ve Egelioglu Cetişli, 2017), bu çalışmada ise 0.71 olarak bulunmuştur.

Durumluk Kaygı Envanteri (DKE)

Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri: Spielberger, Gorsuch ve Lushene tarafından geliştirilen envanter, durumluk ve sürekli kaygıyı ölçen 20’şer maddelik 2 alt envanterden oluşmaktadır. Envanter Öner ve Compte (1983) tarafından Türkçe’ye uyarlanmıştır (Öner ve Le Compte 1983). Bu çalışmada Durumluk Kaygı Envanteri kullanılmıştır. Durumluk Kaygı Envanteri, bireyin belirli bir zamanda

ve belirli koşullar altında nasıl hissettiğini gösterir. Durumluk Kaygı Envanterinde yer alan maddeler (1) hiç, (2) biraz, (3) çok ve (4) tamamen seçeneklerinden biri işaretlenerek cevaplanmaktadır. Envanterde yer alan maddeler “(1) doğrudan ya da düz maddeler ve (2) tersine çevrilmiş maddeler” başlığı altında incelenmiştir. Doğrudan maddelerde (4) değerini alan cevaplar kaygının yüksek olduğunu açıklamaktadır. Tersine çevrilmiş maddelerde ise “(1) yanıtları yüksek kaygıya, (4) yanıtları ise düşük kaygıya işaret etmektedir.” Durumluk Kaygı Envanterinde on adet tersine çevrilmiş ifade bulunmaktadır (1.2.5.8.10.11.15.16.19.20. maddeler). Puanlar 20 ila 80 arasında değişmekte olup 36 veya daha düşük puanlar kaygı olmadığını, 37-42 hafif kaygıyı ve 43 veya daha yüksek puanlar yüksek kaygıyı göstermektedir. Yüksek kaygı puanları yüksek düzeyde kaygıya işaret eder ve 60’ın üzerinde puan alan bireylerin profesyonel yardıma ihtiyacı vardır (Öner ve Le Compte 1983).

Araştırmanın verileri, doğum sonrası kliniklerde bakım alan ve doğum sonrası ilk 24 saat içinde olan annelere (Vajinal doğum sonrası 8-24 saat arası, sezaryen sonrası 8-24 saat arası) araştırma hakkında bilgi verildikten ve dahil edilme kriterlerini karşılayanlardan sözlü onam alındıktan sonra araştırmacı tarafından annelerin öz bildirimlerine dayalı olarak yüz yüze görüşme yöntemi ile 10-15 dakika içinde toplanmıştır. Annelere bilmedikleri ya da anlamadıkları sorular hakkında açıklama yapılmıştır. Veri toplama günleri belirlenirken araştırmacının izinli ve müsait olduğu günler dikkate alınmıştır.

Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımsız değişkenleri: Annelerin sosyo-demografik ve obstetrik özellikleri.

Araştırmanın bağımlı değişkenleri: “Postpartum

Fiziksel Semptom Şiddeti Ölçeği” ve “Durumluk Kaygı Envanteri”dir.

Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler Statistical Package for the Social Science Version 21.0 demo (SPSS 21) programı kullanılarak analiz edilmiştir. Annelerin tanıtıcı özellikleri, doğuma ve doğum sonuna yönelik görüşleri tanımlayıcı istatistikler (sayı, yüzdelik), aritmetik ortalama ve standart sapma ile değerlendirilmiştir. Veriler normal dağılım gösterdiğinden, verilerin analizinde bağımsız örneklem t testi, One-Way Anova testi ve Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. Araştırma bulguları %95 güven aralığında ve $p < 0.05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma, bir üniversitenin Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Çalışmalar Etik Kurulu’ndan etik kurul onayı (Tarih:29.04.2021;Karar No:54), hastane yönetiminden ve il sağlık müdürlüğünden kurum izni (17 Mayıs 2021), araştırma kapsamına alınan annelerden sözlü onamlar alınmıştır. Ayrıca “Postpartum Fiziksel Semptom Şiddeti Ölçeği” için, yazarlardan ölçek kullanım izni alınmıştır. Araştırmada kullanılan “Durumluk Kaygı Envanteri” basılı literatürde yayınlanan bir ölçek olması nedeniyle ölçeğe sistemden ulaşılmıştır. Katılımcılara araştırmanın maddi/manevi herhangi bir zarar verme riski olmadığı açıklanmıştır. Makalede araştırma ve yayın etiği ilkelerine uyulmuştur.

Tablo 1. Katılımcıların Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özellikleri

Özellikler	Vajinal doğum (n:125)		Sezaryen doğum (n: 125)		Toplam (n:250)		Test	
	n	%	n	%	n	%	X ²	p
Annenin Yaşı (yıl) Ort±SS	27.00±5.01		27.96±5.02					
18-34	109	87.2	102	81.6	211	84.4	1.489	.222
≥35	16	12.8	23	18.4	39	15.6		
Eğitim Durumu							2.793	.425
İlkokul	63	50.4	74	59.2	137	54.8		
Ortaokul	34	27.2	28	22.4	62	24.8		
Lise	17	13.6	11	8.8	28	11.2		
Üniversite ve üstü	11	8.8	12	9.6	23	9.2		
Gelir Algısı							0.243	.886
Gelir giderden yüksek	25	20.0	22	17.6	47	18.8		
Gelir gidere denk	47	37.6	49	39.2	96	38.4		
Gelir giderden düşük	53	42.4	54	43.2	107	42.8		
Aile Tipi							0.948	.330
Geniş aile	40	32.0	33	26.4	73	29.2		
Çekirdek aile	85	68.0	92	73.6	177	70.8		
Gebelik Sayısı							0.604	.437
≤2	52	41.6	46	36.8	98	39.2		
≥3	73	58.4	79	63.2	152	60.8		
Düşük Sayısı							1.838	.175
Yok	80	64.0	90	72.0	170	68.0		
≥1	45	36.0	35	28.0	80	32.0		
Parite							0.000	.000
Primipar	21	16.8	21	16.8	42	16.8		
Multipar	104	83.2	104	83.2	208	83.2		
Bu Gebeliğin Planlanma Durumu							0.737	.390
Planlı	115	92.0	111	88.8	226	90.4		
Plansız	10	8.0	14	11.2	24	9.6		
Doğum Sonu Fiziksel Yakınma							18.583	.000
Var	68	54.4	100	80.0	168	67.2		
Yok	57	45.6	25	20.0	82	32.8		
Doğum Sonu Kaygı Durumu							42.145	.000
Var	30	24.0	81	64.8	111	44.4		
Yok	95	76.0	44	35.2	139	55.6		
*X ² : Ki-kare analizi uygulanmıştır,	p < .05							

*X² : Ki-kare analizi uygulanmıştır, p < .05**BULGULAR**

Çalışmada vajinal yoldan doğum yapan annelerin yaş ortalaması 27.00±5.01 yıl, sezaryen ile doğum yapan annelerin ise 27.96±5.02 yıldır. Annelerin %54.8'i ilkokul mezunu, %42.8'inin geliri giderden düşük, %70.8'i çekirdek ailede

yaşamaktadır. Araştırmada annelerin %60.8'inin üç ve daha fazla gebelik geçirdiği, %83.2'sinin multipar, %90.4'ünün bu gebeliği planladığı, %67.2'sinin fiziksel yakınmasının olduğu ve %44.4'ünün doğum sonrası kaygısının olduğu belirlendi (Tablo 1).

Tablo 2. Katılımcıların Doğum Şekline Göre Fiziksel Yakınmalarının Şiddetinin Karşılaştırılması

Fiziksel Yakınma	Doğum Şekli	Yok (n)	Yok (%)	Hafif/Orta (n)	Hafif/Orta (%)	Yüksek (n)	Yüksek (%)	X ²	p
Sezaryen Bölgesi veya Perinede Ağrı	Vajinal doğum	114	45.6	11	4.4	-	-	9.643	.002
	Sezaryen	96	38.4	29	11.6	-	-		
Yetersiz Uyku Kalitesi veya Uykusuzluk	Vajinal doğum	41	16.4	59	23.6	25	10.0	22.007	.000
	Sezaryen	11	4.4	83	33.2	31	12.4		
Kabızlık	Vajinal doğum	112	44.8	13	5.2	0	0.0	120.157	.000
	Sezaryen	26	10.4	90	36.0	9	3.6		
Sırt Ağrısı	Vajinal doğum	59	23.6	49	19.6	17	6.8	35.948	.000
	Sezaryen	32	12.8	83	33.2	10	4.0		
Baş Ağrısı	Vajinal doğum	105	42.0	17	6.8	3	1.2	35.085	.000
	Sezaryen	62	24.8	60	24.0	3	1.2		
Hemoroid	Vajinal doğum	110	44.0	15	6.0	-	-	0.143	.705
	Sezaryen	108	43.2	17	6.8	-	-		
Eklem Ağrısı	Vajinal doğum	106	42.4	19	7.6	-	-	0.03	.862
	Sezaryen	105	42.0	20	8.0	-	-		
Ellerde Uyuşma	Vajinal doğum	99	39.6	25	10.0	1	0.4	5.527	.063
	Sezaryen	85	34.0	40	16.0	0	0.0		
Aşırı Vajinal Akıntı	Vajinal doğum	88	35.2	31	12.4	6	2.4	12.438	.002
	Sezaryen	110	44.0	14	5.6	1	0.4		
Vajinal Enfeksiyon	Vajinal doğum	92	36.8	28	11.2	5	2.0	24.728	.000
	Sezaryen	120	48.0	5	2.0	0	0.0		

Ayaklarda Uyuşma									
	Vajinal doğum	102	40.8	21	8.4	2	0.8	0.874	.646
	Sezaryen	107	42.8	17	6.8	1	0.4		
Aşırı Vajinal Kanama									
	Vajinal doğum	102	40.8	23	9.2	0	0.0	17.386	.000
	Sezaryen	72	28.8	52	20.8	1	0.4		
İdrar Yolu Enfeksiyonu									
	Vajinal doğum	86	34.4	36	14.4	3	1.2	1.557	.459
	Sezaryen	82	32.8	42	16.8	1	0.4		
Baş Dönmesi									
	Vajinal doğum	105	42.0	18	7.2	2	0.8	18.616	.000
	Sezaryen	76	30.4	48	19.2	1	0.4		
Bacaklarda Varis									
	Vajinal doğum	96	38.4	26	10.4	3	1.2	1.021	.600
	Sezaryen	98	39.2	26	10.4	1	0.4		
İdrar Kaçırma									
	Vajinal doğum	94	37.6	30	12.0	1	0.4	0.871	.647
	Sezaryen	98	39.2	25	10.0	2	0.8		
Normalden Daha Fazla Üşüme									
	Vajinal doğum	85	34.0	34	13.6	6	2.4	8.589	.014
	Sezaryen	100	40.0	25	10.0	0	0.0		
Eller ve/veya Ayaklarda Üşüme									
	Vajinal doğum	88	35.2	30	12.0	7	2.8	7.833	.020
	Sezaryen	104	41.6	20	8.0	1	0.4		

X² : Ki-kare analizi uygulanmıştır, p < .05

Araştırmada vajinal ve sezaryen gruplarında yüksek şiddette fiziksel yakınma yüzdeleri sırasıyla: Yetersiz uyku kalitesi veya uykusuzluk (%10.0; %12.4), kabızlık (%0.0; %3.6), aşırı vajinal kanama (%0.0; %0.4) vajinal yolla doğum yapanlarda sezaryenle doğum yapanlara göre daha düşük olup, gruplar arasında anlamlı fark saptanmıştır. Ancak sırt ağrısı (%6.8; %4.0), ellerde uyuşma (%0.4; %0.0), aşırı vajinal akıntı

(%2.4; %0.4), vajinal enfeksiyon (%2.0;0.0), ayaklarda uyuşma (%0.8; %0.4), baş dönmesi (%0.8; %0.4), normalden fazla titreme (%2.4; %0.0), ellerde ve/veya ayaklarda titreme (%2.8; %0.4) vajinal doğum yapanlarda sezaryenle doğum yapanlara göre daha yüksek olup, gruplar arasında anlamlı fark saptanmıştır (p < .05, Tablo 2).

Tablo 3. Katılımcıların Fiziksel Semptom Ölçeği ve Durumluk Kaygı Envanteri Puan Ortalamalarının Bazı Değişkenlerle Karşılaştırılması

Değişkenler		Vajinal Doğum (n:125) PFSSÖ Ort±SS	DKE Ort±SS		Sezaryen Doğum (n:125) PFSSÖ Ort±SS	DKE Ort±SS
Annenin Yaşı (yıl)						
18-34	n=109	7.06±5.93	28.65±5.82	n=102	8.57±4.42	35.05±6.28
>35	n=16	7.06±5.27	31.93±7.04	n=23	9.56±3.94	36.69±6.64
t/p		0.001; .999	-2.051; .042	-0.984; .327	-1.116; .267	
Gebelik Sayısı						
≤2	n=15	4.86±3.83	28.26±5.76	n=21	6.85±4.11	34.95±4.27
≥3	n=110	7.36±6.00	29.18±6.11	n=104	9.14±4.30	35.44±6.71
t/p		-1.563; .120	-0.547; .585	-2.236; .027	-0.429; .670	
Parite						
Primipar	n=21	4.90±4.34	28.61±6.20	n=21	6.85±4.11	34.95±4.27
Multipar	n=104	7.50±6.01	29.16±6.05	n=104	9.14±4.30	35.44±6.71
t/p		-1.878; .063	-0.374; .709	-2.236; .027	-0.429; .673	
Gebeliğin Planlan- ma Şekli						
Planlı	n=15	7.13±5.96	28.44±5.58	n=111	8.47±4.43	34.62±5.98
Plansız	n=110	6.20±4.10	36.30±6.96	n=14	11.00±2.68	41.21±6.43
t/p		0.486; .627	-4.185; .000	-3.028; .006	-3.854; .000	
Bebeğin Doğum Kilosu						
2000-2500 gr	n=5	2.40±0.32	27.40±4.27	n=12	10.50±4.14	38.08±5.53
2501-4000 gr	n=116	7.12±5.28	29.10±6.20	n=113	8.57±4.34	35.07±6.39
4001-6000 gr	n=4	11.00±6.64	30.25±3.50	-	-	-
F/p		0.264; .768	0.264; .768	2.151; .145	2.463; .119	
Doğum Sonu Fizik- sel Yakınma						
Var	n=30	8.93±4.73	30.44±6.61	n=81	9.16±4.02	36.25±5.91
Yok	n=95	5.31±4.69	27.43±4.89	n=44	7.16±5.22	31.80±6.92
t/p		2.910; .004	4.183; .000	2.087; .039	3.247; .002	
Doğum Sonu Kaygı Durumu						
Var	n=61	9.83±7.43	33.50±7.09	n=100	9.98±3.57	37.88±5.85
Yok	n=64	5.61±4.84	27.67±4.96	n=25	6.50±4.74	30.70±4.32
t/p		2.513; .016	4.183; .000	4.263; .000	7.147; .000	
Doğum Sonu Ağrı						
Var	n=39	8.06±6.35	30.85±6.85	n=107	8.92±4.17	35.90±6.37
Yok	n=86	5.70±4.36	26.79±4.81	n=18	5.75±5.84	28.75±2.49
t/p		2.331; .022	3.471; .001	2.014; .046	6.654; .000	

t: Independent Samples Test, p ≤ .05; F: One Way Anova

PFSSÖ: Postpartum Fiziksel Semptom Şiddeti Ölçeği

***DKE:** Durumluk Kaygı Envanteri

Çalışmada, katılımcıların Postpartum Fiziksel Semptom Şiddeti Ölçeği ortalama puanı ile doğum sonu fiziksel yakınma ($t=3.259$, $p=.001$; $t=2.087$, $p=.039$), doğum sonu kaygı durumu ($t=2.513$, $190 p=.016$; $t=4.263$, $p=.000$) ve doğum sonu ağrı algıları ($t=2.331$, $p=.022$; $t=2.014$, $p=.046$) arasında anlamlı fark gözlenmiştir ($p < .05$, Tablo 3).

Çalışmada, katılımcıların Durumluk Kaygı Envanteri ortalama puanları ile doğum sonu fiziksel yakınma ($t=2.910$, $p=.004$; $t=3.247$, $p=.002$) doğum sonu kaygı durumu ($t=4.183$, $p=.000$; $t=7.147$, $p=.000$) ve doğum sonu ağrı algıları ($t=3.471$, $p=.001$; $t=6.654$, $p=.000$) arasında anlamlı fark gözlenmiştir ($p < .05$, Tablo 3).

Çalışmada sezaryen doğum yapanlarda Postpartum Fiziksel Semptom Şiddeti Ölçeği ortalama puanları ile gebelik sayısı ($t=-2.236$, $p=.027$), parite durumu arasında ($t=-2.236$, $p=.027$) anlamlı fark bulunmuştur ($p < .05$). Her iki gruptaki annelerin Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalamaları ile gebeliğin planlanma şekli arasında ($t=-4.185$, $p=.000$; $t=-3.854$, $p=.000$) anlamlı fark saptanmıştır ($p < .05$, Tablo 3).

Tablo 4. Katılımcıların Durumluk Kaygı Envanteri ve Postpartum Fiziksel Semptom Şiddeti Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Ölçekler	Vajinal Doğum (n:125) Ort±SS	Sezaryen Doğum (n:125) Ort±SS	t; p Değeri
PFSSÖ	7.06 ± 5.83	8.76 ± 4.34	-2.607 ; .010
DKE	29.07 ± 6.06	35.36 ± 6.35	-8.003 ; .000

*t: Independent Samples Test, $p < .05$ *

PFSSÖ: Postpartum Fiziksel Semptom Şiddeti Ölçeği

***DKE:** Durumluk Kaygı Envanteri

Çalışmada, Postpartum Fiziksel Semptom Şiddeti Ölçeği puan ortalaması vajinal yoldan doğum yapanlarda (7.06 ± 5.83), sezaryenle

doğum yapanlara göre daha düşük (8.76 ± 4.34) olup, aralarındaki fark anlamlıdır. Aynı zamanda Durumluk Kaygı Envanteri puan ortalaması vajinal yolla doğum yapanlarda (29.07 ± 6.06), sezaryenle doğum yapanlara göre daha düşük olup (35.36 ± 6.35) aralarındaki fark anlamlıdır ($t=-2.607$, $p=.010$) ($t=-8.003$, $p=.000$). (Tablo 4).

Katılımcıların doğum şekline ile Postpartum Fiziksel Semptom Şiddeti Ölçeği ve Durumluk Kaygı Envanteri toplam puanları arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur ($p < .05$, Tablo 5).

Tablo 5. Katılımcıların Postpartum Fiziksel Semptom Şiddeti Ölçeği ve Durumluk Kaygı Envanteri Korelasyonu

Grup		Korelasyon	PFSSÖ Toplam Puanı	DKE Toplam Puanı
Vajinal Doğum	PFSSÖ Toplam Puanı	r	1	.36**
		p		.00
	DKE Toplam Puanı	r	.36**	1
		p		.00
Sezaryen Doğum	PFSSÖ Toplam Puanı	r	1	.49**
		p		.00
	DKE Toplam Puanı	r	.49**	1
		p		.00

*r: Pearson Korelasyon Katsayısı, $p < .05$ *

PFSSÖ: Postpartum Fiziksel Semptom Şiddeti Ölçeği

***DKE:** Durumluk Kaygı Envanteri

TARTIŞMA

Doğum şeklinin doğum sonrası fiziksel yakınmalar ve anksiyete düzeyine etkisi değerlendirilen bu çalışmada, vajinal doğum yapanların (%90.4) sezaryenle doğum yapanlara (%88.8) kıyasla gebeliklerini daha yüksek oranda

planladıkları bulunmuştur. Egelioglu Cetişli ve arkadaşları (2020) vajinal doğum yapanların %86.7'sinin, sezaryenle doğum yapanların ise %84.2'sinin gebeliklerini planladığını bildirmiştir (Egelioglu Cetişli ve ark., 2020). Bu çalışmanın gebelik planlamasına ilişkin bulguları literatür sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir.

Doğum şeklinin fiziksel yakınmaların şiddetini etkilediği ve sezaryen ile doğum yapan annelerin vajinal doğum yapan annelere kıyasla daha fazla fiziksel sorun yaşadığı bildirilmiştir (Egelioglu Cetişli ve ark., 2020). Bu çalışmada, vajinal doğum grubunda (%54.4) sezaryen grubuna (%80) kıyasla daha düşük oranda fiziksel yakınma bildirilmiştir. Avusturya'da yapılan bir çalışmada (2015) primipar kadınların postpartum ilk haftada %94'ünün sezaryen bölgesinde ağrı ve %74'ünün perineal ağrı yaşadığı saptanmıştır (Cooklin ve ark., 2015). Egelioglu Cetişli ve arkadaşları (2020), doğum sonrası dördüncü ve altıncı haftalar arasındaki fiziksel semptomların şiddetinin sezaryenle doğum yapanlarda vajinal doğum yapanlara kıyasla daha yüksek olduğunu bulmuştur (Egelioglu Cetişli vd., 2020). Doğum sonrası fiziksel yakınmaların anksiyete/depresyon gibi sorunlarla ilişkili olduğu bildirilmiştir (Martínez-Galiano vd., 2019).

Bu çalışmada vajinal doğum yapan annelerin anksiyete algısı (%24) sezaryenle doğum yapan annelere (%64.8) kıyasla daha düşük bulunmuştur. Doğum sonrası anksiyete, doğumdan sonraki ilk 6 ayda %6.1 ile %27.9 arasında değişen bir prevalansla genel popülasyona göre daha yaygın olduğu belirlenmiştir (Ali, 2018). Martínez-Galiano ve arkadaşları (2019) normal vajinal doğum ile sezaryen doğumu karşılaştırmış ve anksiyetenin doğum şekli ile ilişkili olduğunu bulmuştur (Martínez-Galiano vd., 2019). Literatürde Kanadalı kadınlar arasında yapılan bir çalışmada doğum sonrası erken dönemde

anksiyete görülme sıklığı %17.1 iken, Katar'da yapılan bir çalışmada doğum sonrası anksiyete görülme sıklığı %13 olarak tespit edilmiştir (Maria vd., 2021). Buna ek olarak, primipar annelerin multipar annelere kıyasla gebelikle ilgili daha fazla kaygı yaşadıkları bildirilmiştir. Arasan ve Cambaz Ulaş (2022) nullipar kadınların durumluk-sürekli kaygılarının anlamlı derecede yüksek olduğunu bulmuştur (Arasan ve Cambaz Ulaş, 2022; Hakanen, 2019; Chung, 2018). Bu çalışmanın anksiyete bulguları vajinal doğumlarda literatürle benzerlik gösterirken, sezaryen doğumlarda daha yüksek bulunmuştur. Sezaryen sonrası sorunların (ağrı, emzirme güçlükleri vb.) daha yoğun yaşanması anksiyete düzeyinin artmasında etkili olmuştur.

Postpartum dönemde annelerin sıklıkla yaşadığı bir diğer yakınma da uyku ve uykusuzluk sorunlarıdır

(Arkan ve Egelioglu Cetişli). Bu yakınmaların sıklığının doğum şekli ile ilişkili olduğu bildirilmiştir

(Cooklin ve ark., 2015; Elmas ve Aluş Tokat, 2016). Bu çalışmada, kötü uyku kalitesi veya şiddetli uykusuzluk oranı vajinal doğumlarda (%10) sezaryen doğumlara (%12.4) kıyasla daha düşük bulunmuştur.

Uğurlu ve arkadaşları (2021) kadınların postpartum birinci günde, Aksu ve arkadaşları (2017) ise postpartum altıncı haftada en sık yakınmalarının kötü uyku kalitesi veya uykusuzluk ve uyku sorunları olduğunu bildirmiştir (Aksu, Varol ve Hotun Şahin, 2017). Erçel ve Kahyaoğlu Süt (2020) çalışmasında deney grubundaki kadınların uyku kalitesinin kontrol grubuna göre daha kötü olduğu, postpartum dönemde kötü uyku kalitesi riskinin 5.48 kat arttığı saptanmıştır (Erçel ve Kahyaoğlu Süt, 2020). Dünya Sağlık Örgütü (2015) sezaryenle doğum yapan annelerde doğum sonrası sorunların daha sık görüldüğünü

bildirmiştir ve bu çalışmanın uyku ile ilgili sonuçlarının doğum şeklinden etkilendiği düşünülmektedir (WHO, 2015).

Doğum sonrası annelerin en sık yaşadığı fiziksel yakınmalardan biri de ağrıdır. Ağrının annenin kendisine ve yeni doğan çocuğuna bakma becerisini etkilediği bilinmektedir (Rowlands ve Redshaw, 2012). Çalışmada, şiddetli bel ağrısı algılama oranı vajinal doğumlarda (%6.8) sezaryen doğumlara (%4) kıyasla daha yüksek bulunmuştur. Pereira ve arkadaşları (2017) kadınların doğum şekli ile ağrı şiddeti arasında bir ilişki olduğunu belirtmiştir (Pereira vd., 2017). Martínez-Galiano ve arkadaşları (2019) normal vajinal doğum ile sezaryen doğumu karşılaştırdıkları çalışmalarında baş ağrısı ve sırt ağrısının doğum şekli ile ilişkili olduğunu bulmuşlardır (Martínez-Galiano vd., 2019). Egelioglu Çetişli ve arkadaşları (2020) doğumdan sonraki dördüncü ve altıncı haftalarda fiziksel semptomların şiddetinin sezaryenle doğum yapan kadınlarda vajinal doğum yapanlara kıyasla daha yüksek olduğunu bulmuştur (Egelioglu Çetişli ve ark., 2020). Rowlands ve Redshaw (2012), girişimsel vajinal doğum yapan kadınlarda sırt ağrısı gibi fiziksel yakınmaların sezaryenle doğum yapanlara kıyasla daha yüksek olduğunu bulmuştur (Rowlands ve Redshaw, 2012). Cooklin ve arkadaşları (2015) primipar annelerin doğumdan sonraki ilk haftada en sık yaşadıkları fiziksel semptomların sezaryen bölgesinde ağrı, perineal ağrı ve sırt ağrısı olduğunu tespit etmiştir (Cooklin vd., 2015). Uğurlu ve arkadaşları (2021) kadınların doğum sonrası ilk gün, Aksu ve arkadaşları (2017) ise doğum sonrası altıncı haftada en sık yaşadıkları fiziksel yakınmaların perine veya sezaryen bölgesinde ağrı ve bel ağrısı olduğunu bildirmişlerdir (Aksu, Varol ve Hotun Şahin, 2017; Uğurlu vd., 2021). Bakır ve arkadaşları (2024) epizyotomi yapılan kadınların dörtte birinin doğum sonrası ağrı yaşadığını;

Çapık ve arkadaşları (2016) sezaryen yapılan kadınların hafiften dayanılmaz kadar farklı şiddetlerde ağrı yaşadığını tespit etmiştir (Bakır vd., 2024; Çapık vd., 2016). Çalışmalar, doğumla ilişkili fiziksel yakınmaların ve ağrının özellikle sezaryen doğumlarda daha kalıcı olduğunu göstermiştir (Cooklin vd., 2015; Chang ve ark., 2015).

Çalışmada annelerin fiziksel yakınmaları ile Doğum Sonrası Fiziksel Semptom Şiddeti Ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur. Egelioglu Çetişli ve arkadaşları (2020) ve Uğurlu ve arkadaşları (2021) sezaryen ile doğum yapanların vajinal doğum yapanlara kıyasla doğum sonrası fiziksel yakınmaları daha şiddetli algıladıklarını bildirmişlerdir (Egelioglu Çetişli vd., 2020; Uğurlu vd., 2021). Pereira, ve arkadaşları (2017) vajinal ve sezaryen doğum şekline göre doğum sonrası ağrının fonksiyonel aktiviteler üzerine etkisinin incelendiği bir çalışmada sezaryen ile doğum yapan annelerde fiziksel semptom şiddetinin daha fazla yaşandığı belirtilmektedir (Pereira vd., 2017). Yapılan sistematik bir derlemede, vajinal doğum yapan kadınların doğum sonrası yaşam kalitesinin fiziksel bileşenlerinde (fiziksel fonksiyon, ağrı ve genel sağlık algısı vb.) sezaryen grubuna göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu vurgulanmıştır. Sezaryen doğumun fiziksel iyileşme sürecini geciktirdiği ve daha yoğun şikayetlere neden olduğu ifade edilmiştir (Downe vd., 2022). Çalışmalar doğum şekli ile fiziksel yakınmalar arasında bir ilişki olduğunu göstermiştir (Egelioglu Çetişli ve ark., 2020; Uğurlu vd., 2021). Literatür sonuçları bu çalışmanın sonuçlarını desteklemektedir.

Çalışmada anksiyete durumu ile Durumluk Anksiyete Envanteri puan ortalaması arasında anlamlı fark bulunmuştur. Doğum sonrası fiziksel yakınmaların veya rahatsızlığın

şiddetinin duygusal sıkıntı ve hatta depresif belirtilerle ilişkili olduğu vurgulanmaktadır (Ali, 2018). Doğum sonrası anksiyete prevalansının %13 ile %40 arasında değiştiği bildirilmiştir (Field, 2018). Bir çalışmada, doğum sonrası anksiyete prevalansı %17.1 olarak bildirilmiştir (Fairbrother vd., 2016). Doğum sonrası şiddetli ağrısı olan kadınlarda, hafif doğum sonrası ağrısı olan kadınlara kıyasla depresyon riskinin 3 kat arttığı belirtilmiştir (Field, 2018). Literatürde doğum sonrası anksiyete oranlarının farklılık gösterdiği ve bu farklılıkların değerlendirmenin zamanlamasından (doğum sonrası hafta/ay), anksiyeteyi etkileyen faktörlerden ve farklı anksiyete ölçüm araçlarının kullanılmasından kaynaklandığı düşünülmüştür.

Çalışmada, Doğum Sonrası Fiziksel Semptom Şiddeti Ölçeği puan ortalaması vajinal doğumlarda sezaryen doğumlara kıyasla daha düşük bulunmuştur. Egelioglu Cetişli ve arkadaşları (2020) Doğum Sonu Fiziksel Semptom Şiddeti Ölçeği puan ortalamasını vajinal doğumlarda sezaryen doğumlara göre daha düşük bulmuşlardır (Egelioglu Cetişli ve ark., 2020). Aynı çalışmada doğum şeklinin fiziksel yakınma puan ortalamalarını etkilediği belirtilmiştir. Ugurlu ve arkadaşları (2021) sezaryen ile doğum yapan annelerin doğum sonrası ilk gün fiziksel belirti şiddeti ölçeği puan ortalamasını vajinal doğum yapanlara kıyasla daha yüksek bulmuşlardır (Ugurlu vd., 2021). Işık ve arkadaşları (2018) vajinal doğum yapan annelerin doğumdan sonraki 24. saatteki ağrı puanlarının sezaryenle doğum yapanlara göre daha düşük olduğunu belirtmiştir (Işık ve ark., 2018). Çalışmanın Doğum Sonrası Fiziksel Semptom Şiddeti Ölçeği puan ortalamaları diğer çalışmaların sonuçlarını desteklemektedir (Egelioglu Cetişli vd., 2020; Işık vd., 2018; Ugurlu vd., 2021).

Çalışmada Durumluk Kaygı Envanteri puan ortalaması vajinal doğumlarda sezaryen doğumlara göre daha düşük bulunmuştur. Postpartum ağrı şiddetinin anksiyete ve depresyon için önemli bir risk faktörü olduğu ve günlük yaşam aktivitelerini olumsuz etkilediği bildirilmiştir (Ugurlu vd., 2021). Hastanede yatış sırasında yapılan bir çalışmada annelerin %17'sinin Durumluk Kaygı Envanteri puanlarının 40'ın üzerinde olduğu görülmüştür (Paul vd., 2013). Durumluk Kaygı Envanteri'nin kullanıldığı bir çalışmada, doğumdan sonraki ilk hafta annelerin %23'ünün 40'ın üzerinde ölçek puanına sahipken (Dennis, Coglun ve Vigod, 2013), bir başka çalışmada ise annelerin %40'a varan yüksek kaygı puanlarına sahip olduğu belirlenmiştir (Shlomi Polachek ve ark., 2014). Normal doğum yapan annelerin iyileşme sürecinin daha hızlı olması kaygı puanlarını etkilemiştir.

Grupların doğum şekli ile Doğum Sonrası Fiziksel Belirti Şiddeti Ölçeği ve Durumluk Kaygı Envanteri toplam puanları arasında pozitif ve orta düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Önceki çalışmalarda sezaryen ile doğum yapan annelerin doğum sonrası fiziksel semptomları daha şiddetli algıladıkları (Aksoy Derya vd., 2024; Cooklin ve ark., 2015; Karaçay Yıkar ve Nazik, 2022) ve fiziksel semptomların annelerin duygusal durumunu etkilediği (Egelioglu Cetişli vd., 2020; Ugurlu vd., 2021) bildirilmiştir. Bu açıdan bulgu literatürü desteklemekte ve bu sonuç doğum şeklinin doğum sonrası şikayetleri etkilediği şeklinde yorumlanmaktadır.

Sınırlılıklar

Çalışmanın sonuçları, çalışmanın yapıldığı yer ve çalışmaya gönüllü olarak katılan annelerin verdiği yanıtlarla sınırlıdır. Araştırmanın bir merkezde tanımlayıcı kesitsel bir çalışma olarak yürütülmesi, çalışma için bir sınırlılık

oluşturduğundan çalışması sonuçları genellenemez. Bu konuda yapılan çalışmaların örneklemelerinin, ölçüm yöntemlerinin, çalışma tasarımlarının ve sonuçların sunumunun farklı olması değişkenler arasındaki nedensel ilişkilerin anlaşılmasını, çalışma sonuçlarının yorumlanmasını ve kıyaslanmasını güçleştirmiştir.

SONUÇLARIN UYGULAMADA KULLANIMI

Doğum şeklinin doğum sonrası fiziksel yakınmalar ve anksiyete düzeyine etkisi değerlendirilen bu çalışmada Doğum Sonrası Fiziksel Belirti Şiddeti Ölçeği ve Durumluk Anksiyete Envanteri puan ortalamaları ile doğum sonrası anksiyete ve doğum sonrası fiziksel yakınmalar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Hem Doğum Sonrası Fiziksel Semptom Şiddeti Ölçeği hem de Durumluk Anksiyete Envanteri puan ortalamaları vajinal doğum yapanlarda sezaryenle doğum yapanlara kıyasla daha düşük tesbit edilmiştir. Doğum şekli ile Doğum Sonrası Fiziksel Belirti Şiddeti Ölçeği toplam puanı ve Durumluk Kaygı Envanteri toplam puanı arasında korelasyon saptanmıştır.

Çalışma sonucunda, fiziksel yakınmaların şiddeti ve sıklığı doğum şeklinden etkilenmiştir. Doğum sonrası fiziksel yakınmalar ve anksiyete genellikle geçici veya nispeten basit durumlar olarak görülse de annelerin doğum sonrası döneme uyumunu, günlük yaşamını ve iyilik halini etkilemektedir. Annelerin doğum sonrası yakınmalarının değerlendirilmesi sonucunda annelere özgü bireysel bakım müdahalelerinin planlanması gerektiğini göstermektedir. Sonuç olarak, doğum şekli ile doğum sonrası fiziksel yakınmalar ve anksiyete arasındaki ilişkiyi araştıran daha geniş örneklemli nicel ve nitel çalışmaların yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Ali E. (2018). Women's experiences with postpartum anxiety disorders: a narrative literature review. *International journal of women's health*, 10, 237–249.
- Aksoy Derya, Y., Erdemoğlu, Ç., Benli, T. E., Karakayalı Ay, Ç. (2024). Lohusalarda travmatik doğum algısının postpartum fiziksel semptom şiddetine etkisi. *Ebelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(1), 159–166.
- Aksu, S., Çatalgöl, Ş. (2017). Kadınların doğum sonrası uzun dönem fiziksel sağlık problemleri ve algıladıkları sağlık düzeyi ile ilişkisi. *KASHED*, 3(2), 22–42.
- Aksu, S., Varol, F.G., Hotun Sahin, N. (2017). Long-term postpartum health problems in Turkish women: prevalence and associations with self-rated health. *Contemp Nurse*, 53, 167–81.
- Arkan, G., Egelioglu Çetişli, N. (2017). Validity and reliability study of postpartum physical Arkan, G., Egelioglu Çetişli, N. (2017). Validity and reliability study of postpartum physical symptom severity scale. *JASCD*, 4, 18–34.
- Arasan, A., & Cambaz Ulaş, S. (2022). The Effect of Women's Mode of Delivery and Anxiety on Early Mother-Infant Interaction: A Study from Turkey. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(2), 463–474.
- Bağcı, S., Altuntug, K. (2016). Problems experienced by mothers in postpartum period and their associations with quality of life. *International Journal of Human Sciences*, 13, 3266–79.
- Bakır, S., Gök, E., Gün, S., & Kavlak, O. (2024). Vajinal Doğum Yapan Kadınların Epizyotomi ile İlgili Görüşleri ve Doğum Memnuniyeti. *TOGÜ Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(1), 50–65.
- Chang, S. R., Chen, K. H., Ho, H. N., Lai, Y. H., Lin, M. I., Lee, C. N., & Lin, W. A. (2015). Depressive symptoms, pain, and sexual dysfunction over the first year following vaginal or cesarean delivery: A

prospective longitudinal study. *International Journal of Nursing Studies*, 52(9), 1433–1444.

Chung, F. F., Wan, G. H., Kuo, S. C., Lin, K. C., & Liu, H. E. (2018). Mother-infant interaction quality and sense of parenting competence at six months postpartum for first-time mothers in Taiwan: a multiple time series design. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(1), 365.

Cooklin, A.R., Amir, L.H., Jarman, J., Cullinane, M., Donath, S.M. (2015). CASTLE study team. Maternal physical health symptoms in the first 8 weeks postpartum among primiparous australian women. *Birth*, 42(3), 254–60.

Çapık, A., Karaman, Özlü, Z., Soydan, S., Ejder, Apay, S., Avşar, G., Özer, N., & Arslan, S. (2016). Sezaryen ameliyatı olan lohusalarda progresif gevşeme egzersizlerinin ağrı kontrolü üzerine etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 19(1), 58–64.

Dennis, C. L., Coghlan, M., & Vigod, S. (2013). Can we identify mothers at-risk for postpartum anxiety in the immediate postpartum period using the State-Trait Anxiety Inventory?. *Journal of Affective Disorders*, 150(3), 1217–1220.

Downe, S., Finlayson, K., Oladapo, O. T., Bonet, M., & Gülmezoglu, A. M. (2022). Effect of mode of delivery on maternal health-related quality of life: a systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22, 4473.

Dönmez, S., Yeniel, Ö. A., Kavlak, O. (2014). Vajinal doğum ve sezaryen doğum yapan gebelerin durumluk kaygı düzeylerinin karşılaştırılması. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(3), 908–920.

Egelioğlu Çetişli, N., Işık, S., Kahveci, M., Hacılar, A. (2020). Postpartum physical symptom severity and breastfeeding behaviour of primipar mother according to their birth type. *HEAD*, 17, 98-103.

Elmas, S., Aluş Tokat, M. (2016). Yenidoğanın beslenme şeklinin anne uyku ve yorgunluğuna etkisi. *DEUHFED*, 9,45–51.

Fairbrother, N., Janssen, P., Antony, M.M., Tucker, E., Young, A.H. (2016). Perinatal anxiety disorder prevalence and incidence. *J Affect Disord*, 200,148–155.

Field T. (2018). Postnatal anxiety prevalence, predictors and effects on development: A narrative review. *Infant Behavior & Development*, 51, 24–32.

Hakanen, H., Flykt, M., Sinervä, E., Nolvi, S., Kataja, E. L., Pelto, J., Karlsson, H., Karlsson, L., & Korja, R. (2019). How maternal pre- and postnatal symptoms of depression and anxiety affect early mother-infant interaction?. *Journal of Affective Disorders*, 257, 83–90.

Işık, G., Egelioğlu Çetişli, N., Başkaya, V.A. (2018). Postpartum pain, fatigue levels and breastfeeding self-efficacy according to type of birth. *DEUHFED*, 11, 224–32.

Karaçay Yıkar, S., Nazik, E. (2022). Doğum sonu fiziksel semptomlar ve hemşirelik/ebelik bakımı. *Journal of Midwifery and Health Sciences*, 5(2), 79–84.

Kılıç, A. F. (2022). Değişkenlerin kategori sayılarının ve dağılımlarının korelasyon katsayılarına etkisi. *Ege Eğitim Dergisi*, 23(1), 50–80.

Maria, C., Ramesh, N., Johnson, A.R., Prince,P.M., Rodrigues, A., Lekha, A., Elias, A. (2021). Prevalence and determinants of postpartum anxiety among women availing health services at a rural maternity hospital in south india. *J South Asian Feder Obst Gynae*, 13(1),1–5.

Martínez-Galiano, J. M., Delgado-Rodríguez, M., Rodríguez-Almagro, J., & Hernández-Martínez, A. (2019). Symptoms of Discomfort and Problems Associated with Mode of Delivery During the Puerperium: An Observational Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(22), 4564.

Öner, N., & Le Compte A. Durumluk/Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı, 1. Baskı, Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, İstanbul, 1983. ss: 1–26.

Paul, I. M., Downs, D. S., Schaefer, E. W., Beiler, J. S., & Weisman, C. S. (2013). Postpartum anxiety and maternal-

infant health outcomes. *Pediatrics*, 131(4), e1218–e1224.

Pereira, T.R.C., Souza, F.G., Beleza, A.C.S. (2017). Implications of pain in functional activities in immediate postpartum period according to the mode of delivery and parity: an observational study. *Braz J Phys Ther*, 21(1), 37–43.

Rowlands, I.J., Redshaw, M. (2012). Mode of birth and women's psychological and physical wellbeing in the postnatal period. *BMC Pregnancy Childbirth*, 12,138.

Shlomi Polachek, I., Huller Harari, L., Baum, M., & Strous, R. D. (2014). Postpartum anxiety in a cohort of women from the general population: risk factors and association with depression during last week of pregnancy, postpartum depression and postpartum PTSD. *The Israel journal of psychiatry and related sciences*, 51(2), 128–134.

Uğurlu, M., Acavut, G, Yeşilçınar, İ, Karaşahin, K,E. (2021). Physical symptom severity of women in the early postpartum period. *Bezmialem Science*, 9(4),415–23.

Üstgörül, S., Yanıkkerem, E. (2017). Postpartum dönemde kadınların psikososyal durumları ve etkileyen risk faktörleri. *JAREN*, 3(Ek sayı), 61–68.

World Health Organization (WHO). 2015. WHO Statement on caesarean section rates 2015. Accessed April 6, 2021. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_eng.pdf. 12 Eylül 2023.

Wilkie, S., Crawley, R., Button, S., Thornton, A., Ayers, S. (2018). Assessing physical symptoms during the postpartum period: reliability and validity of the primary health questionnaire somatic symptom subscale (PHQ-15). *J Psychosom Obstet Gynaecol*, 39(1),56–63.

ORIGINAL ARTICLE / ORJİNAL MAKALE

Kadınların Menstrual Döneme İlişkin Kültürel İnanış ve Uygulamalarının Belirlenmesi

Determining Women's Cultural Beliefs and Practices Regarding Menstrual Period



Özge Şiir Dağlar¹



Eslem Altıntaş²



Meltem Mecdi Kaydırak²

¹ Öğr. Gör. Dr., İstanbul Kent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, İstanbul, Türkiye

² Doktora Öğrencisi, İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

³ Doç. Dr., İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

Geliş: 06.01.2024, Kabul: 02.10.2025

Öz

Giriş: Kadınların genel sağlığı için temel bir unsur olan menstrüasyon sağlığı, kadınların kültürel inanış ve uygulamaları tarafından şekillenerek fiziksel, zihinsel ve sosyal alanlarında önemli etkiler yaratmaktadır.

Amaç: Bu çalışmada, kadınların menstrual döneme ilişkin kültürel inanış ve uygulamalarının belirlenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Tanımlayıcı-karşılaştırmalı tasarımda yapılan çalışma 528 kadın ile gerçekleştirilmiştir. Araştırma verileri araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda oluşturulan soru formu kullanılarak Google anket aracılığı ile Temmuz-Eylül 2022 tarihleri arasında toplanmıştır. Veriler, SPSS 24.0 paket programında tanımlayıcı istatistikler ve ki kare testi kullanılarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Katılımcıların ortalama 24.92±6.62 yaşında olduğu, %79.4'ünün üniversite düzeyinde eğitim gördüğü saptandı. Kadınların %98.7'sinin hijyenik ürün olarak pedi tercih ettikleri görülmüş fakat %68'i ped alırken zorlandığını ve %40.7'si pedlerin pahalı olduğu ve bu yüzden almakta maddi güçlük çektiğini belirtmiştir. Ayrıca kadınların ped alırken kaliteden ziyade bütçelerine en uygun olan pedleri tercih ettikleri belirlendi. Katılımcıların menstrüasyon günlerini sırasıyla; "regli oldum", "hasta oldum", "anavatan kan ağlıyor", "halam geldi" ve "kirlendim" şeklinde ifadeleri kullanarak tanımladıkları saptandı. Ayrıca %55.5'inin dini vecibeleri yerine getirmediği, %50.8'inin cinsel ilişkiye girmediği, %28.4'ünün mezarlık ziyareti yapmadığı, %20.5'inin kıl tüy almadığı ve %10.4'ünün tırnak kesmediği belirlendi. 18-24 yaş arasındaki genç kadınların menstrual dönemlerini daha olumlu ifadelerle tanımladıkları, menstrual döngüleri ile ilgili anneleri ve eş/erkek arkadaşlarıyla daha rahat konuşabildikleri belirlendi.

Sonuç: Araştırma sonucunda kadınların menstrual dönemde en yaygın kültürel inanışlarının "dini vecibeler yerine getirilmez" ve "cinsel ilişkiye girilmez" olduğu görülmüştür. Kadınların sağlık durumunu ve sosyal yaşamını olumsuz yönde etkileyebilen tabuları azaltmak için her yaştaki kadınlara menstrual döneme ilişkin eğitim ve danışmanlık yapılmasının faydalı olacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: İnanç, kültürel uygulamalar, menarş, menstrüasyon, tabu.

Sorumlu Yazar: Eslem ALTINTAŞ, Doktora Öğrencisi, Eslem Altıntaş, İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye .

Email: kuruleslem@gmail.com , **Tel:** 0541 610 54 12

Nasıl Atıf Yapılır: Altıntaş E, Dağlar ÖŞ, Mecdi Kaydırak M. Kadınların Menstrual Döneme İlişkin Kültürel İnanış ve Uygulamalarının Belirlenmesi. Etkili Hemşirelik Dergisi. 2025;18(4): 634-647

Journal of Nursing Effect published by Cetus Publishing.



Journal of Nursing Effect 2025 Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License

Abstract

Background: Menstrual health, which is a fundamental element for women's general health, is shaped by women's cultural beliefs and practices and creates significant effects on their physical, mental and social areas.

Objectives: In this study, it was aimed to determine the cultural beliefs and practices of women regarding the menstrual period.

Methods: A descriptive, comparative study was undertaken with 528 female participants. Research data were gathered via a Google survey employing a questionnaire crafted by the researchers in accordance with existing literature, during July-September 2022. The collected data were analyzed using descriptive statistics and the chi-square test within the SPSS 24.0 statistical package.

Results: Participants, averaging 24.92±6.62 years old, predominantly held a university education (79.4%). While 98.7% favored pads for hygiene, 68% faced challenges in acquiring them, and 40.7% experienced financial constraints. Notably, affordability took precedence over quality in pad selection. Common descriptors for menstruation included 'I got my period,' 'I got sick,' 'the motherland is bleeding,' 'my aunt came,' and 'I got dirty.' Additionally, 55.5% did not fulfill religious obligations, 50.8% abstained from sexual intercourse, and various percentages refrained from cemetery visits, hair removal, and nail-cutting. Women aged 18-24 expressed menstrual experiences positively, displaying ease in discussing cycles with mothers and spouses/boyfriends.

Conclusion: Prevalent cultural beliefs during menstruation involve unmet religious obligations and restricted sexual activity. Offering comprehensive menstrual health education and counseling to women of all ages can alleviate taboos that may negatively impact well-being and social interactions.

Keywords: Belief, cultural practices, menarche, menstruation, taboo.

GİRİŞ

Menstrüasyon, dünya çapında milyonlarca kadının üreme yılları boyunca aylık periyodlar şeklinde tekrar eden bir deneyimdir (Hennegan vd.,2020). Kadınlar için menstrüasyon sağlığı, genel sağlığın ayrılmaz bir parçasıdır. Menstrüasyon süreci kadınların fiziksel, zihinsel, sosyal ve yaşam evreleri üzerinde önemli bir etkiye sahiptir (Critchley vd.,2020; Özkan vd.,2015).

Menstrüasyon, kadının fertilité yeteneğini gösteren normal fizyolojik bir süreç olmasına rağmen sosyokültürel özelliklere bağlı olarak her toplumda farklı bir şekilde algılanır ve yaşanır (Özkan vd.,2015). Menstrüasyonla ilgili birçok mit ve kültürel yanlış algılama günümüze kadar devam etmekte ve bu durum menstrüasyona yönelik tutumu etkilemektedir. Tarihsel

kültürlerin bir araştırması, menstrüasyona yönelik inanç sistemlerinin kutsal, güçlü, faydalı ve mitlerde yer aldığı gibi olumlu bir olaydan kirli, kirletic, yıkıcı ve olumsuz olana doğru değiştiğini göstermektedir (Tan vd., 2017). Her toplumun kendine özgü kültürel özellikleri bulunmaktadır. Menstrüasyon sürecine yönelik tutum ve davranışlar toplumun kültürel yapısından, ebeveyn etkisinden, eğitim düzeyinden, kişisel tercihlerden ve sosyo-ekonomik baskılardan etkilenmektedir (Özkan vd., 2015; Kaur vd., 2018).

Menstrüasyon, sosyal tabuların ve batıl inançların etkisi altında kalabilmektedir. Bu nedenle, menstrüel hijyen uygulaması, özellikle gelişmekte ve az gelişmiş ülkelerdeki kadınların ortak bir sorunu olmaya devam etmektedir (Yalew vd., 2021). Etiyopya gibi gelişmekte olan ülkelerdeki insanlar genellikle menstrüasyon

görmeyi lanetlenmenin bir sonucu, bir hastalık belirtisi, saklanması gereken utanç verici bir olay, Tanrı'nın cezası, ömür boyu süren bir süreç gibi algılanmaktadır (Belayneh ve Mekuriaw, 2019). Dünya dinlerinin çoğu, menstrüasyon görmeyi büyük bir sorun, kirlilik ve pislik işareti olarak görür. Bu nedenle menstrüasyon gören kadınlar izole edilir, kutsal yerleri kirletmeleri yasaklanır ve kaçınılır. Menstrüasyon sürecinin bu çeşitli mitolojik, kültürel ve dini yorumları günümüze kadar devam etmektedir (Tan vd., 2017). Türk toplumunda menstrüasyona yönelik genel olarak negatif bir yaklaşım olduğu söylenebilir. Menstrüasyon genel olarak “kirlenmek” ya da “hastalanmak” olarak isimlendirilir. Türkiye, farklı kültürel sentezlerin yaşandığı bir ülkedir. Sağlık uygulamaları kültürel yapı içinde şekillenen ve kültürden kültüre değişebilen davranışları oluşturabilmektedir (Özkan vd. 2015).

Kadınların menstrüasyona yönelik algıları, menstrüasyon sırasında hijyen uygulamalarını da etkilemektedir (Belayneh ve Mekuriaw, 2019). Menstrüel hijyenin doğru şekilde sağlanmasının önündeki kültürel ve dini inançlardan dolayı birçok kadının yemek pişirme, iş aktiviteleri, cinsel ilişki, banyo yapma, ibadet etme ve belirli yiyecekleri yeme konusunda kendisine yasaklar koyduğu görülmüştür (Kaur vd. 2018). Menstrüasyona dair daha fazla bilgiye sahip olan kadınların, menstrüel kanamalarını yönetmede genellikle daha güvenli ve hijyenik yöntemler kullandığı gözlemlenmektedir. Ancak menstrüasyon döneminde yetersiz ve hatalı hijyen alışkanlığına sahip kadınlarda bu alışkanlıkların genital enfeksiyonlarında artışa yol açtığı bilinmektedir (Belayneh ve Mekuriaw, 2019; Yağmur 2007).

Kadınlar menstrüasyon sürecinde kendi kişisel stratejilerini geliştirmektedirler. Bu stratejiler;

kişisel tercihler, sahip olduğu olanaklar, ekonomik durum, kültürel gelenekler ve inançlar, eğitim durumu ve menstrüasyon hakkında bilgi gibi faktörlerden etkilenmektedir (Critchley vd., 2020). Sosyal ve kültürel normlardan etkilenen menstrüel tutum ve inançları anlamak, menstrüasyona ilişkin uygulamaların iyileştirilmesi sağlıklı yaşam biçimi davranışları sağlamanın anahtarıdır (Aker vd., 2021; Hennegan vd., 2019). Mevcut klinik uygulamaların giderek küreselleşen yapısı göz önüne alındığında, sağlık profesyonellerinin menstrüel fonksiyonla ilgili mevcut kültürel ve sosyal görüş ve tutumların farkında olmaları önemlidir (Tan vd., 2017).

Bu çalışma ile kadınların menstrüel döneme ilişkin kültürel inanış ve uygulamalarının belirlenmesi amaçlanmıştır. Bu doğrultuda, çalışmada yer alan uygulamalar potansiyel olarak sağlık riskleri doğurabilecek veya sosyal katılımı kısıtlayabilecek uygulamaları literatür çerçevesinde işaretlemek ve sağlık hizmetlerinde kültüre duyarlılık gerektiren hemşirelik alanlarının görünür kılınması amacıyla ele alınmıştır.

Araştırma Soruları

Kadınların menstrual döneme ilişkin kültürel inanış ve uygulamaları nelerdir?

Kadınların sosyodemografik özellikleri ile menstrual döneme ilişkin kültürel inanış ve uygulamaları arasında ilişki var mıdır?

YÖNTEM

Araştırmanın Amacı ve Tipi

Çalışma, tanımlayıcı-karşılaştırmalı tasarımda gerçekleştirilmiştir. Bu çalışma ile kadınların menstrüel döneme ilişkin kültürel inanış ve uygulamalarının belirlenmesi amaçlanmıştır.

Araştırmanın Yapıldığı Yer

Araştırma verileri çevrimiçi ortam aracılığıyla toplanmıştır.

Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Türkiye de yaşayan 18–45 yaş arası genç yetişkin kadınlar oluşturmaktadır. Krejcie ve Morgob (1970), değerlendirmelerin oranlara göre yapılacağı araştırmalarda evren büyüklüğüne karşılık denk gelecek uygun örneklem sayısını önermiştir (Krejcie ve Morgan, 1970). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK)’nin 2021 yılındaki verilerinde kadın nüfusunun 42 milyon 252 bin 172 olduğu belirlenmiştir (TÜİK 2021). Söz konusu tabloya göre, güven düzeyi %95, örneklem hatası 0.05 ve $p=0.05$ için örneklem dahil edilmesi gereken kadın sayısının en az 384 olması gerektiği belirlenmiştir. Ancak evreni temsil etme gücünü artırabilmek için araştırmacılar 18-45 yaş arası en az 500 genç kadına ulaşmayı hedeflemiştir. Araştırmanın örneklemi ise kartopu örneklem yöntemi ile planlanan tarih aralığında, çalışmanın dahil etme kriterlerine uyan ve çalışmaya katılmayı kabul edenler oluşturmuştur.

Bağımsız Değişkenleri

Araştırmanı bağımsız değişkenleri katılımcıların yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, ekonomik durum, yaşanan yer, menarş yaşı, hijyenik ürün tercihi, ped temininde güçlük yaşama durumu, menstrual dönemle ilgili iletişim durumu ve daha önce bu konuda eğitim alma durumudur.

Bağımlı Değişkenleri

Araştırmanın bağımlı değişkenleri; Menstrual Döneme İlişkin Kültürel İnanış ve Uygulamalar Formu’ndan elde edilen yanıtlar ve Görsel Analog Skala puanları oluşturmaktadır.

Araştırmaya Dahil Olma Kriterleri

18-45 yaş arasında olan kadınlar

En az 1 yıldır düzenli menstrüasyon gören

Türkçe iletişim kurabilen

Okuryazar olan

İnternet erişimi olan

Araştırmadan Dışlama Kriterleri

Bilişsel durumu etkileyen nörolojik ve psikiyatrik tıbbi tanısı olan

Verilerin Toplanması

Araştırma Temmuz-Eylül 2022 tarihleri arasında yapılmıştır. Veriler Google anket aracılığı ile online olarak toplanmıştır. Katılımcılardan veri toplama formunu eksiksiz olarak doldurup bitirdikten sonra araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan bir başka arkadaşına/tanıdığına çalışmanın linkini göndermesi istenmiştir. Böylelikle araştırma verileri kartopu yöntemiyle toplanmıştır. Katılımcılar araştırma soru ve ifadelerine cevap vermeden önce araştırmanın amacı ve gönüllülük esası onay formunu okuyup araştırmaya katılmaya gönüllü olduğunu beyan eden kutucuğu işaretlemiştir. Katılımcılar veri toplama formlarını onay verdikten sonra görmüştür. Katılımcılara istedikleri zaman çalışmadan ayrılacakları, araştırmaya katılımın tamamen gönüllülük esaslı olduğu bilgisi verilmiştir.

Veri Toplama Aracı- Geçerlik ve Güvenirlik Bilgisi

Verilerin toplanmasında, araştırmacılar tarafından literatür taranarak oluşturulan Menstrual Döneme İlişkin Kültürel İnanış ve Uygulamalar Formu ve Görsel Analog Skala (VAS) kullanılmıştır.

Menstrual Döneme İlişkin Kültürel İnanış ve Uygulamalar Formu

Kadınların sosyodemografik özellikleri (yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, yaşadığı şehir,

ekonomik durum) ile menstrüasyon dönemine ilişkin kültürel inanış ve uygulamaların (menstrüasyon döneminde bebek emzirilmez, saç kesilmez vb.) değerlendirildiği 46 soruluk bir formdur. Formun hazırlanması aşamasında Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği ve Ebelik alanında görev alan öğretim üyelerinden uzman görüşü alınmıştır.

Görsel Analog Skala (VAS; Visual Analog Scale)

Bazı sayısal olarak değerlendirilemeyen değerleri sayısal verilere çevirerek ölçmeyi sağlamaktadır. Değerlendirilmek istenilen parametrenin iki uç tanımı 10 cm'lik bir çizginin iki ucuna yazılmaktadır (Wewers ve Lowe, 1990). Bu çalışmada VAS, katılımcıların menstrüasyon dönemine ilişkin genel deneyimlerini değerlendirmek amacıyla kullanılmıştır. Çevrim içi veri toplama formunda, katılımcılara “Menstrüasyon döneminizin sizin için genel olarak nasıl geçtiğini değerlendiriniz” ifadesi sunulmuş, 0 “çok olumsuz” ve 10 “çok olumlu” olacak şekilde 11 puanlı (0–10) sayısal değerlendirme seçenekleri verilmiştir. Katılımcılar kendilerine uygun puanı işaretlemiştir. Yüksek puanlar, menstrüasyon döneminin daha olumlu algılandığını; düşük puanlar ise daha olumsuz algılandığını göstermektedir.

Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesinde bilgisayar ortamında IBM SPSS 24 (Statistical Package for the Social Science 24) istatistik paket programı kullanılmıştır. Araştırma verilerinin değerlendirilmesinde sayı, yüzde, standart sapma, minimum-maksimum ve ki-kare değerlendirmeleri kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < .05$ olarak kabul edilmiştir.

Araştırmanın Etik Yönü

Helsinki Deklerasyonu Prensipleri'ne uygun şekilde yürütülen çalışmada, Bir devlet üniversitesi, Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu'ndan (13.06.2022) etik kurul izni, araştırmaya katılan katılımcılardan “bilgilendirilmiş onam” alınmıştır. Katılımcılar araştırmanın amacı ve “Bilgilendirilmiş gönüllü onam” formunu okuyarak Google anket aracılığı ile araştırmaya katılmaya gönüllü olduğunu beyan eden kutucuğu işaretledikten sonra soru formunu görmüştür. Araştırma ve yayın etiğine uyulmuştur.

BULGULAR

Araştırmaya katılan 528 kişinin yaşı minimum 18, maksimum 45 iken yaş ortalaması 24.92 ± 6.62 yaş olarak bulundu. Kadınların %80.1'inin (n=423) bekar, %79.4'ünün (n=419) üniversite düzeyinde eğitim gördüğü, %56.8'inin (n=300) çalıştığı, %65.1'inin (n=344) gelir düzeyinin giderine eşit olduğu ve %58.7'sinin yaşamının uzun bir süresini köy-kasabada geçirdiği saptandı (Tablo 1).

Kadınların menstrual döngülerine ait bulgularda ilk menstrüasyon yaşı ortalamasının 13.06 ± 1.32 yıl olduğu ve %75.2'sinin (n=397) menstrual döngüsünün düzenli olduğu belirlendi. Kadınların %38.4'ünde premenstrual ağrı görülürken %70.6'sında menstrual ağrı görüldüğü saptandı. Menstrual ağrı şiddeti VAS; Görsel Analog Skalası'nda ortalama 6.15 ± 2.93 (0-10) olduğu belirlendi (Tablo 2).

Kadınların %98.7'si (n=521) menstrual dönemde kullanılan hijyenik ürün olarak “hijyenik ped”i tercih ederken, diğer tercih edilen ürünler sırasıyla; tampon (%6.3), kumaş ped (%2.1), pamuk (%1.1) ve menstrual kap (%0.9) şeklinde olduğu saptandı (Tablo 2). Kadınların %4'ü (n=21) hijyenik ped alırken utandığını, %68'i

Tablo 1. Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular (n=528)

Tanıttıcı Özellikler	x±SD	Min-Max
Yaş	24.92±6.62	18-45
	n	%
Eğitim Düzeyi		
Ortaokul	12	2.3
Lise	58	11.0
Üniversite	419	79.4
Lisansüstü	39	7.4
Medeni Durum		
Evli	105	19.9
Bekar	423	80.1
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	300	56.8
Çalışmıyor	163	30.9
Öğrenci	65	12.3
Gelir Düzeyi		
Gelir giderden az	90	17.0
Gelir gidere denk	344	65.1
Gelir giderden fazla	94	17.8
En uzun süre yaşanan yerleşim yeri		
Köy-kasaba	310	58.7
İlçe	104	19.7
Şehir	84	15.9
Büyükşehir	30	5.7

*SD= Standart sapma

(n=359) hijyenik ped alırken zorlandığını ve %40.7'si (n=215) maddi olarak hijyenik pedleri pahalı olduğunu ve bu yüzden almakta maddi güçlük çektiğini belirtmiştir. Ayrıca kadınlar hijyenik ped alırken kaliteden ziyade bütçelerine en uygun olan pedleri tercih ettikleride belirlendi (n=63, %11.9). Diğer seçeneğinde kadınlar bebek bezi (n=2), organik çok yıkamalı ped (n=1) ve regl külotu (n=1) cevabını verdikleri saptandı.

Kadınların %73.1'inin (n=386) menstrüasyon günlerini "regli oldum" şeklinde olumlu ifade olarak tanımladığı, %29.2'sinin (n=154) "hasta oldum" ve sırasıyla "anavatan kan ağlıyor" (%6.4), "halam geldi" (%1.3), "kirlendim" (%0.7), "vişneli günüm" (%0.4) şeklinde metaforik/kültürel ifadeler kullandıkları

belirlendi (Tablo 2). Menstrüasyon gününü tanımlamada diğer seçeneğinde kadınlar;

Tablo 2. Kadınların Menstrüasyon Dönemine İlişkin Bulgular (n=528)

Menstrual Özellikler	x±SD	Min-Max		
İlk menstrüasyon yaşı	13.06±1.32	9-19		
Menstrual ağrı (VAS)	6.15±2.93	0-10		
Premenstrual ağrı (VAS)	3.94±2.77	0-10		
n		%		
Menstrual döngünün düzenli olma durumu				
Evet	397	75.2		
Hayır	131	24.8		
Premenstrual ağrı (VAS puanı)				
<5 puan	325	61.6		
≥5 puan	203	38.4		
Menstrual ağrı (VAS puanı)				
≥5 puan	373	70.6		
<5 puan	155	29.4		
	Evet	Hayır		
	n	%	N	%
Kullanılan hijyenik ürünler*				
Hijyenik ped (orkid, molped, koteks vb.)	521	98.7	7	1.3
Tampon	33	6.3	495	93.8
Kumaş ped	11	2.1	517	97.9
Pamuk	6	1.1	522	98.9
Menstrual kap	5	0.9	523	99.1
Menstrual dönemi tanımlama şekli*				
Regli oldum	386	73.1	142	26.9
Adet/mens oldum	249	47.2	279	52.8
Aybaşı	24	4.5	504	95.5
Metaforik/kültürel ifadeler				
Hasta oldum	154	29.2	374	70.8
Anavatan kan ağlıyor	34	6.4	494	93.6
Halam geldi	7	1.3	521	98.7
Kirlendim	4	0.7	524	99.3
Vişneli günüm	2	0.4	526	99.6

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir, **VAS: Görsel Analog Skala

“Döngümdeyim, geldi yine lanet gün, Kırmızı kamyon çarptı, Müsait değilim, O’kan C’andan B’akıyor, Özel günümdeyim ve Pıt pıt oldum” şeklinde tanımlamalarda bulundukları belirlendi.

Menstrual döngü ile ilgili en yaygın düşünce ve inanışlar incelendiğinde; %95.6’sı (n=505) saklanması gereken %99.6’sı (n=526) ise utanç verici bir durum olmadığını, %96.0 (n=507) mutluluk duyulacak bir durum olmadığını, %91.1’i (n=481) kutlanması gereken bir durum olmadığını ifade ettikleri bulundu. Ayrıca katılımcıların %63.8’inin kadınlıktır, %55.5’inin dini vecibelerin yerine getirilmez, %50.8’inin cinsel ilişkiye girilmez, %28,4’ünün mezarlık ziyareti yapılmaz, %20.5’inin kıl

tüy alınmaz, %15,7’sinin bir şey ifade etmez, %10.4’ünün tırnak kesilmez, %8.3’ünün saç kesilmez, %6,4’ünün nikah kıyılmaz, %4.5’inin turşu salamura vb. ürünler yapılmaz, %2.1’inin banyo yapılmaz, %0.9’unun bebek emzirilmez, %0.8’inin çeyiz ellenmez ve %0.8’inin bebek öpülmez şeklinde inanışlara sahip oldukları belirlendi (Tablo 3).

18-24 yaş arasındaki genç kadınların 25-45 yaş arasındaki kadınlara göre menstrual dönemi tanımlama şekillerinden “adet/mens oldum” (p=.034), “hasta oldum” (p=.033) ve “kadınlıktır” (p=.001) ifadeleri arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulundu. 18-24 yaş arasındaki genç kadınların menstrual döngüleri ile ilgili

Tablo 3. Kadınların Menstrual Dönemle İlgili Düşünce ve İnanışlara İlişkin Bulgular (n=528)

İfadeler	n	%	İfadeler	n	%
Saklanması gereken bir durumdur			Cinsel ilişkiye girilmez		
Evet	23	4.4	Evet	268	50.8
Hayır	505	95.6	Hayır	260	49.2
Utanç verici bir durumdur			Dini vecibeler/ ibadet yerine getirilmez		
Evet	2	0.4	Evet	293	55.5
Hayır	481	99.6	Hayır	235	44.5
Kutlanması gereken bir durumdur			Mezarlık/kabir ziyareti yapılmaz		
Evet	47	8.9	Evet	150	28.4
Hayır	481	91.1	Hayır	378	71.6
Kadınlıktır			Bebek emzirilmez		
Evet	337	63.8	Evet	5	0.9
Hayır	191	36.2	Hayır	523	99.1
Mutluluk duyulacak bir durumdur			Bebek öpülmez		
Evet	21	4.0	Evet	4	0.8
Hayır	507	96.0	Hayır	524	99.2
Bir şey ifade etmez			Kıl/tüy alınmaz		
Evet	83	15.7	Evet	108	20.5
Hayır	445	84.3	Hayır	420	79.5
Tırnak kesilmez			Banyo yapılmaz		
Evet	55	10.4	Evet	11	2.1
Hayır	473	89.6	Hayır	517	97.9
Saç kesilmez			Çeyiz/sandık hazırlanmaz		
Evet	44	8.3	Evet	4	0.8
Hayır	484	91.7	Hayır	524	99.2
Nikah kıyılmaz			Turşu/ salamura gibi gıdalar hazırlanmaz		
Evet	34	6.4	Evet	24	4.5
Hayır	494	93.6	Hayır	504	95.5

Tablo 4. Kadınların Menstrual Döneme İlişkin Tanımlama Şekilleri, Algılar ve İletişim Biçimlerinin Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırması) (n=528)

	18-24 yaş	25-45 yaş	İstatistik Değer
A. Menstrual dönemi tanımlama şekilleri			
Adet/mens oldum			
Evet	156	93	$X^2 = 4.495$
Hayır	199	80	P=.034*
Hasta oldum			
Evet	113	41	$X^2 = 3.723$
Hayır	242	132	P=.033*
Kadınlıktır			
Evet	210	127	$X^2 = 10.238$
Hayır	145	46	P=.001*
B. Menstrual döneme ilişkin algılar			
Saklanması gereken bir durum			
Evet	13	342	$X^2 = 1.253$
Hayır	10	163	P=.263
C. Menstrual dönem hakkında iletişim			
Menstrual döngümü annemle rahat konuşabilirim			
Konuşabilirim	302	137	$X^2 = 8.482$
Konuşamam	53	36	P=.014*
Menstrual döngümü babamla rahat konuşabilirim			
Konuşabilirim	52	21	$X^2 = 4.046$
Konuşamam	303	152	P=.132
Menstrual döngümü eş/erkek arkadaşlarımla rahat konuşabilirim			
Konuşabilirim	223	137	$X^2 = 14.485$
Konuşamam	132	36	P=.014*
Menstrual döngümü kız arkadaşlarımla rahat konuşabilirim			
Konuşabilirim	340	166	$X^2 = 2.220$
Konuşamam	15	7	P=.330

*p < .05, **X²=Ki kare

anneleriyle (p=.014) ve eş/erkek arkadaşlarıyla (p=.014) rahat konuşabilmeleri arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptandı (Tablo 4).

TARTIŞMA

Menstrüasyon hem biyolojik hem de kültürel bir olgu olan evrensel ve sosyal bir konudur. Bu araştırmada, geçmiş kültürlerde yaygın olarak görülen olumsuz menstrüasyon inanışlarının günümüzde azalsa da halen devam ettiği görülmüştür. Bu bulgu, Özdemir ve Şimşek'in (2022) çalışmasıyla da paralellik göstermektedir. Menarşın algılanma biçimi, toplumların kültürel özelliklerine göre değişiklik gösterebilmektedir.

Literatürde, kadınların yaşadıkları bölge ve aldıkları eğitimin menstrual döneme ilişkin tutum ve inanışlarında etkili olabileceği belirtilmektedir (Sakar vd., 2015; Altıntaş vd., 2021). Bu çalışmada söz konusu değişkenler üzerinde istatistiksel bir analiz yapılmamış olsa da bulgular, kültürel faktörlerin ve geleneklerin inanç ve uygulamalar üzerinde belirleyici rol oynayabileceğine işaret etmektedir. Dünyada olduğu gibi ülkemizde de ilk menarş yaşı düşmektedir. Ortalama menarş yaşı 12 – 15 arasındadır (Biro vd., 2022). Ulusal literatürde yapılmış araştırmalarda da ilk menarş yaşı ortalama 13 olarak bildirilmiş ve bu sonuç araştırma bulgusu ile paralellik göstermektedir.

(Yorulmaz ve Karadeniz, 2021; Derya vd., 2019; Sakar vd., 2015). Ayrıca çalışma sonuçları menstrual ağrı ve menstrüasyon düzeni açısından kıyaslandığında Derya ve ark.'nın (2019) çalışmasında öğrencilerin %70.2'sinin menstrüasyonunun düzenli olduğunu, Yorulmaz ve Karadeniz'in (2021) çalışmasında ise kadınların %60.2'sinin menstrual dönemde ağrı yaşadığı ve ağrı skoru ortalaması 10 puan üzerinden 6.0 ± 2.84 olduğu saptanmıştır (Yorulmaz ve Karadeniz, 2021; Derya vd., 2019). Benzer şekilde mevcut çalışmada bulgular literatür ile paraleldir. Kadınların menstrual döngülerini tanımlarken kullandıkları en yaygın ifadeler gruplar arasında kıyaslandığında DSÖ'nün genç yaş aralığına göre; kadınların (18-24 yaşa aralığı) menstrüasyon dönemine ilişkin doğru ifadeler ile anlamlar yükledikleri belirlenmiştir. .. Sakar ve ark. (2015)'nin çalışmasında öğrencilerin yarısından fazlası menstrüasyon gününü “adet” olarak tanımladığı, %33.3'ünün ise “regl, adet, hasta” üçlü seçeneğini işaretledikleri belirlenmiştir (Sakar vd., 2015). Adölesan kızlarla yapılan bir çalışmada menstrual dönem hakkında bilgi alan adölesanların beşte birinin menarşi “ergenliğe geçiş” gibi olumlu bir değişim olarak, dörtte üçünün “anne olmaya hazırlık” olarak; üçte ikisinin ise “kirli kanın akması” gibi olumsuz bir değişiklik olarak nitelendirdiği belirtilmiştir (Şenol vd., 2010). Çalışma sonucu ile literatürün uyumlu olduğu belirlenmiştir.

Ülkemizde adölesan çağ ve üniversite öğrencileri ile yapılan çalışmalarda katılımcıların tamamına yakınının menstrüasyon döneminde hijyenik ped kullandıkları, %2.1 ile %7.7 arasında değişen oranlarda ise bez parçası ve pamuk kullandıkları belirtilmiştir (Demirağ vd., 2019; Özel vd., 2018; Ünal 2017; Şenol vd., 2010). Erciyas ve ark. (2022) çalışmasında 18-49 yaş arası kadınlarla yaptıkları çalışmada kadınların %97.2'sinin hijyenik ped kullandığını belirtmişlerdir (Erciyas

vd., 2022). Bu doğrultuda çalışma sonucu ve literatür incelendiğinde, ülkemizde menstrual dönemde çoğunlukla hijyenik pedlerin tercih edildiği söylenebilir. Bu çalışmada katılımcıların önemli bir kısmı hijyenik ped alırken utanma, zorlanma ve maliyet nedeniyle güçlük yaşadığını ifade etmiştir. Ayrıca kalite yerine bütçelerine uygun ürünleri tercih ettiklerini belirtmişlerdir. Çeşitli kültürel mitlerin ve kavram yanılgılarının menstrual tabuların oluşmasına yol açtığı bildirilmektedir. Az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde menstrüasyon görmeye karşı tabular daha yaygınken, gelişmiş ülkelerde bu durumun daha az olduğu ve menstrual dönem için hala normların olduğu bilinmektedir (Özdemir ve Şimşek, 2022). Nijerya, Kenya ve Tanzanya gibi az gelişmiş ülkelerde menstrüasyon dönemindeki kız ve kadınların genellikle ayrı kulübelere tutulduğu ve sosyal izolasyona zorlandığı bilinmektedir. Bu dönemlerde kadınların yemek hazırlamasına, başkalarıyla iletişim kurmasına, dini ve sosyal faaliyetlere katılmasına izin verilmemektedir (Padmanabhanunni vd., 2018). İngiltere'de ise menstrual kanaması olan kadınların banyo yapmaya, yüzmeye ve cinsel ilişkiye girmeye karşı tabuları olduğu bilinmektedir. Ayrıca âdet kanaması kirlidir ve bir kız menstrüasyon döneminde tampon kullanırsa bakire olmadığı şeklinde damgalanmaktadır (Tingle vd., 2018 Vargün'ün (2021) 18-73 yaş arasındaki kadınlarla gerçekleştirdiği nitel çalışmada yer alan katılımcı ifadeleri, menarşın bazı kültürlerde sembolik ritüellerle karşılandığını ortaya koymaktadır. Örneğin, bir katılımcı, ilk menstrüasyon sırasında annenin kızının yüzüne tokat atmasının kızını hayatın zorluklarına hazırladığına inanıldığını; başka bir katılımcı ise bu uygulamanın iyi şans getireceğini ve adet dönemlerinin daha rahat geçmesini sağlayacağına inanıldığını belirtmiştir. Bu çalışmada da katılımcıların bir

kısının menstruasyona yönelik inançlarının, doğrudan fiziksel uygulamalar veya sembolik ritüeller içermese de, dini ve sosyal kısıtlamalar gibi kültürel öğelerle şekillendiği görülmüştür. Dolayısıyla, Vargün'ün (2021) çalışmasında aktarılan ritüeller, menstruasyona atfedilen anlamın kültürel bağlamda nasıl pekiştirildiğini göstermekte ve bu araştırmanın bulgularında gözlenen benzer geleneksel inanışları desteklemektedir.

(Vargün, 2021).

Menstrual döneme ilişkin bilgi ve inanışlarla ilişkin literatür incelendiğinde; Dünder ve Aksu'nun (2022) çalışmasında kadınların menstrual dönemde %80.9'unun kıl/tüy/kaş almadığı, %26.5'inin menstrual dönemde olduğunu erkeklerle paylaşmadığı, %23.7'sinin bu dönemde turşu yapmadığı/el sürmediği, %13.5'inin menstrüasyon döneminde yenidoğan bebek görmeye gitmediği, %10.7'sinin banyo yapmadığı, %8.2'sinin diş dolgusu yaptırmadığı, %7.7'sinin ise spor yapmadığı belirlenmiştir. Aynı çalışmada kadınların en çok uyguladıkları dini uygulamaların “adetli iken Kur'an okunmaz” (%79.3), “adetli iken camiye gidilmez” (%71.9) ve “adetli iken abdest alınmaz” (%55.1) olarak ifade edildiği bildirilmiştir (Dünder ve Aksu, 2022). Menstrual dönemdeki tabuları incelemeye yönelik 18-73 yaş arasındaki 68 kadın ile yapılan nitel bir çalışmada menstrual dönemde; saç/tırnak kesilmez, turşu/salamura yiyeceklerle dokunulmaz, hamur yoğurulmaz, yenidoğan bebek ve annesi ziyaret edilmez, cinsel ilişkiye girilmez, mutfaktan uzak durulur, dua edilmez, mezarlığa girilmez, ibadet edilmez, Kur'an okunmaz, yoğurt mayalanmaz ve bitki dikilmez şeklinde geleneksel uygulamaların olduğu, “regli döneminde kadın kirlidir” şeklinde inanışın hakim olduğu belirlenmiştir (Vargün, 2021). Üniversite öğrencileri ile yapılmış başka bir

çalışmada, öğrencilerin %94.6'sı menstrüasyon döneminde tırnak/saç kesmek, kıl/tüy almak, hac/umre ibadetleri yapmak gibi davranışları “yapılması uygun olmayan davranış” olarak ifade etmiş; %81.7'si Kur'an okumayı, %64.2'si camiye gitmeyi “yasak” olarak gördüklerini ifade etmiştir (Sakar vd., 2015). Adölesan kızlarla yapılmış çalışmalarda %10 ile %20 arasında değişen oranlarda katılımcıların menstrual dönem boyunca banyo yapmadıkları fakat menstrüasyon sonunda tamamının banyo yaptığı saptanmıştır (Özel vd., 2018; Şenol vd., 2010). Diğer ülkelerde yapılan çeşitli araştırmalar, menstrual dönemde dini yerleri ziyaret etmeyen kadınların oranının %17.8 ile %88.6 arasında değiştiğini ortaya koymaktadır (Wall vd., 2016; Raina vd., 2014; El-Lassy ve Abd El-Aziz Madian, 2013). Bu çalışma bulgularıyla uyumlu olarak Türkiye ve diğer ülkelere yapılan araştırmalar, “menstrual dönemde salamura yiyeceklerle dokunmaktan kaçınma” ve toplulukların dini inanışları ne olursa olsun “menstrual dönemde dini yerler ziyaret edilmez” tabularının genel olarak benimsenmiş olduğunu ortaya çıkarmıştır (Mukherjee vd., 2020; Sakar vd., 2015). Bu çalışmada da kadınların önemli bir bölümünün menstrüasyonu “kadınlık” ile ilişkilendirdiği ve bu döneme ilişkin dini, sosyal ve hijyenik kısıtlamaları içeren geleneksel inanışlara sahip olduğu belirlenmiştir. Bu durum, menstrual döneme yönelik kültürel tabuların günümüzde de etkisini sürdürdüğünü gösteren önceki araştırmalarla paralellik göstermektedir.

Çalışmada, kadınların büyük çoğunluğunun menstrual dönemi saklanması veya utanılması gereken bir durum olarak görmediklerini, ancak bunun mutlulukla kutlanacak bir durum da olmadığını belirtmiştir. Bu bulgu, menstrüasyonun ne tamamen tabu ne de açıkça kutlanan bir olgu olarak algılandığını göstermektedir. Benzer şekilde, farklı çalışmalarda da kadınların

menstruasyona ilişkin algılarının toplumsal normlar, kültürel değerler ve medyadaki temsillerden etkilendiği bildirilmiştir (Sakar vd., 2015; Dünder ve Aksu, 2022; El-Lassy ve Abd El-Aziz Madian, 2013). Mukherjee ve ark. Nepal'deki kızların %52.1'inin regl hakkında açıkça konuşmadıklarını bildirmiştir (Mukherjee vd., 2020). Menstrual döneme ilişkin kültürel inanış ve uygulamaların kültürden kültüre değişiklik gösterse de genel olarak gelişmekte olan ülkelerde menstrual döneme ilişkin daha çok tabuların olduğu söylenebilir. Menstruasyona toplumların yüklediği anlamlar kadınlar üzerinde önemli bir etki yaratmaktadır. Menstruasyonun “kötü”, “hastalık” ve “utanılacak bir şey” gibi kelimelerle ilişkilendirildiği topluluklarda regl ile ilgili konuları tartışmak çok zor olabilir. Bu da kadınların doğru bilgiye ulaşmasını veya destek almasını engelleyebilir (Hennegan vd., 2019). Bu tür inanış ve kültürel uygulamaların ortaya çıkmasında kadınların büyüdüğü ve yaşadığı çevre, toplumdaki cinsiyet algısı, aile ortamı ve eğitim durumu gibi faktörlerin etkili olabileceği düşünülmüştür.

Çalışmada 18-24 yaş arasındaki genç kadınların 25 yaş ve üstü kadınlara göre menstrual dönemlerini daha olumlu ifadelerle tanımladıkları, menstrual döngüleri ile ilgili anneleri ve eş/erkek arkadaşlarıyla daha rahat konuşabildikleri saptanmıştır. Dünder ve Aksu'nun (2022) yaptığı çalışmada en sık uygulanan menstrual davranışların en az Z Kuşağı (16-19 yaş) tarafından korunduğu bunun sebebinin ise Z kuşağının internet, cep telefonu ve tabletleri yaygın olarak kullanıldığı dijital bir dünyada doğması sebebiyle önceki kuşakların Z kuşağı kadar bilgiye erişim seçeneğine sahip olmaması olduğu belirtilmiştir. Bu nedenle Z kuşağından önceki kuşakların annelerinden aldıkları menstrual döneme ilişkin tabuları sorgulamadan uygulamaya koydukları, Z

kuşağının ise bilgiye birçok yoldan daha kısa sürede ulaşabildiği için menstrual tabuları sorgulama fırsatı yakalayabildikleri saptanmıştır (Dünder ve Aksu, 2022). Bu doğrultuda genç kadınların menstrual dönem ile ilgili daha az tabulara sahip olduğu söylenebilir. Bulgular, bazı inanış ve uygulamaların özbakım ve sosyal katılım üzerinde potansiyel kısıtlar oluşturabildiğini düşündürmektedir; çalışmanın betimleyici doğası gereği nedensellik iddiası yoktur. Hemşireler, kültürel duyarlılıkla bilgilendirme ve danışmanlık içeriklerini (özbakım/hijyen, ürün seçimi, saygılı iletişim) önceliklendirebilir. Bu bulgular, eğitim/danışmanlık programlarının kapsamına ilişkin pratik bir çerçeve sunmaktadır.

Sınırlılıklar

Araştırmanın online anket yöntemiyle verilerinin toplanmış olması nedeniyle internet ve akıllı telefonu olmayan veya online uygulamaları kısıtlı kullanabilen kadınlara ulaşamamıştır. Kartopu örnekleme yöntemi, katılımcıların çalışmanın linkini tanıdıkları kişilere göndermesiyle ilerlediği için, örneklemin evreni tam anlamıyla temsil etme gücü sınırlı olabilir. Çalışmada kullanılan veri toplama araçlarının öz-bildirim esasına dayanması, katılımcı yanıtlarında sosyal beğenirlik yanlılığı veya yanlış beyan riski oluşturmuş olabilir. Bu nedenle, sonuçlar tüm kadınlar için genellenemez.

SONUÇLARIN UYGULAMADA KULLANIMI

Mevcut çalışmaya katılan kadınların menstrual dönemde bazı kültürel inanış ve uygulamaları olduğu görülmüştür. Kadınların tamamına yakını menstrual dönemi saklanması gereken ya da utanç verici bir dönem olarak görmediği, doğal bir durum olarak görerek “kadınlıktır” şeklinde ifade ettikleri bulundu. Menstrual döngü ile ilgili en yaygın kültürel inanışların ise “dini vecibeler yerine getirilmez” ve “cinsel ilişkiye girilmez”

olduğu belirlendi.

Bir toplumun gelenekleri, inançları ya da tabuları, o toplumda yaşayan insanlar üzerinde olumlu ya da olumsuz etkiler yaratabilmektedir. Menstrüasyona ilişkin olumsuz düşünce ve inanışlar, menstrüasyon hakkında açık ve rahat konuşulmaması, aile veya çevreden alınan bilgilerin her zaman doğru ve yeterli olmaması ya da bilgi akışının engellenmesinden kaynaklanmaktadır. Menstrüasyon hakkında kadınların doğru bilgiye ulaşması ve destek görmeleri gerekirken diğer yandan menstrüasyonun utanç verici bir durum olmadığı konusunda da toplum bilinci artırılmalıdır. Menstrual dönem ile ilgili kültürel inanış ve uygulamalarda hemşirelere önemli görev düşmektedir. Okul sağlığı hemşireleri ve klinisyen hemşireler tarafından her yaşta kadın menstrüasyon dönemi hakkında bilgilendirilmelidir. Özellikle farklı yaş gruplarıyla karşılaşan kadın sağlığı hemşireleri, menstrual dönem ve bu dönemle ilgili kültürel uygulamaları anlatan broşürler hazırlayarak danışmanlık yapması önerilebilir. Bu önerilerin uygulanmasında kadınların eğitim düzeyi, yaş grubu, sosyoekonomik durumu, sağlık okuryazarlığı, yaşadığı bölgenin kültürel yapısı ve sağlık hizmetlerine erişim imkânı gibi faktörler belirleyici olmaktadır. Sağlık çalışanlarının konuya ilişkin bilgi ve tutumları da uygulamaların başarısını etkileyen unsurlar arasındadır. Kadınların sağlık durumunu, sosyal yaşamını ve kişisel gelişimini aksatabilen tabuların kabul edilebilirliğini azaltmak için menstrual döneme ilişkin kültürel inanış ve uygulamaların belirlenmesi ve bilinçlendirme projelerinin başlatılması da önerilebilir.

Bilgilendirme

Yazarlar tarafından herhangi bir potansiyel çıkar çatışması bildirilmemiştir. Yazarlar bu makalenin

araştırılması, yazarlığı ve/veya yayınlanması için herhangi bir mali destek almamıştır. Araştırmanın giderleri araştırmacılar tarafından karşılanmıştır. Yazarların çalışmaya katkıları; Yazarların katkı oranı beyanı şöyledir: Fikir: ÖŞD EA; Tasarım: ÖŞD, EA, MMK; Gözetim: ÖŞD EA; Veri toplama ve işleme: ÖŞD,EA; Analizi ve yorumlama: ÖŞD EA MMK; Literatür tarama: ÖŞD EA; Yazma: ÖŞD, EA; İçeriğin eleştirel incelenmesi: ÖŞD MMK. İstanbul Kent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu'ndan (13.06.2022/E-10420511-050-13014) araştırmanın etik onayı alınmıştır. Yazarlar, bu çalışmaya katılan kadınlara teşekkür eder.

KAYNAKÇA

- Aker, M. N., Özdemir, F., ve Öztürk, F. Ö. (2021). Hemşirelik öğrencilerinde çelişik duygulu cinsiyetçiliğin menstrual tutuma etkisi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 12(1), 29-34. <https://doi.org/10.14744/phd.2021.20981>
- Altıntaş, R. Y., Bakır, S., Gül, İ., Süer, N., ve Kavlak, O. (2021). Hemşirelik öğrencilerinde menstrüasyon tutumunun genital hijyen davranışlarına etkisi. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 15(3), 568-575. <https://doi.org/10.21763/tjfmpe.931262>
- Belayneh, B., ve Mekuriaw, B. (2019). Knowledge and menstrual hygiene practice among adolescent school girls in southern Ethiopia: A cross-sectional study. *BMC Public Health*, 19(1), 1-8. <https://link.springer.com/article/10.1186/s12889-019-7973-9> Erişim tarihi 12 Ekim 2022.
- Biro, F. M., ve Chan, Y. M. (2022). Normal puberty. In T. K. Duryea, P. J. Snyder, ve M. E. Geffner (Eds.), *UpToDate*. Waltham, MA: UpToDate. <https://www.medilib.ir/uptodate/show/5849> Erişim tarihi 5 Aralık 2022.
- Critchley, H. O., Babayev, E., Bulun, S. E., Clark,

S., Garcia-Grau, I., ...Gegersen, P. K. (2020). Menstruation: Science and society. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 223(5), 624-664. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.06.004>

Demirağ, H., Hintistan, S., Aynur, C., ve Tuncay, B. (2019). Sağlık hizmetleri meslek yüksekokulu öğrencilerinin genital hijyen davranışlarının incelenmesi. *Bozok Tıp Dergisi*, 9(1), 42-50. <https://doi.org/10.16919/bozoktip.446246>

Derya, Y. A., Erdemoğlu, Ç., ve Özşahin, Z. (2019). Üniversite öğrencilerinde menstrual semptom yaşama durumu ve yaşam kalitesine etkisi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(2), 176-181. <https://doi.org/10.31067/0.2019.140>

El-Lassy, R. B., ve Abd El-Aziz Madian, A. (2013). No impact of health educational program on menstrual beliefs and practices of adolescent Egyptian girls at secondary technical nursing school. *Life Science Journal*, 10(2), 335-345. http://www.lifesciencesite.com/ljsj/life1002/052_17484life1002_335_345.pdf Erişim tarihi: 20 Aralık 2022.

Hennegan, J., Brooks, D. J., Schwab, K. J., ve Melendez-Torres, G. J. (2020). Measurement in the study of menstrual health and hygiene: A systematic review and audit. *PLoS One*, 15(6), Article e0232935. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0232935>

Hennegan, J., Shannon, A. K., Rubli, J., Schwab, K. J., ve Melendez-Torres, G. J. (2019). Women's and girls' experiences of menstruation in low- and middle-income countries: A systematic review and qualitative metasynthesis. *PLoS Medicine*, 16(5), 1-40. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002803>

Kaur, R., Kaur, K., & Kaur, R. (2018). Menstrual hygiene, management, and waste disposal: Practices and challenges faced by girls/women of developing countries. *Journal of Environmental and Public Health*, 2018(1), 1730964. <https://doi.org/10.1155/2018/1730964>

Krejcie, R. V., ve Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607-610. <https://doi.org/10.1177/001316447003000308>

Mukherjee, A., Lama, M., Khakurel, U., Jha, A. N., Ajose, F.,.... Acharya, S. (2020). Perception and practices of menstruation restrictions among urban adolescent girls and women in Nepal: A cross-sectional survey. *Reproductive Health*, 17(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12978-020-00935-6>

Özdemir, S., ve Şimşek, A. (2022). The effect of perceptions and attitudes towards menstrual bleeding on women's health. *Bandırma Onyedil Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*, 4(1), 76-81. <https://doi.org/10.46413/boneyusbad.1028246>

Özel, Ş., Oskovi, A., Korkut, S., Memur, T., ve Üstün, Y. E. (2018). Gençlik merkezine başvuran adolesanların menarş duygu, menstruasyon algı-bilgi ve özbakım pratikleri. *Ankara Medical Journal*, 18(4), 675-682. <https://doi.org/10.17098/amj.499645>

Özkan, H., Atabey, K., Nazbak, M., Saraç, M.N., & Sakar, T. (2015). Öğrencilerin menstrüasyon dönemindeki kültürel davranış ve uygulamaları. *The Journal of Turkish Family Physician.*;6(3): 114-123. <http://turkishfamilyphysician.com>

Raina, D., ve Balodi, G. (2014). Menstrual hygiene: Knowledge, practice and restrictions amongst girls of Dehradun, Uttarakhand, India. *Global Journal of Interdisciplinary Social Sciences*, 3(4), 156-162. <https://www.researchgate.net/publication/271205029> Erişim tarihi: 20 Aralık 2022.

Sakar, T., Özkan, H., Saraç, M. N., Atabey, K., ve Nazbak, M. (2015). Öğrencilerin menstrüasyon dönemindeki kültürel davranış ve uygulamaları. *The Journal of Turkish Family Physician*, 6(3), 114-123. <http://turkishfamilyphysician.com/makaleler/derleme/ogrencilerin-menstruasyon-donemindeki-kulturel-davranis-ve-uygulamalari/>. Erişim tarihi 5

Aralık 2022.

Şenol, V., Gündüz, E., ve Öztürk, A. (2010). Attitude, behaviour and knowledge regarding menarche and menstruation in adolescent schoolgirls in Kayseri. *Journal of Clinical Obstetrics & Gynecology*, 20(2), 77-83. file:///C:/Users/ozgesiir.daglar/Downloads/jinekoloji20-2-2.pdf. Erişim tarihi: 7 Aralık 2022.

Tan, D. A., Haththotuwa, R., ve Fraser, I. S. (2017). Cultural aspects and mythologies surrounding menstruation and abnormal uterine bleeding. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 40, 121-133. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2016.09.015>

Tingle, C., & Vora, S. (2018). Break the barriers: Girls' experiences of menstruation in the UK. Plan Int UK. <https://plan-uk.org/file/plan-uk-break-the-barriers-report-032018pdf/download?token=Fs-HYP3v> (Yayınlanma tarihi Ocak 2018). Erişim tarihi 3 Ocak 2023.

Türkiye İstatistik Kurumu, TÜİK. (2021). İstatistiklerle Kadın. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Kadin-2021-45635>. (Yayınlanma tarihi 4 Mart 2022). Erişim tarihi 10 Ocak 2023.

Türkiye İstatistik Kurumu, TÜİK. (2020). İstatistiklerle Gençlik. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Genclik-2020-37242> (Yayınlanma tarihi: 17 Mayıs 2021). Erişim tarihi: 4 Ocak 2023.

Ünal, K. S. (2017). Determination of knowledge levels of genital hygiene behaviors of nursing students. *Journal of Current Researches on Health Sector*, 7(1), 23-36. <https://www.jocrehes.com/dergi/determination-of-knowledge-levels-of-genital-hygiene-behaviors-of-nursing-students20221025123821.pdf> Erişim tarihi 2 Ocak

2023.

Vargün, B. (2021). Menstrüasyon ve tabu. *Antropoloji*, 42, 1-10. <https://doi.org/10.33613/antropolojidergisi.554017> Erişim Tarihi: 3 Ocak 2023

Wall, L. L., Belay, S., Bayray, A., Salih, S., ve Gabrehiwo, M. (2016). A community-based study of menstrual beliefs in Tigray, Ethiopia. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 135(3), 310-313. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2016.05.015>

Wewers, M. E., ve Lowe, N. K. (1990). A critical review of visual analogue scales in the measurement of clinical phenomena. *Research in Nursing & Health*, 13(4), 227-236. <https://doi.org/10.1002/nur.4770130405>

Yalew, M., Adane, B., Arefaynie, M., Kefale, B., Damtie, Y.,...Mitiku, K., (2021). Menstrual hygiene practice among female adolescents and its association with knowledge in Ethiopia: A systematic review and meta-analysis. *PloS One*, 16(8). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0254092>

Yağmur, Y. (2007). Malatya ili Fırat Sağlık Ocağı bölgesinde yaşayan 15-49 yaş kadınların genital hijyen davranışları. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6(5), 325-330. https://www.ejmcr.com/fulltext/khb_006_05-325.pdf Erişim tarihi 12 Ekim 2022.

Yorulmaz, D. S., ve Karadeniz, H. (2021). Premenstrual sendrom yaşayan üniversite öğrencilerinin yakınmalarını azaltmaya yönelik kültürel uygulamaları. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi*, 9(2), 755-769. <https://doi.org/10.33715/inonusaglik.833166>

Dündar, T., ve Özsoy, S. Menstrual hijyen yönetiminde menstrual kap kullanımı. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 6(1), 14-28.