

SAĞLIK VE TOPLUM

HEALTH AND SOCIETY

Yıl / Year : 35 • Sayı / Number : 3 • Eylül-Aralık • September-December 2025

Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı Yayın Organıdır
Published by the Foundation of Health and Social Assistance
e-ISSN 3023-6754



SAĞLIK ve TOPLUM

Journal of Health and Society

Dört ayda bir, yılda üç sayı olarak yayımlanır; ücretsizdir.

Sahibi / Owner

SAĞLIK ve SOSYAL YARDIM VAKFI adına
Prof. Dr. **Zafer ÖZTEK**

YAYIN KURULU / Editorial Board

Yayın Yönetmeni / Editor : Prof. Dr. Ayşe **AKIN**
Kurul Üyeleri / Members : Prof. Dr. Zafer **ÖZTEK**
Prof. Dr. Sarp **ÜNER**

YIL: 35 SAYI-3 DANIŞMA KURULU / Year: 35 Number-3 Scientific Board

Prof.Dr. Muhsin AKBABA	Emekli-Ankara
Prof.Dr. Ayşe AKIN	Başkent Üniversitesi-Ankara
Prof.Dr. Levent AKIN	Başkent Üniversitesi-Ankara
Doç.Dr. Nursel ALP DAL	Munzur Üniversitesi-Tunceli
Prof.Dr. Şevkat BAHAR ÖZVARIŞ	Hacettepe Üniversitesi-Ankara
Prof.Dr. Nazmi BİLİR	Emekli-Ankara
Prof.Dr. Meltem DEMİRGÖZ BAL	Marmara Üniversitesi-İstanbul
Prof.Dr. Rengin ERDAL	Başkent Üniversitesi-Ankara
Prof.Dr. Nuran GÜLER	Cumhuriyet Üniversitesi-Sivas
Prof.Dr. Filiz HİSAR	N.Erbakan Üniversitesi-Konya
Prof.Dr. Güldam KARADAĞ	Dokuz Eylül Üniversitesi-İzmir
Prof.Dr. Melda KARAVUŞ	Marmara Üniversitesi-İstanbul
Prof.Dr. Gülay KOÇOĞLU	Antalya
Prof.Dr. Aliye MANDIRACIOĞLU	Ege Üniversitesi-İzmir
Prof.Dr. Gülgül MERMER	İğdır Üniversitesi-İğdir
Doç.Dr. Nurhan MEYDAN ACIMIŞ	Pamukkale Üniversitesi-Denizli
Prof.Dr. Sinan ÖZALP	Eskişehir
Prof.Dr. Hilal ÖZCEBE	Hacettepe Üniversitesi-Ankara
Prof.Dr. Nalan ÖZHAN ELBAŞ	Başkent Üniversitesi-Ankara
Prof.Dr. Zafer ÖZTEK	Maltepe Üniversitesi-İstanbul
Doç.Dr. Özlem PERSİL ÖZKAN	Bandırma Onyediy Eylül Üniversitesi-Balıkesir
Prof.Dr. Birgül PİYAL	Ankara Üniversitesi-Ankara
Doç.Dr. Selda RIZALAR	Sağlık Bilimleri Üniversitesi-İstanbul
Prof.Dr. Sevil ŞAHİN	Yıldırım Beyazıt Üniversitesi-Ankara
Prof.Dr. Ferdi TANIR	Çukurova Üniversitesi-Adana
Prof.Dr. Reyhan UÇKU	Dokuz Eylül Üniversitesi-İzmir
Prof.Dr. Faruk YORULMAZ	Emekli-Edirne
Prof.Dr. Afife YURTTAŞ	Sağlık Bilimleri Üniversitesi-İstanbul

Haberleşme Adresi
Correspondence Address

: Ehlibeyt Mahallesi Tekstilciler
Caddesi Ekşioğlu İş Merkezi No:16/11
Balga - Çankaya/ANKARA
Tel: 0. 312 435 97 22 (pbx)
Fax: 0.312 434 46 59

Internet Adresi
Internet Address

: www.ssyv.org.tr

E-mail

: saglikvetoplum@ssyv.org.tr

***Sağlık ve Toplum Dergisi ile ilgili diğer bilgilere ve derginin
daha önceki sayılarına www.ssyv.org.tr adresinden ulaşabilirsiniz.***

Hazırlık
Preparation and Printing by

: ONSA BASIM - Ankara 2025
Tel : 384 05 03

e-ISSN 3023-6754

İÇİNDEKİLER / Contents

DERLEME / Review

- İklim Değişikliği ve Toplumsal Cinsiyet: Eşitsizlikler ve Politika İhtiyacı Üzerine Değerlendirme**
Climate Change and Gender: An Assessment of Inequalities and the Need for Policy
Ahmet Furkan SÜNER, Türkan GÜNAY..... 3-12

- Gebelikte Görülen Rahatsızlıklarda Kanıt Temelli Uygulamalar**
Evidence-Based Practices For Disorders During Pregnancy
Seda KAYA, Büşra YILMAZ..... 13-23

- Yenidoğanlarda Anne Sütünün Başlanması ve Devam Ettirilmesinde Yaşanan Güçlükler ve Hemşirelik Yaklaşımları**
Challenges Encountered in Initiating and Sustaining Breastfeeding in Newborns and Nursing Approaches
Müge SEVAL, Emine UZUNTARLA GÜNEY..... 24-34

- A Comparative Analysis of Initiatives Aimed at Enhancing Digital Health Literacy (DHL) on a Global Scale**
Küresel Ölçekte Dijital Sağlık Okuryazarlığını Geliştirmeyi Amaçlayan Uygulamaların Karşılaştırmalı Analizi
Dilek KOLCA..... 35-44

ARAŞTIRMA / Research Articles

- Türkiye’de Trafik Kazalarına Ait Verilerin Analizi (1994-2023)**
Analysis of Data on Traffic Accidents in Turkey (1994-2023)
Agah ERCÖMERT, Cihangir ÖZCAN..... 45-53

- Exploring Psychometric Properties of Scales Measuring Social Handwashing Behavior, Habits, and Attitudes - Health Students**
Sosyal El Yıkama Davranış, Alışkanlık ve Tutum Ölçeklerinin Psikometrik Özelliklerinin Belirlenmesi – Sağlık Öğrencileri
Aysun GÜZEL, Meltem YURTÇU, Sevgi TURAN, Sarp ÜNER..... 54-65

- “Yaşlı Bireylere Yönelik Yaş Temelli Ayrımcılık” ve “Sağlık Çalışanları” Konulu 2021 ve 2024 Yılları Arasında PubMed Veri Tabanında Yayımlanmış Makalelerin İncelenmesi**
Literature Review of PubMed Database between 2021 and 2024 on “Ageism against Older Persons” and “Healthcare Workers”
Beyzanur YILDIRIMYILMAZ, Arda BÜKE, Perihan DİZDAR, Naime ÇOMOĞLU, Mehmet T. TOSUN, Oğuzhan BAHAR, Ercüment ALTINTAŞ, Dilek ASLAN..... 66-77

- Pandemi Sürecinin Ağız ve Diş Sağlığı Tutum ve Davranışı Üzerine Etkisi**
The Effect of the Pandemic Process on Oral and Dental Health Attitudes and Behavior
Kübra CERAN DEVECI, Yasin CİCEK, Abdulsamet TANIK..... 78-86

- Kadınların Beden Memnuniyetsizliği, Yeme Bozukluğu Eğilimi ve Akdeniz Diyetine Uyumu Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi**
Evaluation of the Relationship Between Body Dissatisfaction, Eating Disorder Tendency and Adherence to Mediterranean Diet in Women
Kezban ŞAHİN DEMİRCİ, Hacı Ömer YILMAZ..... 87-94

- Obes Bireylerde Konstipasyon Şiddetinin Yaşam Kalitesine Etkisi ve Alternatif Çözüm Yöntemleri**
The Effect of Constipation Severity on Quality of Life in Obese Individuals and Alternative Solution Methods
Rukiye BURUCU, Fatma KOFAL, Mehmet R. KILIÇ, Nazife N. TANIR..... 95-105

ARAŞTIRMA / Research Articles

Duygu Düzenleme Güçlüğü'nün Ayrılma Anksiyetesi ve Belirsizliğe Tahammülsüzlük İlişkisindeki Aracı Rolü: COVID-19 Pandemisi Döneminde Toplum ve Sağlık Çalışanları Örneklemini Karşılaştırması

The Mediating Role of the Emotion Regulation Difficulty in the Relationship Between Separation Anxiety and Intolerance of Uncertainty: A Comparison of Community and Healthcare Professionals Samples in the COVID-19 Pandemic Period
Emel ÇULHA, Miray AKYUNUS..... 106-123

Hemşirelik Öğrencilerinin Yabancı Hemşire İstihdamına İlişkin Tutumları: Ekonomik ve Demografik Faktörlerin Rolü

Attitudes Of Nursing Students Towards The Employment Of Foreign Nurses: The Role Of Economic And Demographic Factors
Seda Tuğba BAYKARA MAT..... 124-132

Adherence to End-Stage Renal Disease of Individuals Receiving Hemodialysis Treatment and Associated Factors: Cross-Sectional Study

Hemodiyaliz Tedavisi Alan Bireylerin Son Dönem Böbrek Yetmezliği Hastalığına Uyumu ve İlişkili Faktörler
Cevriye ÖZDEMİR, Ali KAPLAN..... 133-141

Bir Sağlık Bilimleri Fakültesinde Öğrenim Gören Öğrenci Hemşirelerde Maneviyat ve Manevi Bakım Algısı

Spirituality and Perception of Spiritual Care in Nursing Students Studying at a Faculty of Health Sciences
Belgüzar KARA..... 142-150

Investigation of the Relationship Between Pre-Pregnancy Fear of Childbirth and Quality of Life and Psychological Resilience

Gebelik Öncesi Doğum Korkusunun Yaşam Kalitesi ve Psikolojik Sağlık ile İlişkisinin İncelenmesi
Hafize DAĞ TÜZMEN, Huriye ALTINKAYNAK..... 151-163

Hemşirelerin Menstrual Kap Kullanımına Yönelik Bilgi, Tutum ve Davranışları

Knowledge, Attitudes, and Behaviors of Nurses Towards Menstrual Cup Use
Merve TUNCER, Elifnur GÜNEŞ..... 164-172

X, Y ve Z Kuşağı Kadınların Engelli Kadınlara Yönelik Tutumları ve Bu Tutumları Etkileyen Faktörler

Attitudes of X, Y and Z Generation Women Towards Disabled Women and Factors Affecting These Attitudes
Ayşe Sena YÜKSEL, Kerime Derya BEYDAĞ..... 173-180

Knowledge and Attitudes of Women Living in Rural Areas on Breast Cancer Prevention

Kırsal Alanda Yaşayan Kadınların Meme Kanseri ile Korunma Konusundaki Bilgi ve Tutumları
Hatice BALCI, Evre YILMAZ..... 181-192

Ergenlerde Sosyal Medya Bağımlılığının Sosyal Görünüş Kaygısı ve Benlik Saygısı ile İlişkisi

The Relationship of Social Media Addiction with Social Appearance Anxiety and Self-Esteem in Adolescents
Onurhan EKİCİ, Aydan AKKURT YALÇINTÜRK..... 193-203

OLGU SUNUMU / Case Report

Meme Kanseri Tanılı Bireyin Günlük Yaşam Aktiviteleri Modeline Göre Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu

Nursing Care According to the Model of Daily Living Activities of an Individual Diagnosed with Breast Cancer: A Case Report
Fadime TORU, Hatice GÜLSOY..... 204-214

İklim Değişikliği ve Toplumsal Cinsiyet: Eşitsizlikler ve Politika İhtiyacı Üzerine Değerlendirme

Climate Change and Gender: An Assessment of Inequalities and the Need for Policy

Ahmet Furkan SÜNER¹, Türkan GÜNAY²

ÖZ

İklim değişikliği, iklimin ortalama durumunda ya da değişkenliğinde yıllar boyunca görülen anlamlı değişimleri ifade eder. Toplumsal cinsiyet kavramı kadınlık ve erkekliğin toplumsal olarak kurulan, öğrenilen şeklidir. Bu derlemenin amacı, iklim değişikliği ve toplumsal cinsiyet arasındaki ilişkiyi anlamak, iklim değişikliğinin kadınlar üzerindeki ve toplumsal açıdan etkilerini değerlendirmek ve iklim değişikliği ile mücadelede toplumsal cinsiyete duyarlı yaklaşımların önemini vurgulamaktır. İklim değişikliği toplumsal cinsiyet açısından eşit bir etki göstermemektedir. Kadınlar iklim değişikliğinin etkilerine daha savunmasızdır. Orman yangınları, deniz seviyesinin yükselmesi, kuraklık, yangınlar, çeşitli meteorolojik hadiseler ve sıcak hava dalgaları gibi iklim değişikliği ile ilişkili durumlar kadınları daha fazla etkilemektedir. İklim değişikliğinden kaynaklanan tehlikelerin sıklıkla yaşanıyor olması ve kadınların karar alma, planlama, politika oluşturma ve uygulamaya süreçlerine katılımlarındaki eksiklik, iklim değişikliğinin etkilerine karşı kırılganlıklarını artırmaktadır. Hükümetler, kadınlar ve erkekler için eşit ve ulaşılabilir kaynak sağlamalı ve cinsiyete duyarlı politikalar benimsemelidir.

Anahtar Kelimeler: İklim Değişikliği, Toplumsal Cinsiyet, Politika, Katılım

ABSTRACT

Climate change refers to significant changes in the average state or variability of the climate over a period of years. The concept of gender is the socially constructed and learnt form of femininity and masculinity. The aim of this review is to understand the relationship between climate change and gender, evaluate its effects on women and society, and emphasize the importance of gender-sensitive approaches in combating climate change. Climate change does not have an equal impact in terms of gender: Women are more vulnerable to the impacts of climate change. Climate change-related situations such as forest fires, sea level rise, drought, fires, various meteorological events and heat waves affect women more. The frequent occurrence of climate change-related hazards and women's lack of participation in decision-making, planning, policy-making and implementation processes increase their vulnerability to the impacts of climate change. Governments should provide equal and accessible resources for women and men and adopt gender-sensitive policies.

Keywords: Climate Change, Gender, Policy, Participation

GİRİŞ

İklim değişikliğinin toplum üzerindeki etkileri uzun süredir bilinmektedir. Ancak bu durum tüm toplumlarda ve bireylerde benzer bir biçimde yaşanmamaktadır. İklim değişikliğine bağlı felaketlerin (deniz seviyesinin yükselmesi, fırtınalar ve sel baskınları gibi) sıkça yaşandığı kıyı bölgelerinde yaşayan bireyler bu etkilerden daha çok etkilenirler. Bununla birlikte politik, sosyal, ekonomik ve kültürel alandaki eşitsizlikler bireylerin iklim değişikliğine karşı

savunmasızlığını artırır, bu eşitsizlikler nedeniyle bireyler iklim değişikliğinin etkileriyle başa çıkmakta daha fazla zorlanır (1). Eşitsizliğin önemli alanlarından biri de cinsiyettir. Erkekler ve kadınlar arasında aşırı sıcağa ve soğuğa karşı hassasiyetleri etkileyebilecek bazı fizyolojik farklılıklar bulunmaktadır. Achebak ve ark.'nın İspanya'da yaptıkları çalışmada, 1980'lerden 2010'ların sonuna kadar olan dönemde, sıcak hava koşullarında kadınların kardiyovasküler hastalıklar ya da herhangi bir nedenle ölüm riskinin erkeklere göre yüksek olduğu gösterilmiştir (2). Bu duruma vücut ısısının regülasyonundaki fizyolojik farklılıkların sebep olduğu belirtilmektedir (3,4). Ayrıca, kadınlar erkeklere göre afetlerin fiziksel etkisine dayanmak için fizyolojik olarak daha az donanımlıdır. Bu

1-Uzm.Dr., Çaycuma İlçe Sağlık Müdürlüğü, Zonguldak, Türkiye,

E-posta: furkanafs@hotmail.com ORCID: 0000-0003-1383-3215

2-Prof.Dr.Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye,

E-posta: tgunay64@gmail.com ORCID: 0000-0002-0874-263

Gönderim Tarihi:22.01.2025 - Kabul Tarihi: 03.12.2025

durum rüzgar ve su tarafından sürüklenme, daha yavaş koşma nedeniyle kurtarma noktalarına ulaşma gibi durumlarda belirgindir. Hareket kabiliyetindeki dezavantaj gebelik gibi fizyolojik süreçlerde daha da belirginleşir (5).

Kadınlar sosyal rollerinden kaynaklanan eşitsizlikler nedeniyle iklim değişikliğinin etkilerini farklı biçimde deneyimlerler (6). Bu bağlamda, toplumsal cinsiyet, bireylerin kırılganlığını belirlediği gibi, iklim değişikliğinden etkilenme düzeyini ve iklim değişikliğine verilen yanıtı da belirler (7). Kırılganlık için kişileri daha duyarlı hale getiren koşullar olması gerekir. Uyum için olumsuz sonuçları en aza indirebilmek ve değişebilme yeteneği önemlidir (6). İklim değişikliği ile ilgili tartışmalarda toplumsal cinsiyet kadınlar ve kız çocukları üzerinden aktarılmaktadır (6). Bunun yanında, toplumsal cinsiyetle ilgili kaygılar değerlendirilirken çeşitli politikalara olan etki ve uygulamaların mevcut toplumsal eşitsizlikleri azaltarak bu etkiyi göstermesi hedeflenir (8). Bu çerçevede, iklim değişikliğinin toplumsal cinsiyet üzerinden ele alınmasında, politika ve uygulamaların mücadelede daha etkili olabilmesi için gerekli öneriler yer almalıdır. Ve bu bağlamdaki eksikliklere dikkat çekmek yerinde olacaktır. Bu derlemenin amacı, iklim değişikliği ve toplumsal cinsiyet arasındaki ilişkiyi anlamak, iklim değişikliğinin kadınlar üzerindeki ve toplumsal açıdan etkilerini değerlendirmek ve iklim değişikliği ile mücadelede toplumsal cinsiyete duyarlı yaklaşımların önemini vurgulamaktır.

İklim Değişikliği

İklim, yeryüzünün herhangi bir yerinde uzun yıllar boyunca görülen tüm hava koşullarının ortalama özellikleridir (9). İklim değişikliği ise, iklimin ortalama durumunda ya da değişkenliğinde onlarca ya da daha uzun yıllar boyunca görülen anlamlı değişimleri ifade eder (10). İklim değişikliği hem doğal süreçlerden hem de insan faaliyetlerinden kaynaklanabilir. İklim değişikliğine ait iç süreç ya da iç etmenler doğrudan iklim sisteminin içinde gelişmektedir. Bunlar atmosferin bileşimindeki ve yerkürenin yüzey özelliklerindeki doğal ya da insan kaynaklı önemli değişiklikleri ifade

eder. Örneğin, insan kaynaklı atmosfere salınan sera gazları ve çeşitli aerosol ve volkanik püskürmeler etki süreleri değişmekle birlikte, iklim değişikliklerine neden olan başlıca içsel süreç ve etmenler olarak bilinir. Dışsal süreçler ya da etmenlerin neden olduğu değişiklikler ise iklim sisteminin dışında gelişir. Potansiyel dış nedenler olarak yer kabuğundaki levha hareketleri, güneşin etkileri ve güneş ile yerküre arasındaki astronomik ilişkide gözlemlenen değişikliklerdir (11).

İklim değişikliği, buzul ve buzul arası çağlarda dünyanın çeşitli bölgelerinde ortalama sıcaklıklardaki önemli değişikliklerle ortaya çıkmıştır. Bugünkü bilgilere göre, yerkürenin 4.6 milyar yıllık uzun jeolojik tarihi boyunca iklim sistemlerinde milyonlarca yıldan on yıllara kadar çeşitli zaman dilimlerinde doğal etmenler ve süreçlerle ilgili birçok değişiklik yaşanmıştır. Jeolojik devirlerde görülen iklim değişikliği, özellikle buzul hareketleri ve deniz seviyesindeki değişiklikler yoluyla yalnızca dünya coğrafyasını değiştirmemiş aynı zamanda ekolojik sistemler üzerinde de kalıcı değişiklikler oluşturmuştur. Ancak 19. yüzyılın ortalarından bu yana iklimde doğal değişebilirliğe ek olarak insan etkilerinin belirginleştiği bir döneme girilmiştir. Bu yüzden günümüzdeki iklim değişikliği, insan etkisiyle artan sera gazlarındaki değişimleri vurgulamaktadır (11). Daha önceleri “küresel ısınma” olarak ifade edilen bu değişiklik yerini “küresel iklim değişikliği” terimine bıraksa da, iklim eylemcileri içinde bulunulan durumu açıklamak için “iklim krizi”, “iklim acil durumu” kavramlarını kullanmaktadır (12).

Atmosferde sera gazı birikiminin küresel düzeydeki doğrudan etkisi yıllık sıcaklık ortalamasının sanayi devrimine göre yaklaşık 1°C artmasıdır. Bu değişimin 2030-2052 yılları arasında emisyon seviyeleri önemli ölçüde azaltılmadığı takdirde 1.5 °C düzeylerinde olması beklenmektedir (13). Ancak sadece yeryüzünde homojen bir sıcaklık artışı gerçekleşmekle kalmaz. Aynı zamanda atmosferde tutulan enerji arttığı için yağış rejimi değişir, aşırı hava olaylarının sıklığı ve şiddeti artar. İklim krizinin diğer sonuçları denizler ve okyanusların ısınması nedeniyle artan buharlaşma, sıcaklık artışı nedeniyle buzulların erimesi, deniz

seviyesinin yükselmesi ve atmosferde artan CO₂'nin deniz yüzeyinden emilmesi nedeniyle okyanuslarda asitlenmedir (14). Görülen bu değişiklikler 20. yüzyılın son çeyreğinden bu yana daha belirgin bir şekilde gündemdedir. Örneğin, Dünya'da fırtına, sel, kuraklık sıcak hava dalgaları ve orman yangınlarının sayısı 1970'lerden bu yana dört katına çıkmıştır (15). 2030-2050 yılları arasında iklim değişikliğine bağlı olarak 250.000 fazladan ölümün gerçekleşmesi beklenmektedir (16).

Toplumsal cinsiyet

Bireyin cinsiyeti biyolojik cinsiyet "sex" ve toplumsal cinsiyet "gender" olarak tanımlanır. Toplumsal cinsiyet kavramı kadınlık ve erkekliğin toplumsal olarak kurulan, öğrenilen kalıplar olduğunu hatırlatmaktadır (17). Toplumsal cinsiyet kavramı ilk kez, cinsiyete dayalı ayrımların toplumdan kaynaklandığını ifade eden Amerikalı feministler tarafından ortaya atılmıştır. Bu kavramla birlikte, cins ya da cinsel farklılıkla ifade edilmek istenen biyolojik farklılıklar reddedilmiştir (18). Toplumsal cinsiyeti insan üretir ve toplumdan topluma değişebileceği gibi, farklı zaman dilimlerinde farklı şekillerde görülebilmektedir (19). Toplumsal cinsiyet eşitliği, cinsiyetten bağımsız olarak bireylerin hem toplumsal hem de özel alanda eşit hak ve fırsatlara sahip olmaları (19), toplumsal cinsiyette hakkaniyet kadın ve erkekler arasında daha adil bir paylaşımı işaret eder ve gereksinim olana daha fazla kaynak ve fırsatların sunulmasını gerektirir (20).

İklim değişikliğinin toplumsal cinsiyet açısından farklı etkileri

İklim değişikliğinin cinsiyete göre farklılaşmış etkileri bulunmaktadır. Temel argüman kadınların iklim değişikliğinin etkilerinden daha şiddetli etkileneceği şeklindedir (21). Bu etkilenim yanında, kadınların kişisel tercihlerinde daha fazla "yeşil" tutum sergiledikleri ve doğanın korunmasına daha fazla katkı sundukları bilinmektedir. Kadınlar ve çocuklar toplumda çoğu zaman en yoksul ve en savunmasız gruplar olduğu için her türlü çevresel bozunmadan erkeklerle

göre daha fazla etkilenmektedirler. Çeşitli doğal afetlerde cinsiyet eşitsizliğinin kadınların hayatta kalmaları üzerinde güçlü bir etkisi olduğu bilinmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre kadınların doğal afetler sonucunda ölme olasılıkları erkeklere göre 14 kat daha fazladır (22,23). Dünyadaki yoksulların %70'i kadınlardır. Kuraklık, sel ve yangın gibi çeşitli çevresel tehlikeler nedeniyle yerinden edilenlerin de %75'inden fazlasını kadınlar oluşturmaktadır (24). Alam ve Rahman'ın çalışmasında doğal afetlerde kadınların, erkeklere kıyasla daha fazla zorlukla yüzleştiği, ölümlerin arttığı, cinsel taciz ve iş yüklerinin arttığı belirtilmiştir. Bunun yanında, kadınların afet yönetimi için gerçekleştirilen faaliyetlere katılımı da erkeklere göre daha sınırlıdır (25). Kadınlar ayrıca bilgiye erişim sorunu da yaşamaktadırlar. Kadınlar, afet bağlamında güvenlik için gerekli olan bilgi ve iletişime erişimde engellerle karşılaşmaktadırlar. Afet dönemlerinde kadınlar, gerekli kaynaklara erişimde sıkıntılar yaşamaktadırlar (26). Kadınların iklim değişikliğiyle mücadeledeki potansiyel rolleri göz ardı edilmemelidir. Yine kadınların yerel düzeydeki çevre projelerine katılımı, sürdürülebilirlik açısından önemli bir adımdır.

Kırsal kesimlerdeki kadınlar ve erkekler, engelli ve yaşlı kadınlar, dul ve boşanmış kadınlar ve hamileler iklim değişikliklerinden daha fazla etkilenmektedir. Kadınlar üzerindeki fiziksel etkiler arasında artan iş yükü, afetlerde artan ölüm ve hastalıkların yanında afet dönemlerinde toplumsal cinsiyete dayalı şiddet de artma da bulunmaktadır. Erkeklerin evlilik ve aileyi geçindirme rolleri üzerinden belirginleşen yükleri sebebiyle artan ölüm riskleri dikkat çekmektedir (21). Yerel düzeyde dayanışma ağları oluşturulup kadınların bilgiye erişimi artırılıp dayanıklılık sağlanabilir. Kadınlar, erkeklere göre yoksullukla daha fazla karşılaşmaktadırlar ve kadınların beslenme düzeylerinin erkeklere göre daha yetersiz olduğu bilinmektedir. Kadınların ev içi sorumlulukları daha fazladır. Kadınlar sel veya su baskınları öncesinde barınma ve yiyecek depolama konusunda erkeklerden daha fazla zorlanmaktadır (27).

Birleşmiş Milletler Kadınlar Kalkınma Fonu'na (UNIFEM) göre hükümetler ve uluslararası yardım kuruluşları tarafından ele alınmayan bir durum olan cinsel şiddetin de ana hedefi kadınlardır. Hane halkının geçimini sürdüren erkeklerin göç etmesi nedeniyle kadınlar aileleriyle hayatta kalma mücadelesi vermek zorunda kalacaklardır. Aynı zamanda kadınlar, yoksullukları ve düşük sosyal statüleri nedeniyle karar alma süreçlerine katılmakta zorluk yaşayacaklardır (28). Toplumda ataerkil normların var olması kadınların sosyal engellerle karşılaşarak işlerini zorlaştırmaktadır. Bu durum, afet anlarında sığınma kararlarını bile etkileyen bir engel olarak düşünülebilir (29).

İklim değişikliği sonucunda, hane halkı daha fazla gıda kıtlığı yaşadığında, çocukların gıda tüketebilmesi için kadınlar daha fazla gıdasız kalma eğiliminde olurlar, bu da kendi sağlıklarına zarar vermektedir (27). Yerinden edilmenin neden olduğu ekonomik ve sosyal çöküş, kadınların zaten düşük olan statüsü ve kırılganlığını kötü etkilemektedir (21). Kadınlar, genellikle erkek partnerlerinin yaşadığı zorlukların farkındadır. Kadınlar bu durumda duygusal destek sağlama, sosyal etkinliklere teşvik etme ve olumsuz medya haberlerine partnerlerinin maruz kalmasını önleme gibi bakıcı rolleri üstlenebilirler (26). İklim değişikliğinin psikolojik etkilerine bakıldığında, afet döneminde kadınlarda toplumsal cinsiyete dayalı şiddet korkusu ve utanç duyguları artış göstermekte, erkeklerde sosyal izolasyon, travma, depresyon, alkol kullanımı ve intihar sıklığında artış görülmektedir (21).

Toplumsal Cinsiyet, Küresel Isınma ve Sıcak Hava Dalgaları

Küresel ısınma aşırı hava olaylarını tetiklemiştir (30). Bu aşırı hava olaylarından sıcak hava dalgaları, insan sağlığına zarar vermekte, verimliliği ve yaşam konforunu etkilemekte, ölümcül durumlara neden olmakta, hava koşullarını kötüleştirmekte, orman yangınlarının sayısını artırmakta, aşırı elektrik ve su tüketimine neden olmaktadır (31). Ayrıca bu kötü hava olayları tarımda üretim kaybına, turizmi etkileyerek kötü ekonomiye, ekosistemde kuraklaşmaya neden olur (32). Hükümetlerarası

İklim Değişikliği Paneli (IPCC), 1950'li yıllardan itibaren dünya çapında aşırı yüksek sıcaklık olaylarının sıklığının ve yoğunluğunun arttığını, aşırı düşük sıcaklık olaylarının ise azaldığını bildirmiştir (33). Sıcak hava dalgalarını aşırı ölüm ve hastalıklarla ilişkilendiren araştırmaların çoğu, bu tür olayların nadir yaşandığı kuzey yarımkürede gerçekleştirilmiştir (34,35).

Wang ve ark.'nın çalışmasında sıcak hava dalgasının özellikle kadınları ve 65-74 yaş arası yetişkinleri etkilediği ve ölüm oranlarını arttırdığı belirtilmiştir (36). Kore'nin 7 büyük şehrinde yapılan bir çalışmada, sıcak hava dalgalarının kadınlarda erkeklere göre, yaşlılarda gençlere göre ve eğitimi olmayanlarda eğitilmiş bireylere göre daha ölümcül seyrettiği bulunmuştur (37). Xu ve ark.'nın çalışmasında hem sıcak hava dalgalarına hem de hem de PM 2.5'e maruz kalmanın özellikle kadınlar ve yaşlılarda artan miyokard enfarktüsü riski ile ilişkili olduğu bulunmuştur (38). Foster ve ark.'nın çalışmasında aşırı sıcak hava olaylarına karşı ısı uyumu için 50 yaş üstünde olmak, kadın olmak ve diabetes mellitus varlığı olumsuz faktörler olarak belirtilmiştir (39). Tüm bu farklılıklar, kadın ve erkeklerin sıcaklık stresiyle başa çıkmalarına yönelik hazırlanan stratejilerin de toplumsal cinsiyet bağlamında düşünülmesi gerektiğine vurgu yapmaktadır.

Toplumsal Cinsiyet, Meteorolojik Hadiseler ve Yangınlar

İklim değişikliğinin bir sonucu olarak aşırı hava olaylarının sayısı ve yoğunluğu, sıklığı, zamanı ve mekanları değişmektedir (14). 2000-2019 yılları arasında yalnızca fırtına, sel ve kuraklık nedeniyle 4 milyar insan etkilenmiş, 300 binden fazla insan hayatını kaybetmiştir. Sel sıklığı 1980-2000 yılları arasında %134, fırtınalar %40 ve kuraklık %29 artmıştır (40). Bangladeş'te yapılan bir çalışmada aşırı hava olaylarının çiftlerin çocuk sahibi olma kararlarını etkilediği bulunmuştur (41). Hindistan'da yapılan bir çalışmada aşırı hava olayları nedeniyle kadınların erkeklere göre afetlerde daha çok çalıştığı, aile üyelerine baktığı ve mallarına sahip çıktıkları belirtilmiştir (42).

İklim değişikliğinin doğal afetlerle ilişkisi ve

orman yangınları gerçeği, dikkat edilmesi gereken bir konudur. Orman yangınları şeklinde beliren doğal afetler toplumun tarımla geçinen kesimini büyük ölçüde etkilemektedir ve toplum için önemli su kaynaklarının kaybına neden olmaktadır (43). Orman yangınları, kuru ağaçların sürtünmesi, volkanik patlamalar ya da yıldırım çarpması gibi doğal nedenlerle gerçekleşip rüzgârlarla taşınabilir (44). Ayrıca bazı orman yangınları insanlar tarafından kasıtlı olarak çıkartılmaktadır (45). Bu orman yangınları sonucunda gerçekleşen sömürü geçim kaynaklarının kaybına ve çevresel değişikliklere neden olmaktadır (46).

Orman yangınlarının gerçekleştiği durumlarda, kadınların ailelerinin ekonomik durumunu destekleme sorumluluğu, onları üstesinden gelmeleri gereken ek zorluklarla yüzleştirmektedir (43). Bazı bölgelerde, orman yangınlarından sonra göç eden erkekler nedeniyle kadınlar daha çok etkilenmektedir (43). Ayrıca kadınların afetlerde aldıkları sorumluluklar da görmezden gelinmektedir. İsveç'te yaşanan bir yangın için hazırlanan bir raporda kadınların aldıkları görevlere erkeklerin görevleri kadar odaklanılmaması sorumlulukların eşit dağılmadığını göstermektedir (47). Orman yangınları ve arazi kaybından en çok etkilenenler kadınlar olmasına rağmen çoğu zaman karar alınırken dışlandıkları belirtilmiştir (48).

Toplumsal Cinsiyet, Kuraklık ve Suya Erişim

Kuraklığın topluma etkileri, insanların farklı ihtiyaçları, yetenekleri ve rolleri doğrultusunda çeşitlenen sosyal faktörlere bağlı olarak farklılık göstermektedir (49). Çeşitli coğrafik bölgelerde kuraklık etkilerinin kötüleşmesi ve değişmesinin altında yatan nedenlerin ekonomik, sosyal ve çevresel faktörler olduğu düşünülmektedir (50). Kadınlar ve erkekler kuraklığı farklı şekillerde deneyimlemektedir. Ancak kuraklığın azaltılması ve uyum politikaları cinsiyet perspektifinden yoksun olmaya devam etmektedir (51). İklim değişikliği nedeniyle kadınların günlük bakım işleri daha da zorlaşmıştır. Temiz su ve yakacak odun ihtiyacı için kadınlar daha fazla yol kat etmek zorunda kalacak ve elverişsiz koşullarda yiyecek yetiştirmek ve toplamak için daha fazla

zaman harcamak durumunda kalacaklardır (52). Tarımda sağlanan bu istihdam, kadınları genellikle yarı zamanlı ve geçici işler de dahil olmak üzere, güvensiz koşullarda çalışmaya zorlamaktadır (53).

Evde cinsiyete dayalı bir iş bölümü bulunduğu sürece kadınlar daha fazla sıkıntıya girmektedirler. Bu durum suyun evde ya da yaşanan yerde bulunmadığı ve belirli mesafeden getirilmesi gerektiğinde daha belirgindir (54). 2002'den 2004'e kadar, Gine, Malavi, Madagaskar ve Sierra Leone'de yapılan araştırmalarda kadınların su ve odun taşımak için erkeklere göre 2 kat daha fazla zaman harcadıkları belirtilmiştir (55). Laos'un köylerinde yapılan bir çalışmada kadınların besinlerden aldığı kaloringin %30'unu eve su getirmek için harcadıkları gösterilmiştir (56). Kenya'da yapılan bir çalışmada 1990'ların sonlarında başlayan aşırı kuraklık döneminde, kız çocuklarının okulu bıraktıkları bulunmuştur (57). Gelişmemiş ülkelere ait şehirlerde su temini için uzun kuyuklar oluşturan kadınlar güvenlik açısından sorun yaşayıp, haydutların ve tecavüzcülerin saldırısına uğramaktadırlar (54). Kadınlar, özellikle kuraklık sırasında susuzluğun yükünü taşımak zorunda kaldıklarında sağlık açısından omurilik yaralanmaları, spontan düşükler, pelvik malformasyonlar ve kronik yorgunluk gibi bedeller ödeyebilirler (54). Pakistan'da aşırı sıcaklık yüzünden hem erkeklerin hem de kadınların göç etmek durumunda kaldığı belirtilmiştir. Ancak kadınlar göç için erkeklere göre daha kısa mesafeleri göze almaktadırlar (58).

Hoddinott ve Kinsey'in Zimbabwe kırsalında yaptıkları çalışmada yetişkin sağlığı incelenmiş, kadınların erkeklere kıyasla kuraklıktan daha fazla etkilendiği bulunmuştur (59). Memon ve ark.'nın çalışmasında kuraklık durumlarında kadınların sosyal güvencelerinin olmaması ve hayatta kalmak için gerekli temel ihtiyaçlara ulaşamamaları nedeniyle daha savunmasız oldukları vurgulanmıştır (60). Uganda'da yapılan bir çalışmada kadınların hane liderliği durumlarında kaynaklara erişim eksikliği yaşadığı, ayrıca kuraklığa dayanıklı ürünler hakkında daha az bilgiye sahip olduğu ve bu sebeplerle kuraklığa daha az dayanıklı olduğu belirtilmiştir (61). Alston

ve Kent'in çalışmasında, kadınların %75'inin kuraklık dönemlerinde çiftlikte işlerinin arttığı ve %50'sinin zorunlu olarak tarım dışı işlerde çalıştıkları tespit edilmiştir. Kadınlarda görülen bu tarım dışı istihdam genellikle kadınların normalde iş aramayacağı koşullar altında bir zorunluluk haline gelmiştir (53).

Toplumsal Cinsiyet ve Deniz Seviyesi Yükselişi

Dünya'nın çeşitli şehirlerinde deniz seviyesindeki yükselmenin ekonomik etkileri olmaktadır. Bunun yanında deniz seviyesindeki yükselme kişilerin mülklerini, turizmi ve sigortacılığı vurmaktadır. Örneğin, Florida'da deniz seviyesindeki 0.68 metrelik bir yükselme mevcut plajları, havalimanları, tarihi yapıları ve kamu tesislerini tehdit etmektedir. Tüm bu yükselme ile 2.4 milyon insan ve 1.3 milyon ev tehdit altındadır (62). Meng ve ark.'nın çalışmasında deniz seviyelerindeki yükselme nedeniyle daha sık su baskını, daha yıkıcı fırtınalar, kamu arazilerinin yıkıcı olarak kaybı ve daha fazla suda kirlenme endişelerinin kadınlarda daha fazla görüldüğü belirtilmiştir (63). Aynı zamanda deniz seviyesindeki yükselme, kıyı bölgelerinde yaşayan bireyler ve topluluklar üzerinde hem doğrudan hem de dolaylı etkiler yaratarak sosyal ve ekonomik kırılganlıkları arttırabilir.

Dünyanın kıyı bölgelerinin çoğu iklim değişikliği, deniz seviyesinde yükselme, doğal afetler ve iklim değişikliğinin neden olduğu meteorolojik hadiseler nedeniyle tehdit altındadır (64). ABD'yi etkileyen Katrina kasırgasında en çok etkilenenler genellikle kadınlar ve özellikle Afro-Amerikan etnik kökene sahip olanlardır (65). 2004 yılında Endonezya'nın Sumatra adasında meydana gelen depremden sonra oluşan tsunamilerde, kadınların ölüm oranı erkeklere göre üç kat daha yüksek olmuştur (66). Birçok ülkede, kadınların büyük bir kısmı yüzme bilmemektedir ve giydikleri kıyafetler hareket kabiliyetlerini kısıtlamaktadır (67). Kadınların yüzme bilmemesi, birçok bölgede eğitime erişim eşitsizliğini ve kültürel normların önemini işaret etmektedir. Afet durumlarında ataerkil sistem kadınların kendilerini kurtarmalarına izin vermemektedir. Kadınların ev içinde daha fazla vakit geçirmesi

nedeniyle, afetlerde zayıf ve güvensiz yapılar kadınların ölme riskini arttırmaktadır. Bunun yanında kadınların erken uyarı sistemlerine erişimleri de sınırlıdır (68). Bir başka çalışmada toplumsal cinsiyetin kıyılarıdaki çevresel risklerin önemli belirleyicisi olduğu ve kadınların erkeklere göre fiziksel ve ekonomik olarak daha fazla risk algıladıkları ortaya çıkmıştır (69).

Politika ve Stratejiler

İklim adaleti için uğraşanların otoriter rejimlerin derinleştiği sistemlerde faaliyet göstermeleri giderek zorlaşmaktadır. Filipinler'de idam edilen iklim aktivistleri, Pakistan, Afrika ve Hindistan'daki çekirge saldırılarıyla baş etmek durumunda kalan kadın çiftçiler, Mayıs 2020'de Batı Bengal'deki Amphan Kasırgası'nın yarattığı yıkımla baş etmek durumunda kalanlar bu duruma örnektir (70). Öldürülen her on çevre savunucusundan birinden fazlasının kadın olması ve cinayetlerin büyük bir kısmının Latin Amerika'da gerçekleşmesi, toplumsal cinsiyet eşitsizliğiyle mücadele etmenin önemini hatırlatmaktadır (71). Bu durum, birçok bölgede toplumsal cinsiyet eşitliğini güçlendirmeye yönelik somut ve sürdürülebilir adımlar atılması gerektiğini ortaya koymaktadır.

İklim değişikliği toplumsal cinsiyet ilişkileri ve rolleri üzerinde dönüştürücü bir potansiyele sahiptir. İklimin neden olduğu etkiler, kadınları ve erkekleri farklı ve yeni faaliyetlerde bulunmaya zorlayarak ailede ve toplumda yeni rollere yol açar. Toplumsal cinsiyet kavramı, iklim değişikliği ile ilgili belgeler ve araştırmalarda büyük oranda yer almamaktadır. Yapılan az sayıdaki çalışmada, iklim değişikliğinin kadınlar üzerindeki etkilerine odaklanmıştır. İklim politikalarını şekillendiren toplumsal cinsiyete dayalı güç ilişkilerinde ve söylemsel çerçevelerde eşit vurgu ihmal edilmektedir (21). İklim değişikliğini hafifletmek ve uyum sağlamayı kolaylaştırmak adına tasarlanan politikalarda savunmasız kadınların dışlandığı ve uygulamaların sosyal sonuçlarının göz ardı edildiği belirtilmiştir (8).

Cinsiyet ve iklim üzerine yapılan az sayıdaki araştırma, cinsiyet, çevre ve kalkınma

akademisyenleri (GED) ve Birleşmiş Milletler (BM) için çalışan BM Kadın Fonu (UNIFEM) ve BM Çevre Programı (UNEP) gibi kurumlar tarafından yürütülmüştür. Çoğu çevre aktivisti kadın da iklim değişikliğinin dünya çapındaki etkilerini daha fazla farkındalık yaratmak amacıyla sivil toplum kuruluşları aracılığıyla çalışmalar yürütmektedir. Bununla birlikte hem Kyoto Sözleşmesinde hem de Birleşmiş Milletler İklim Değişikliği Çerçeve Sözleşmesi'nde (UNFCCC) toplumsal cinsiyet ve kadın kelimeleri yer almamaktadır (21). Aynı zamanda kadınların, sağlık, finans, enerji ve ulaşım gibi iklim değişikliği ile ilgili konularda, hem kamuda hem de özel sektörde yeterince temsil edilmediği görülmektedir (24).

2008'de Bali'de, 2009'da Kopenhag'da yapılan konferanslarda toplumsal cinsiyet adaleti olmadan iklim adaletinin olmayacağı vurgulanmıştır (21). Paris Anlaşmasında ve UNFCCC'de iklim değişikliğiyle olan mücadelede toplumsal cinsiyet eşitliğine ve kadınların güçlendirilmesine vurgu yapılmaktadır (24). Ancak bu iyi gelişmelerin yanında, iklim değişikliğiyle olan mücadelede kadınların rollerini önemsemeyen Birleşmiş Milletler Güvenlik Konseyi raporları gibi örneklerde, kadınların güvenlik önlemlerine yönelik görüşleri ve çalışmaları, bir afetle başa çıkma konusunda planlama ve hazırlık süreçlerine ve afet müdahalesine tam katılımları dışlanmaktadır (47). Kadınların karar alma, planlama, politika oluşturma ve uygulama süreçlerine katılımlarındaki eksiklik, iklim değişikliğinin etkilerine karşı kırılganlıklarını artırmaktadır (72). Ancak toplumsal cinsiyeti çevreyle ilgili politikalara katmak faydalı olabilir. Hindistan ve Nepal'de karar alma süreçlerine daha fazla kadının katılımıyla, orman koruma çalışmalarının daha başarılı sonuçlar verdiği gözlemlenmiştir (73).

Hükümetler hem kadınlar hem de erkekler için kaynaklara eşit erişimi sağlamalıdır. İklim, afet ve tarım alanlarında cinsiyete duyarlı politikalar benimsenmelidir. Çeşitli aktörlerle kurulan ortaklıkların iş birliği teşvik edilmelidir. Kullanıcıların ihtiyaçlarına odaklanan erken uyarılar ve tarımsal bilgilerin

dağıtımı sağlanmalıdır (21). Sosyal eşitliği geliştirme ve zaten dışlanmış ve savunmasız olan grupların uyum sağlamasını kolaylaştırmak için cinsiyet dönüştürücü iklim değişikliği uyumu gerekmektedir. Bu, toplumsal cinsiyet merceği ile yapısal gerçeklerin incelenmesini gerektirir. Toplumsal cinsiyet, iklim ve sektörel programlarda yol gösterici bir ilke haline getirilmelidir. Bu durumda, kadınlara daha fazla yük yüklemekten kaçınılmalı, ihtiyaç ve çıkarlarını gözetmek için kadınların demokratik hakları kullanılmalı, hesap verebilirlik talep edilmeli ve faydaların adil olması sağlanmalıdır (74).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Kadınlar iklim değişikliğinin etkilerine daha savunmasızdır. Kadınlar iklim değişikliğinin etkilerine ve iklim değişikliğinin getirdiği afetlere dirençlilik konusunda erkeklere göre daha savunmasızdır. Buna geçirmiş oldukları gebelik, menopoz gibi fizyolojik süreçler de eklendiğinde fark iyice belirginleşir. Bu duruma biyolojik cinsiyet kadar, toplumsal cinsiyet olgusunun da önemli bir etkisinin olduğu açıktır. Doğal afetlerde, kadınların hayatta kalma oranları erkeklere göre düşüktür. Çeşitli sosyal belirleyiciler altında iklim değişikliğinin etkilerini kadınlar farklı şekilde deneyimlerler. Kırsal kesimde yaşayan kadınlar, yaşlı kadınlar, engelli kadınlar, dul ya da boşanmış kadınlar erkeklere göre iklim değişikliğinden daha fazla etkilenir. Doğal afetlerde ya da iklim değişikliğinin getirmiş olduğu yeni yaşam biçimlerinde kadınlar ailedeki erkeklerin göç etmesi gibi nedenlerle daha fazla sorumluluk üstlenirler. Kadınların bu tercihlerinde kültürel ve toplumsal normlar, hareket özgürlüğü üzerindeki kısıtlamalar ve güvenlik kaygıları etkilidir. Orman yangınları, deniz seviyesinin yükselmesi, kuraklık, yangınlar, çeşitli meteorolojik hadiseler ve sıcak hava dalgaları kadınları erkeklere göre daha fazla etkilerken, gün geçtikçe bu etkilerin daha da arttığı görülmektedir.

İklim değişikliğinden kaynaklanan tehlikelerin sıklıkla yaşanıyor olması kadınların kırılganlığını artırmaktadır. Kadınların doğal afetlerle başa çıkabilmek için gerekli bilgi beceriye sahip olması gerekmektedir. Afet zamanlarında, cinsiyet

eşitsizliğine katkı sunan doğal iklim sistemleri, dil, tabular, baskın ataerkil sistem ve sosyal normların etkileşimine odaklanılmalıdır. Kadınlar erkeklerle birlikte uyum çabalarına öncülük etmeli, kararlar almalı ve kadınların bu çabalara katılımı teşvik edilmelidir. Hükümetler, kadınlar ve erkekler için eşit ve ulaşılabilir kaynak sağlamalı ve cinsiyete duyarlı politikalar benimsemelidir. Ortaklıklar teşvik edilmelidir, kullanıcıların ihtiyaçlarına odaklanmış erken uyarı sistemleri kullanılmalıdır. Kadınların hem kamuda hem de özel sektörlerde liderlik pozisyonlarına gelmeleri iklim eylemlerini hızlandırabilir. Sürecin sürdürülmesinde, toplumsal cinsiyet eşitliği için kaydedilen gelişmeleri şeffaf bir biçimde izlemek ve raporlamak önemlidir. Gerçekleşen afetlerden daha fazla etkilenen kadınların kullanımına göre tasarlanmış ve cinsiyete duyarlı erken uyarı sistemleri afetlere hazırlıkta kritik rol oynayabilir.

KAYNAKÇA

1. Gender G, Alliance C. *Gender and climate change: A closer look at existing evidence*. 2016 [a.yer 24 Mart 2024]; Erişim adresi: <https://wedo.org/wp-content/uploads/2016/11/GGCA-RP-FINAL.pdf>
2. Achebak H, Devolder D, Ballester J. *Trends in temperature-related age-specific and sex-specific mortality from cardiovascular diseases in Spain: a national time-series analysis*. *The Lancet Planetary Health*. 2019;3(7):e297-306.
3. Fruttero A, Halim D, Broccolini C, Coelho B, Gnafon H, Muller N. *Gendered Impacts of Climate Change Evidence from Weather Shocks*. 2023;7.
4. Ellena M, Ballester J, Mercogliano P, Ferracin E, Barbato G, Costa G, vd. *Social inequalities in heat-attributable mortality in the city of Turin, northwest of Italy: a time series analysis from 1982 to 2018*. *Environ Health*. Aralık 2020;19(1):116.
5. Neumayer E, Plümper T. *The Gendered Nature of Natural Disasters: The Impact of Catastrophic Events on the Gender Gap in Life Expectancy, 1981–2002*. *Annals of the Association of American Geographers* [Internet]. 01 Eylül 2007 [a.yer 23 Nisan 2025]; Erişim adresi: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1111/j.1467-8306.2007.00563.x>
6. Edvardsson Björnberg K, Hansson SO. *Gendering local climate adaptation*. *Local Environment*. Şubat 2013;18(2):217-32.
7. Alston M. *Introducing Gender and Climate Change: Research, Policy and Action*. İçinde: Alston M, Whittenbury K, editörler. *Research, Action and Policy: Addressing the Gendered Impacts of Climate Change* [Internet]. Dordrecht: Springer Netherlands; 2013 [a.yer 24 Mart 2024]. s. 3-14. Erişim adresi: https://doi.org/10.1007/978-94-007-5518-5_1
8. Alston M. *Gender mainstreaming and climate change*. İçinde: *Women's Studies International Forum* [Internet]. Elsevier; 2014 [a.yer 24 Mart 2024]. s. 287-94. Erişim adresi: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277539513000204?casa_rD6Rzv8si4D1jzZ3tsq6jKEbsycXTRAWhVchIJ_paJd7YIAM4UnkFSKJ4FnjkeOo_xrG3g
9. Türkeş M. *Hava, İklim, Şiddetli Hava Olayları ve Küresel Isınma*. TC Başbakanlık Devlet Meteoroloji İşleri Genel Müdürlüğü. 2000;187:205.
10. Kirdi İ, Sever F, Kirdi Y, Sever M. *İklim Değişikliği ve Konya İlindeki Fen Bilimleri Öğretmenlerinin İklim Değişikliği ve Farkındalığı Hakkındaki Görüşleri*. *JSHSR*. 28 Şubat 2023;10(92):404-17.
11. Türkeş M. *Küresel iklim değişikliği nedir? Temel kavramlar, nedenleri, gözlenen ve öngörülen değişiklikler*. *İklim Değişikliği ve Çevre*. 01 Mart 2008;1(1):26-37.
12. Akyüz AA. *Yaşamsal Bilinmezlik: İklim Krizi ve Gıda*. 2019;
13. *Earth's CO2 Home Page* [Internet]. 2024 [a.yer 06 Mart 2024]. Erişim adresi: <https://www.co2.earth/>
14. IPCC — *Intergovernmental Panel on Climate Change* [Internet]. 2023 [a.yer 06 Mart 2024]. Erişim adresi: <https://www.ipcc.ch/>
15. Seneviratne S, Nicholls N, Easterling D, Goodess C, Kanae S, Kossin J, vd. *Changes in climate extremes and their impacts on the natural physical environment*. 2012;
16. WHO. *Climate change* [Internet]. 2023 [a.yer 09 Ocak 2025]. Erişim adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/climate-change-and-health>
17. Özyaylaklı YDDK. *Toplumsal Cinsiyet Temelinde Türkiye'de Kadın ve Eğitim*. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*. 01 Temmuz 2014;(33).
18. Scott JW, Demirler D, Dinçer F. *Toplumsal Cinsiyet : Faydalı Bir Tarihsel Analiz Kategorisi*. *Kültür ve Siyasette Feminist Yaklaşımlar*. Ekim 2010;(12).
19. Saraç S. *Toplumsal cinsiyet*. *Toplumsal cinsiyet ve yansımaları*. 2013;27-32.
20. Yılmaz ESA. *Kadın Hareketinde Yeni Bir İvme: Toplumsal Cinsiyet Adaleti*. 2015 [a.yer 06 Mart 2024]; Erişim adresi: <https://www.muhammedbalci.com/hukukdunyasi/tce/872.pdf>
21. MacGregor S. *'Gender and climate change': from impacts to discourses*. *Journal of the Indian Ocean Region*. 01 Aralık 2010;6(2):223-38.
22. *Climate change and human health - risks and responses* [Internet]. 2003 [a.yer 13 Mart 2024]. Erişim adresi: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/climate-change-and-human-health---risks-and-responses>
23. *World Meteorological Organization. Gendered Impacts of Weather and Climate: Evidence from Asia, Pacific and Africa*. 2019 [a.yer 07 Mart 2024]; Erişim adresi: https://etrp.wmo.int/pluginfile.php/30825/mod_resource/content/1/Gender%20Impacts%20of%20Weather%20and%20Climate.pdf
24. OECD G. *Gender and the environment: Building Evidence and*

- Policies to Achieve the SDGs*. Paris: OECD Publishing; 2021.
25. Alam K, Rahman MdH. Women in natural disasters: A case study from southern coastal region of Bangladesh. *International Journal of Disaster Risk Reduction*. 01 Haziran 2014;8:68-82.
26. Alston M. Gender and climate change in Australia. *Journal of Sociology*. Mart 2011;47(1):53-70.
27. Cannon T. Gender and climate hazards in Bangladesh. *Gender & Development*. 01 Temmuz 2002;10(2):45-50.
28. Dankelman I. Climate change: Learning from gender analysis and women's experiences of organising for sustainable development. *Gender & Development*. 01 Temmuz 2002;10(2):21-9.
29. Ahmed S, Eklund E. Climate Change Impacts in Coastal Bangladesh: Migration, Gender and Environmental Injustice. *Asian Affairs*. 04 Ocak 2021;52(1):155-74.
30. Lei J, Chen R, Yin P, Meng X, Zhang L, Liu C, vd. Association between Cold Spells and Mortality Risk and Burden: A Nationwide Study in China. *Environmental Health Perspectives*. Şubat 2022;130(2):027006.
31. Basu R. High ambient temperature and mortality: a review of epidemiologic studies from 2001 to 2008. *Environ Health*. 16 Eylül 2009;8(1):40.
32. Ciais P, Reichstein M, Viovy N, Granier A, Ogée J, Allard V, vd. Europe-wide reduction in primary productivity caused by the heat and drought in 2003. *Nature*. 2005;437(7058):529-33.
33. Gray V. Climate Change 2007: The Physical Science Basis Summary for Policymakers. *Energy & Environment*. Temmuz 2007;18(3-4):433-40.
34. Garssen J, Harmsen C, Beer JD. The effect of the summer 2003 heat wave on mortality in the Netherlands. *Eurosurveillance*. 01 Temmuz 2005;10(7):13-4.
35. Fouillet A, Rey G, Laurent F, Pavillon G, Bellec S, Guihenneuc-Jouyaux C, vd. Excess mortality related to the August 2003 heat wave in France. *Int Arch Occup Environ Health*. 01 Ekim 2006;80(1):16-24.
36. Wang Y, Lin L, Xu Z, Wang L, Huang J, Li G, vd. Have residents adapted to heat wave and cold spell in the 21st century? Evidence from 136 Chinese cities. *Environment International*. 01 Mart 2023;173:107811.
37. Son JY, Lee JT, Anderson GB, Bell ML. The Impact of Heat Waves on Mortality in Seven Major Cities in Korea. *Environmental Health Perspectives*. Nisan 2012;120(4):566-71.
38. Xu R, Huang S, Shi C, Wang R, Liu T, Li Y, vd. Extreme Temperature Events, Fine Particulate Matter, and Myocardial Infarction Mortality. *Circulation*. 25 Temmuz 2023;148(4):312-23.
39. Foster J, Hodder SG, Lloyd AB, Havenith G. Individual Responses to Heat Stress: Implications for Hyperthermia and Physical Work Capacity. *Front Physiol*. 11 Eylül 2020;11:541483.
40. UN Office for Disaster Risk Reduction The human costs of disasters: an overview of the last 20 years 2000–2019. [Internet]. 2019. Erişim adresi: <https://www.undrr.org/media/48008/download>
41. Haq A, Md S. The impact of extreme weather events on fertility preference and gender preference in Bangladesh. *Front Environ Sci [Internet]*. 30 Mayıs 2023 [a.yer 17 Eylül 2024];11. Erişim adresi: <https://www.frontiersin.org/journals/environmental-science/articles/10.3389/fenvs.2023.1095460/full>
42. Sogani R. Gender approaches in climate compatible development: lessons from India. 2016;
43. Marlina S, Lattu BS, Usup A, Sunaryati R. Gender Adaptation Strategy to The Impact of Forest and Land Fire in Kelampangan Village Peatland, Sebangau, Central Kalimantan. *IOP Conf Ser: Earth Environ Sci*. 01 Mart 2021;715(1):012079.
44. Ramkumar M. Geological Hazards: Causes, Consequences & Methods of Containment. New India Publishing; 2009. 334 s.
45. Dağistanlı HA, Gencer C. Hibrit Tehdit Perspektifinden Orman Yangınları ve Türkiye'nin Mücadele Politikası. *SAVSAD*. 27 Aralık 2023;(1):35-70.
46. Bush MB, Silman MR. Amazonian exploitation revisited: ecological asymmetry and the policy pendulum. *Frontiers in Ecology and the Environment*. 2007;5(9):457-65.
47. Danielsson E, Eriksson K. Women's invisible work in disaster contexts: gender norms in speech on women's work after a forest fire in Sweden. *Disasters*. 2022;46(1):141-61.
48. Marlina S, Lattu BS, Usup A, Sunaryati R. Gender Capability in Facing the Reality of the Impact of Forest Fires in Central Kalimantan. *PalArch's Journal of Archaeology of Egypt/Egyptology*. 2021;18(4):4844-8.
49. Singh R, Feroze SM, Ray LIP. Effects of Drought on Livelihoods and Gender Roles: A Case Study of Meghalaya. *Indian Journal of Gender Studies*. Ekim 2013;20(3):453-67.
50. González Tánago I, Urquijo J, Blauhut V, Villarroya F, De Stefano L. Learning from experience: a systematic review of assessments of vulnerability to drought. *Natural Hazards*. 2016;80:951-73.
51. Alston M. Drought policy in Australia: gender mainstreaming or gender blindness? *Gender, Place & Culture*. Nisan 2009;16(2):139-54.
52. Goldsworthy H. Women, global environmental change, and human security. *Global environmental change and human security*. 2010;2010:215-36.
53. Alston M, Kent J. Social impacts of drought [Internet]. CiteSeer; 2004 [a.yer 07 Mart 2024]. Erişim adresi: <https://citeseerx.ist.psu.edu/t?repid=rep1&type=pdf&doi=59b09511f9f4703eacc2b01e3db08c32c9c754d2>
54. Nagel J. *Gender and Climate Change: Impacts, Science, Policy*. New York: Routledge; 2015. 278 s.
55. United Nations Development Programme. 2011. Tracing the Effects – Understanding the Relations [Internet]. 2011 [a.yer 21 Mart 2024]. Erişim adresi: www.unis.unvienna.org/unis/en/news/2011/human-development-report-2011.html.
56. La Frenierre J. The burden of fetching water: Using calorific expenditure as an indicator of access to safe drinking water—A case study from Xieng Khouang Province, Lao PDR [Internet] [M.A.]. [Ann Arbor, United States]; [a.yer 21 Mart 2024]. Erişim adresi: <https://www.proquest.com/docview/304879848/>

abstract/648A165CD8DA46ABPQ/1

57. Wawire VK. *Gender and the social and economic impact of drought on the residents of Turkana District in Kenya*. 2003 [a.yer 21 Mart 2024]; Erişim adresi: <https://agris.fao.org/search/en/providers/122412/records/6473697e08fd68d5460626ae>
58. Mueller V, Gray C, Kosec K. *Heat stress increases long-term human migration in rural Pakistan*. *Nature climate change*. 2014;4(3):182-5.
59. Hoddinott J, Kinsey B. *Adult health in the time of drought*. 01 Şubat 2000;
60. Memon MH, Aamir N, Ahmed N. *Climate Change and Drought: Impact of Food Insecurity on Gender Based Vulnerability in District Tharparkar*. *The Pakistan Development Review*. 2018;57(3):307-31.
61. Fisher M, Carr ER. *The influence of gendered roles and responsibilities on the adoption of technologies that mitigate drought risk: The case of drought-tolerant maize seed in eastern Uganda*. *Global Environmental Change*. 01 Kasım 2015;35:82-92.
62. Stanton EA, Ackerman F. *Florida and climate change: the costs of inaction*. 2007 [a.yer 01 Temmuz 2024]; Erişim adresi: <https://www.cabidigitallibrary.org/doi/full/10.5555/20083154838>
63. Meng S, Liu C, Mozumder P. *Rising waters, divergent perspectives: Understanding sea level rise concerns and gender differences*. *Ocean & Coastal Management*. 01 Kasım 2024;258:107393.
64. Williams BA, Watson JEM, Beyer HL, Klein CJ, Montgomery J, Runtung RK, vd. *Global rarity of intact coastal regions*. *Conservation Biology*. 2022;36(4):e13874.
65. Rahman MW, Tanny N, Islam MS. *Piloting the FAO Gender and Rural Advisory Services Assessment Tool in Bangladesh Component: Enabling Environment [Internet]*. Rochester, NY; 2017 [a.yer 24 Mart 2024]. Erişim adresi: <https://papers.ssrn.com/abstract=3022478>
66. Hines RI. *Natural Disasters and Gender Inequalities: The 2004 Tsunami and the Case of India*. *Race, Gender & Class*. 2007;14(1/2):60-8.
67. Bhandari M. *International Centre for Integrated Mountain Development*. İçinde: Ritzer G, editör. *The Wiley Blackwell Encyclopedia of Globalization [Internet]*. 1. bs Wiley; 2012 [a.yer 24 Mart 2024]. Erişim adresi: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/9780470670590.wbeog308>
68. Aguilar L. *Climate change and disaster mitigation: Gender makes the difference*. *World Conservation Union (IUCN)*. 2006;
69. Carlton SJ, Jacobson SK. *Climate change and coastal environmental risk perceptions in Florida*. *Journal of Environmental Management*. 30 Kasım 2013;130:32-9.
70. Abou-Habib L, Esquivel V, Goetz AM, Sandler J, Sweetman C. *Introduction: Gender, development, and Beijing +25*. *Gender & Development*. 03 Mayıs 2020;28(2):223-37.
71. Witness G. *Defending tomorrow: The climate crisis and threats against land and environmental defenders*. *Global Witness*. 2020;52.
72. Deshar R, Koirala M. *Climate Change and Gender Policy*. İçinde: Venkatramanan V, Shah S, Prasad R, editörler. *Global Climate Change and Environmental Policy: Agriculture Perspectives [Internet]*. Singapore: Springer; 2020 [a.yer 17 Eylül 2024]. s. 411-22. Erişim adresi: https://doi.org/10.1007/978-981-13-9570-3_14
73. Agarwal B. *Gender and forest conservation: The impact of women's participation in community forest governance*. *Ecological Economics*. 15 Eylül 2009;68(11):2785-99.
74. Resurrección BP, Bee BA, Dankelman I, Park CMY, Haldar M, McMullen CP. *Gender-transformative climate change adaptation: advancing social equity*. *Paper commissioned by the Global Commission on Adaptation (GCA) [Internet]*. 2019 [a.yer 19 Mart 2024]; Erişim adresi: https://genderandsecurity.org/sites/default/files/Resurreccion_et_al_-_G-Transformative_Climate_Change_Adaptatn_-_Advancg_Soc_Equity.pdf

Gebelikte Görülen Rahatsızlıklarda Kanıt Temelli Uygulamalar

Evidence-Based Practices For Disorders During Pregnancy

Eda KAYA¹, Büşra YILMAZ²

ÖZ

Gebelik sürecinde birçok fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişim yaşanmaktadır. Gebelerin bu dönemde yaşadığı değişimler yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Kanıt temelli uygulamalar; bilimsel kanıtlar, bireysel ve profesyonel deneyimleri birleştirerek klinikte hasta sonuçlarını, bakım kalitesini ve tutarlılığını iyileştirmeyi amaçlamaktadır. Bu derleme gebelikte görülen rahatsızlıklarda semptom yönetiminde kullanılan kanıt temelli uygulamaların incelenmesi amacıyla yapılmaktadır. Gebelikte oluşan rahatsızlıkların tedavisi için kanıta dayalı kaliteli veriler şunlardır: Bulantı-kusma için B6 vitamini, antihistaminler, fenotiazinler, kortikosteroidler, prenatal vitaminler, zencefil ve akupressür; idrar yolu enfeksiyonu için kızılçık suyu ve akupunktur; anksiyete ve depresyon için psikoterapi ve farmakolojik tedavidir. Anemiye yönelik demir takviyesi, konstipasyonu gidermek amacıyla lif tüketimi, bel ağrısı, pelvik ağrı, yorgunluk ve rinitte yönelik düzenli egzersiz önerilmekle birlikte daha düşük kanıt düzeyi bildirilmektedir. Sonuç olarak hemşirelerin gebelikte oluşan değişiklikleri açıklayabilmesi, semptom yönetimine yönelik bakımı planlama, bakımı güncel rehberler doğrultusunda gerçekleştirmesi gerekmektedir. Bu bağlamda gebelikte görülen rahatsızlıklara yönelik olarak kanıt temelli araştırmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Gebelik, Rahatsızlık, Kanıta Dayalı Uygulamalar, Hemşirelik

GİRİŞ

Kadın hayatında deneyimlediği en doğal dönemlerden olan gebelik sürecinde fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişimler yaşanmaktadır (1). Gebe kadınların bu dönemde yaşadığı değişimler yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (1). Gebelik döneminde bakımı planlamak ve bakım uygulamalarını güncel rehberler doğrultusunda kapsamlı bir

1-Araştırma Görevlisi, İstanbul Atlas Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Anabilim Dalı,

E-posta: eda-yuzuguler@hotmail.com ORCID: 0009-0008-3196-2575

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

E-posta: busra.yilmaz@iuc.edu.tr ORCID: 0000-0001-6937-5351

Gönderim Tarihi:27.01.2025 - Kabul Tarihi: 03.12.2025

ABSTRACT

During pregnancy, numerous physiological, psychological, and social changes occur, which can negatively impact the quality of life of pregnant individuals. Evidence-based practices aim to improve clinical outcomes, the quality of care, and consistency in practice by integrating scientific evidence with both individual and professional experiences. This review examines evidence-based practices used in the management of pregnancy-related symptoms. High-quality evidence-based data for the treatment of pregnancy-related conditions include the following: vitamin B6, antihistamines, phenothiazines, corticosteroids, prenatal vitamins, ginger, and acupressure for nausea and vomiting; cranberry juice and acupuncture for urinary tract infections; and psychotherapy and pharmacological treatment for anxiety and depression. Iron supplementation is recommended for anemia, fiber intake for constipation, and regular exercise for lower back pain, pelvic pain, fatigue, and rhinitis, although the level of evidence for these interventions is lower. In conclusion, nurses must be able to explain the physiological changes that occur during pregnancy, plan symptom management strategies, and implement care based on current guidelines. In this context, further evidence-based research is needed to improve the management of pregnancy-related conditions.

Keywords: Pregnancy, Discomfort, Evidence-Based Practices, Nursing

şekilde gerçekleştirmek için gebelikte oluşması beklenen fizyolojik ve psikolojik değişimlerin bilinmesi gereklidir (1). Tablo 1’de gebelikte gözlenen fizyolojik ve psikolojik değişiklikler belirtilmiştir. Gebelikte en sık gözlenen rahatsızlıklar ise; bulantı ve kusma, anemi, konstipasyon, bel ağrısı ve pelvik ağrı, baş ağrısı, uyku problemleri, yorgunluk, gebelik riniti, idrar yolu enfeksiyonu, meme hassasiyeti, vajinal akıntı, mide ekşimesi ve reflü, ödem, anksiyete ve depresyon olarak sıralanabilir (2-4).

Kanıt temelli uygulamalar, bilimsel kanıt, profesyonel deneyim ve hastaların deneyimleri dahil olmak üzere bilginin farklı yönlerinden

yararlanmayı içermektedir. (5). Bilimsel kanıtlar, literatür incelemelerini, Cochrane Kütüphanesi ve Joanna Briggs Enstitüsü gibi çevrimiçi kaynakları ve bilgi sentezine dayalı klinik uygulama kılavuzlarını kapsamaktadır. Bilimsel çalışmalar doğrultusunda elde edilen kanıtlar klinikte kullanılabilir bir biçime dönüştürülmekte ve hasta sonuçlarının, bakım kalitesinin ve tutarlılığının iyileştirilmesini sağlamaktadır (6). Hemşireler araştırmacı rolleri kapsamında alana ilişkin bilimsel bilgi düzeylerini arttırmaya yönelik araştırmalar yaparak bakım uygulamalarının daha etkili ve verimli sunulmasını sağlayabilir ayrıca hemşirelik mesleğinin ilerlemesi ve gelişmesine katkıda bulunabilirler (7).

Bu derleme gebelikte görülen rahatsızlıklarda semptomların yönetiminde kullanılan kanıt temelli uygulamaların incelenmesi amacıyla yapılmaktadır. Konuya ilişkin literatür taraması yapıldığında benzer bir çalışmanın yayımlandığı fakat çalışmanın güncelliğinin yitirildiği gözlemlenmiştir (2). Çalışmamızda güncellenmiş literatür taraması ile son yıllarda yapılan randomize kontrollü çalışmalar, meta-analizler ve klinik rehberler ışığında konu yeniden ele alınmıştır. Derlemenin hazırlık sürecinde ACOG (The American College of Obstetricians and Gynecologists), RCOG (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists), The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC), National Institute for Health and Care Excellence (NICE), World Health Organization (WHO), T.C Sağlık Bakanlığı gibi ulusal ve uluslararası güncel klinik rehberler değerlendirilmiştir. Yapılan araştırma sonucu elde edilen kanıt düzeyleri ve öneri dereceleri Tablo 2 kullanılarak hazırlanmış olup semptom yönetiminde kullanılan kanıt temelli uygulamalar Tablo 3'te sunulmuştur.

1. Gebelikte Görülen Rahatsızlıklar

1.1 Bulantı ve Kusma

Gebelikte mide bulantısı ve kusma, gebe ve fetus sağlığını etkileyen yaygın bir durumdur. Çoğunlukla gebeliğin 4-9. haftasında ortaya çıkmakta, 7-12. haftada zirveye ulaşarak 16.

haftadan sonra giderek azalmaktadır. Gebelerin yaklaşık %15-30'unda yaşanan bulantı kusma, gebeliğin 20. haftasından sonra ya da bazı durumlarda doğuma dek sürebilmektedir (10,11).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) yayımlanmış olduğu Antenatal Bakım Rehberi'nde gebeliğin erken dönemlerinde bulantı ve kusmayı hafifletmeye yönelik zencefil, B6 vitamini, papatya ve akupunktur önermektedir (12).

Yapılan bir sistematik derleme sonucunda zencefilin B vitamininden daha etkili olduğu ancak 35-500 mg zencefil dozunda, B6 vitamini ve zencefil aynı etkiye sahip olduğu görülmüştür. Fakat daha uzun bir tedavi süresinde (60 gün), B6 vitamininin zencefilden daha etkili olduğu kanıtlanmıştır (13,14). Yapılan bir başka sistematik derleme çalışmasında gebelikte ilişkili mide bulantısını önlemek ve tedavi etmek için kullanılan bitki türlerinin sırasıyla zencefil, papatya, nane ve nar olduğu bildirilmiştir (15). Ek olarak erken gebelik döneminde gebeler tarafından en sık tercih edilen tamamlayıcı ve alternatif tedavi biçimi olan akupunkturun gebeler üzerinde kullanıldığı bir sistematik derleme çalışmasında bulantı ve kusmayı önlemede etkili olduğu saptanmış olup PC6, ST36 ve CV12 noktalarına bası yapılması önerilmiştir (16).

1.2 Konstipasyon

Konstipasyon gebelikte gelişebilir veya şiddeti artabilir. Gebelikte konstipasyon yaygınlığının %11 ila %38 arasında olduğu bildirilmekte olup gebelikte yükselen progesteron seviyelerinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Düşük sıvı ve lif alımı da katkıda bulunan faktörlerdendir. Düşük sıvı alımı, özellikle üçüncü trimesterde, gebelikte konstipasyon ile ilişkilendirilmiştir. Ayrıca gebelikte alınan demir tuzları ve magnezyum sülfat gibi bazı ilaçlar da sebep olabilmektedir (17).

Gebelikte konstipasyonun giderilmesinde başlangıçta farmakolojik olmayan müdahaleler, sorun çözülemediği takdirde farmakolojik müdahaleler önerilmektedir. Farmakolojik müdahaleler; hacim arttırıcı laksatifler, ozmotik laksatifler, uyarıcı laksatifler, lavmanlar ve

Tablo 1. Gebelikte Gözlenen Fizyolojik ve Psikolojik Değişiklikler

Sistem ve Yapılar	Fizyolojik Değişiklikler
Üreme Sistemi	Uterusun boyutu ve hacmi artar. Servikal glandlarda proliferasyon ve hiperaktivite görülür. Artan östrojen ve progesteron ovulasyonu sağlayan FSH ve LH hormonlarını baskıladığından gebelik boyunca ovulasyon gerçekleşmez. Vajinal hipertrofi ve hiperplazi nedeniyle vajinal mukozada kalınlaşma, gevşeme ve akıntı meydana gelir. Memelerde artan dolgunluk, hassasiyet, büyüme ve ağırlık artışı gibi değişiklikler ortaya çıkar.
Üriner Sistem	Büyüyen uterusun mesaneye baskı yapması ve progesteronun etkisiyle üretra ve sfinkter kaslarında gevşeme sonucunda sık idrara çıkma, gece idrara çıkma ve idrar kaçırma gibi yakınmalar meydana gelir. Bu durum üriner sistem enfeksiyonlarına zemin hazırlamaktadır.
Kardiyovasküler Sistem	Kalp atım hacmi, kalp hızı, kardiyak debi ve nabız basıncında artış meydana gelir. Kalp atım hızı ortalama 10-15 atım artarak kalp çarpıntısına neden olabilir. Gebeliğin 2. trimesterinde, kan basıncı yaklaşık 10-15 mmHg düşer fakat 26-28. gebelik haftaları itibarıyla doğuma dek yükselir. Ayrıca alt ekstremitelerdeki kan akışının azalması, bacaklarda ve vulvada varikoz venlere yakınlığı arttırabilir.
Solunum Sistemi	Gebenin solunum ihtiyacı %30-%40 oranında artar, Östrojen, akciğer dokusunda hipertrofi ve hiperplaziye yol açarak solunum sistemi kapasitesini artırırken, progesteron hava yolu direncini düşürür. Bu değişiklikler oksijen tüketiminde ve vital kapasitede yaklaşık %15-%20 arasında bir artışa neden olur.
Sindirim Sistemi	Bulantı ve kusma, mide yanması, reflü, tükürük salgılamında artma ve tat koku hassasiyeti oluşabilir.
Boşaltım Sistemi	Kolonların kasılma aktivitesinde azalma sonucu konstipasyon meydana gelebilir. Konstipasyon ve büyüyen uterusun altta kalan damarlara baskı yapması sonucu hemoroid oluşabilir.
Kas-İskelet Sistemi	Uterusun büyümesi, kilo alımı ve vücudun denge merkezinin değişmesine bağlı olarak bel bölgesinde lomber lordoz meydana gelebilir. Ayrıca ekstremitelere giden kan akışının azalmasına bağlı olarak kas krampları yaşanabilir.
Psikolojik Değişiklikler	Gebelik, psikolojik, fizyolojik ve duygusal değişimlerin bir arada yaşandığı bir kriz dönemidir. Ambivalan duygularda artış nedeniyle gebeliğe uyum zorlaşabilir. Gebe stres, kaygı ve depresyona daha meyilli hale gelebilir.
(1,8,9)	

fitiller dahil olmak üzere çok çeşitli ilaç sınıflarından ilaçları içermektedir. Gebelikte konstipasyonun giderilmesine yönelik öncelikle lif alımının artırılması önerilmektedir. Ek olarak uyarıcı laksatiflerin, hacim arttırıcı laksatiflerden daha etkili olduğu ancak karın ağrısı ve ishal gibi yan etkiler nedeniyle kullanımlarının sınırlı olması gerektiği bildirilmektedir (17).

1.3 Bel Ağrısı ve Pelvik Ağrı

Kadınların %65'inden fazlası gebelikte bel ağrısı, yaklaşık %20'si ise pelvik ağrı yaşamaktadır.

Bu iki semptom çoğu zaman gebelik ilerledikçe kötüleşmekte olup bazı hastalarda doğum sonrası üç yıla kadar sürebilmekte ve yaşam kalitesini önemli ölçüde etkilemektedir (18).

DSÖ yayımlanmış olduğu antenatal bakım rehberine göre bel ağrısını ve pelvik ağrıyı önlemek amacıyla gebelik boyunca düzenli egzersiz önerilmektedir. Kadının tercihlerine ve mevcut seçeneklerine dayalı olarak fizyoterapi, destekleyici bel korseleri ve akupunktur gibi kullanılabilir bir dizi farklı tedavi seçenekleri de bulunmaktadır (19).

Gebelikte ilişkili bel ağrısının tedavisinde akupunktur kullanımına yönelik yapılan bir meta analiz çalışmasında akupunktur tedavisi sonrasında Vizüel Analog Skala (VAS) skorunun anlamlı şekilde azaldığı sonucuna ulaşılmıştır (20). Kinezyo bantlama uygulaması yapılan lumbo-pelvik ağrısı olan gebe kadınlar ile yürütülen 7 randomize kontrollü çalışmanın dahil edildiği bir başka meta analiz çalışmasında 5-10 gün boyunca uygulanan kinezyo bantlamanın, düşük kanıt düzeyinde ağrı yoğunluğunda kısa süreli bir azalma sağladığı saptanmıştır (21).

1.4 Baş Ağrısı

Gebelik döneminde değişen reproduktif hormonların, trigeminovasküler sisteme olan etkisi baş ağrısı gelişiminin en önemli faktörüdür (22). Gebelik döneminde, artan kan volümü nedeni ile arterler üzerinde oluşan basınçla da kadınlarda baş ağrısı gözlemlenmektedir. Özellikle migren ve tansiyon hastası gebelerde, baş ağrısı daha sık gözlenmektedir. Bu durum, hormonal dalgalanmaların da azaldığı 2-3. trimesterde 1. trimestere göre daha az görülmektedir (22). Gebelikte yaşanan baş ağrısına yönelik olarak ACOG kılavuz yayımlamış olup yapılan öneriler Tablo 3'te yer almaktadır (23).

1.5 Uyku Problemleri

Gebelikte zaman içinde uyku parametrelerinde değişiklikler meydana gelmektedir (24). Gebelik ilerledikçe kadınlar gece boyunca daha az derin uykuya sahip olmakta ve daha sık uyanmaktadır. Gebelikte uyku bozukluklarının birinci trimesterden başlayarak üçüncü trimesterde en yüksek değerlerine ulaştığı bildirilmektedir (24). Uyku sorunları için bilişsel davranışçı terapi (BDT), Amerikan Uyku Tıbbı Akademisi (AASM) tarafından gebe olmayan popülasyonlarda önerilen kronik uykusuzluk için birinci basamak tedavidir (25). BDT ile ilişkili önemli maternal ve fetal risklerin olmaması, onu gebelikte de tercih edilen tedavi yöntemi haline getirmektedir. Farmakolojik tedavi ise, kabul edilebilir en düşük dozdan başlayarak ve yalnızca gerektiğinde kullanıldığında uygun görülmektedir. Ek olarak etkililik ve güvenlik açısından kanıt eksikliği

nedeniyle, kediotu, triptofan ve melatonin gibi uykusuzluk tedavisi olarak lanse edilen tedavi biçimlerinden kaçınılmasını önerilmektedir (26).

1.6 Yorgunluk

Yorgunluk gebelerde yaygın olarak görülmekle birlikte yaşam kalitesini etkileyebilecek içsel ve öznel, hoş olmayan, zihinsel veya fiziksel bir bitkinlik hissi olarak tanımlanmaktadır (27).

Yapılmış bir meta analiz çalışmasında gebelik ve doğum sonrası dönemde egzersizin yorgunluk üzerinde yararlı etkileri olabileceği fakat kanıt düzeyini iyileştirmek amacıyla daha büyük ölçekli ve yüksek kaliteli çalışmalara ihtiyaç olduğu sonucuna ulaşılmıştır (28). Shoebeiri ve arkadaşlarının yapmış olduğu randomize kontrollü bir çalışmada ise refleksoloji uygulamasının gebe kadınlarda yorgunluğu önemli ölçüde azalttığı bulunmuştur (29). Ek olarak gebelikte yorgunluğa yönelik kılavuzlarda herhangi bir öneri bulunmamakta olup kanıt temelli uygulamalara ihtiyaç bulunmaktadır.

1.7 Gebelik Riniti

Gebelik hormonlarının artışı, özellikle de östrojen miktarındaki artış nedeniyle nazal mukozanın olumsuz etkilenmesi sonucu burun tıkanıklığı yakınmaları ile seyreden tablo “gebelik riniti” olarak tanımlanmaktadır. Konjesyonla birlikte çoğu zaman burundan sulu veya viskoz berrak akıntı olmaktadır. Gebelik riniti en az 2 ay sürmekte ve genellikle gebeliğin sonuna doğru belirginleşerek gebelik sonrasında kaybolmaktadır (30).

Egzersizin burun tıkanıklığını azaltarak rinit semptomları olan hastalara yardımcı olduğu bilinmektedir. Randomize kontrollü bir çalışmada, sekiz hafta boyunca haftada üç kez 30 dakikalık aerobik egzersiz seanslarının ardından nazal inspiratuar akımın ve nazal kan akımının iyileştiği ve rinit semptomlarının azaldığı gözlenmiştir (31). Başka bir çalışmada sırtüstü pozisyonda uzun süreli yatışın hava akışını kötüleştirebileceğinden ötürü, 30-45 derecelik açıyla baş yukarı pozisyonda yatmak burundan hava geçişini ve yan yatış pozisyonunda ise

bağımlı olmayan burun deliğindeki burun hava akışını iyileştirebileceği bildirilmiştir (32).

1.8 İdrar Yolu Enfeksiyonu

İdrar yolu enfeksiyonu (İYE), gebeliklerin yaklaşık %8'ini etkileyen daha yaygın perinatal komplikasyonlardan biridir. Bu enfeksiyonlar, asemptomatik bakteriüriden semptomatik akut sistit ve en ciddi olan piyelonefrite kadar bir spektrumunu temsil etmektedir. İYE varlığı, erken doğum oranlarının artması ve düşük doğum ağırlığı gibi olumsuz gebelik sonuçlarıyla ilişkilendirilmiştir (33).

Gebelikte tekrarlayan İYE yönetimine yönelik yeterli kanıt bulunmamaktadır. Tekrarlayan akut bir enfeksiyon tedavisi sonrasında gebeliğin devamında antimikrobiyal ilaçlar ile İYE baskılanabilir, tercihen izole bakterinin duyarlı olduğu antibakteriyel bir ilacın daha düşük tek günlük dozu kullanılabilir (33). Nonfarmakolojik önlemlerin de antimikrobiyal kullanımını azaltmada önemli bir rolü vardır. Sistemik bir incelemede, kızılıklık suyu kullanımı, genital hijyen alışkanlıkları, bağışıklama, kanefron ve askorbik asit karşılaştırılmış ve hijyen önlemlerinin, İYE'lerin önlenmesinde etkisi olduğu gösterilen tek yaklaşım olduğu sonucuna ulaşılmıştır (34). Klinik rehberler ve kılavuzlar incelendiğinde İYE'ye ilişkin öneriler gebe olmayan kadınlarda yapılmış olup gebelere yönelik öneriler sınırlıdır.

1.9 Meme Hassasiyeti

Gebelikte memelerde doğum ve emzirmeye hazırlanmak için önemli değişiklikler meydana gelmektedir ve bu süreçte gebelerde meme hassasiyeti sıklıkla yaşanan bir sorundur. Meme dokusu, glandüler dokunun hipertrofisi ve vaskülarizasyonla birlikte artmaktadır (35). Meme dokusunda yaşanan fiziksel değişimler ile birlikte cilt daha ince görünür ve kan damarları daha belirgin hale gelmektedir. Ayrıca areola ve meme uçları koyulaşarak büyümekte ve dikleşmektedir. Yaşanan bu değişiklikler özellikle ilk trimesterde memelerde ağrı, karıncalanma, hassasiyet ve büyümeye sebep olmaktadır (35). Gebelerde sık yaşanan bir sorun olmasına rağmen klinik rehberler tarafından yayımlanmış herhangi

bir kılavuz ya da öneri bulunmamaktadır.

1.10 Vajinal Akıntı

Vajinal akıntı gebelikte sık görülen bir durum olmakla birlikte kaşıntı, ağrı, kötü koku veya idrar yaparken ağrı gibi belirtilerin eşlik etmesi durumunda araştırılması ve tedavi edilmesi gerekmektedir (36). Bu bağlamda sebebini belirlemek amacıyla semptomatik vajinal akıntısı olan gebelerden vajinal sürüntü örneği alınması düşünülmelidir. Ek olarak cinsel yolla bulaşan bir enfeksiyondan şüpheleniliyorsa, ilgili tarama testlerinin yapılması gerekmektedir (36).

1.11 Mide Ekşimesi ve Reflü

Gebelik öncesi reflü sorunu olmayan ve gebelikte ortaya çıkan reflü “gebelik reflüsü” olarak kabul edilmektedir. Gebelerde reflünün kesin mekanizması tartışmalı olmakla birlikte, seks hormonlarının artışından dolayı düşük özefagus sfinkter basıncındaki azalma temel mekanizma olarak öne sürülmüştür (37). Özellikle ikinci ve üçüncü trimesterlerde, abdominal basıncın artması, artan progesteron düzeyi, anormal mide akıntısı veya gecikmiş bağırsak geçişi nedeniyle düşük özefagus sfinkter basıncında bir azalma gözlenmektedir. Gebelikte reflü kadınların üçte ikisinden fazlasında görülen yaygın bir semptom olmakla birlikte gebelik öncesi mide ekşimesi olan kadınlarda gebelikte reflü riski daha fazladır (37). Konuya ilişkin olarak NICE gebelikte mide ekşimesi yönetimi adlı bir kılavuz yayımlanmış olup uygulamalar ve kanıt düzeyleri Tablo 3'te belirtilmiştir (38).

1.12 Ödem

Gebelikte hormonlar ve plazma osmolaritesindeki azalmanın etkisiyle fizyolojik olarak su ve sodyum tutulumuna bağlı olarak toplam vücut suyunda artış görülür. Terme doğru toplam vücut suyu 6,5-8,5 litre civarında artmış olur. Bu suyun yaklaşık altı litresi ekstrasellüler alanda, iki litresi ise intrasellüler alanda tutulur. Bunun dışında ortaya çıkan ekstrasellüler sıvı artışı patolojik ödeme neden olur. Gebelikte büyüyen uterusun vena cava inferiora bası yapması, alt ekstremitelerde venöz basıncın artmasına ve buna

bağlı olarak vasküler aralıktan intertisyel aralığa sıvı sızmasına neden olur. Bu nedenle gebelerin çoğunda özellikle son trimesterde ayak bileği ve bacaklarda basmakla gide bırakan ödem özellikle gün sonunda gözlenebilir (39).

Cochrane veri tabanında yayımlanmış bir sistematik derlemede pnömatik aralıklı kompresyon, istirahat, refleksoloji, suya daldırma ve ayak masajı incelenmiş olup refleksoloji ve suya daldırma yönteminin ödemle ilişkili semptomları önemli ölçüde azalttığı sonuçlarına ulaşılmıştır (40). Fakat kanıt düzeyi düşük seviye olarak bildirilmiş olup gebelikte ödem ile ilişkili kanıt temelli uygulamalara ihtiyaç bulunmaktadır.

1.13 Anksiyete ve Depresyon

Gebelik dönemi hassas bir dönem olmakla birlikte gebeler ebeveynliğe geçiş döneminde zorlanabilmekte ve bu durum anksiyete ve strese yol açabilmektedir. Bu durum gebelik sürecinde tedavi edilmez veya kötü yönetilirse anne, eş, fetus ve bebek sağlığını olumsuz etkileyebilmekte ve sonuçları kalıcı olabilmektedir (41). Örneğin, doğum öncesi depresyon ve anksiyete; yetersiz doğum öncesi beslenme, erken doğum, düşük doğum ağırlığı ve emzirmeye başlamada azalma ile ilişkilendirilmiştir. Tedavi edilmediği takdirde bu durum gebelerde ve eşlerinde kalıcı depresyon, kendine zarar verme ve intihar ile ilişkilendirilmiştir (41).

Tablo 2. Kanıt Düzeyleri ve Öneri Dereceleri

Kanıt Düzeyi	Tanımlama	Kanıt Tipi	Öneri Derecesi
Yüksek (1++,1+,1-, 2++, 1, II-1)	Daha fazla araştırmanın sonuca olan güvenilirlik üzerinde değişim yapma ihtimali çok düşüktür	Meta analizler, Randomize Kontrollü Çalışmaların (RKÇ) sistematik derlemeleri ya da RKÇ'ler	A
Orta (2+,2-, II-2)	Daha fazla araştırmanın sonuca olan güvenilirlik üzerinde önemli bir etkisi olabilir	Vaka kontrol veya kohort çalışmalarının sistematik derlemeleri, iyi yapılmış vaka kontrolü veya kohort çalışmaları	B
Düşük (3, II-3)	Daha fazla araştırmanın sonuç üzerinde önemli bir etkiye sahip olması ve sonucu değiştirmesi muhtemeldir	Analitik/deneysel olmayan çalışmalar (vaka raporları, vaka serileri, korelasyon)	C
Çok düşük (4, III)	Herhangi bir sonucun tahmini belirsizdir	Uzman görüşü, resmi görüş birliği	D
	Temel olarak rehberi geliştiren grup içindeki fikir birliği kullanılmıştır		D (GPP): İyi Uygulama Noktası

*D (GPP): Good Practice Point (10; 42-45)

Tablo 3. Gebelikte Görülen Rahatsızlıklara Yönelik Semptom Yönetiminde Kullanılan Kanıt Temelli Uygulamalar

Gebelikte Sık Görülen Rahatsızlıklar	Semptom Yönetiminde Kullanılan Uygulamalar	Kanıt Düzeyi	Sonuç
Bulantı ve Kusma	B6 vitamini/ B6 vitamini+ doksitamin tedavisi	ACOG: A Kanıt Düzeyi, RCOG: 2++, A Kanıt Düzeyi, SOGC: IA	1. basamak farmakoterapi olarak düşünülmelidir (10,42).
	Antihistaminler ve fenotiyazinler	RCOG: 2++, A Kanıt Düzeyi	Primer tedavi olarak kullanılabilir (42).
	Kortikosteroidler	RCOG: 1+, A Kanıt Düzeyi	Kortikosteroidler, standart tedavilerin etkisiz kaldığı ve antiemetiklerle birlikte kullanıldığı durumlarda kullanılmalıdır (42).
	Akupressür	SOGC: IB	Bazı kadınlarda gebelikte görülen bulantı ve kusmanın tedavisinde yardımcı olabilir. (42).
	Prenatal vitaminler	ACOG: A Kanıt Düzeyi	Prekonsepsiyonel dönemde prenatal vitaminlerin alınması standart öneri olarak verilebilir (10).
	Zencefil	ACOG: B Kanıt Düzeyi, SOGC: IA	Bulantı semptomlarını azaltmada yararlı etkileri olduğu gösterilmiştir (10, 57).
	Metilprednizolon tedavisi	ACOG: B Kanıt Düzeyi	Son çare olarak başvurulması gereken bir tedavi seçeneğidir (10).
Konstipasyon	Beslenme ve Egzersiz	Orta düzeyde kanıt	Başlangıçta farmakolojik olmayan müdahaleler (diyet, sıvı alımının artırılması ve egzersiz) tavsiye edilmekte, başarısız olduğu takdirde farmakolojik müdahale önerilmektedir. Yapılmış bir sistematik derlemede lif takviyesinin dışkı sıklığını artırmada etkili olabileceği bildirilmiştir (22).
	Laksatifler	Orta düzeyde kanıt	Uyarıcı laksatiflerin, konstipasyonu gidermede hacim arttırıcı laksatiflerden daha etkili olduğu ancak karın ağrısı ve ishal gibi yan etkiler nedeniyle kullanımlarının sınırlı olması gerektiği bildirilmiştir (22).
Bel Ağrısı ve Pelvik Ağrı	Düzenli egzersiz	D (GPP): Düşük düzeyde kanıt	DSÖ Antenatal Bakım Rehberi'ne göre bel ağrısı ve pelvik ağrını önlemek amacıyla gebelik boyunca düzenli egzersiz önerilmektedir (19).

Baş Ağrısı	Nonsteroid Antiinflatuar İlaçlar (NSAİİ)	ACOG: Düşük düzey	Gebelikte migren tedavisinde NSAİİ kullanımının, fetal yan etki riski nedeniyle ikinci trimester ile sınırlı tutulmalıdır (23).
	Parasetamol	ACOG: Çok düşük düzey	Akut migren tedavisinde başlangıç tedavisi olarak oral yoldan 1000 mg parasetamol kullanılabilir (23).
	Kafein	ACOG: Çok düşük düzey	Parasetamol ile kafeinin birlikte kullanılmasını önermektedir ancak günde 200 mg'ı aşan kafein dozlarının olası fetal etkilere karşı dikkatli olunması gerekmektedir (23).
	Metoklopramid	ACOG: Orta düzey	Gebelikte inatçı baş ağrısının ek tedavisi olarak metoklopramid 10 mg'ı (intravenöz veya enteral) tek başına veya difenhidramin 25 mg (intravenöz veya enteral) ile birlikte önermektedir (23).
	Ergot alkaloidi	ACOG: Orta düzey	Gebelikte kullanımı önerilmemektedir (23).
	Opioid narkotikler	ACOG: Orta düzey	Gebelikte kullanımı önerilmemektedir (23).
Uyku Problemleri	Uyku hijyen eğitimi	ACOG: D (GPP)	Uyku problemi olan gebe kadınlara uyku hijyeni eğitimi, bilişsel davranışçı tedavi önerilmektedir. Şiddetli veya kronik uyku problemi olan kadımlar için ise ACOG doxylamin, doxepin ve zolpidem ile tedaviyi önermektedir (26).
	Prometazin tedavisi	İyi Uygulama Noktası	
Yorgunluk	Farmakolojik Tedavi	-	Yapılan çalışmalarda egzersiz ve refleksolojinin yorgunluğu azaltmada etkili olduğu gözlemlenmiştir (28, 29).
	Egzersiz	-	
Gebelik Riniti	Refleksoloji	-	Yapılan bir çalışmada egzersizin rinit semptomlarını azaltmada etkili olduğu gözlemlenmiştir (31).
	Egzersiz	-	
	Pozisyon değişikliği	-	Yapılan bir çalışmada yan yatış pozisyonu ve baş yukarıda şekilde yatmanın hava akışını iyileştirdiği sonucuna ulaşılmıştır (32).
	Kızılclık suyu	SOGC: IA	Kızılclık ürünlerinin tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonlarını (İYE) azaltmada etkili olduğu bildirilmektedir (43).
İdrar Yolu Enfeksiyonu	Antibiyotik tedavisi	ACOG: D (GPP) İyi Uygulama Noktası, SOGC: II-1B	Tekrarlayan İYE riski taşıyan gebelere gebeliğin son 4 haftası hariç, nitrofurantoin veya sefalosporin ile sürekli veya cinsel ilişki sonrası profilaksi önerilmektedir (43). ACOG da benzer şekilde günlük 100 mg oral nitrofurantoin veya günlük 250-500 mg oral sefalesin önermektedir (33).
	Akupunktur	SOGC: IB	Antibiyotik profilaksisine yanıt vermeyen veya tedaviyi tolere edemeyen kadınlarda tekrarlayan İYE'nin önlenmesinde akupunktur bir alternatif olarak düşünülebilir (43).
Meme Hassasiyeti	Uygun sütyen seçimi	-	Geniş omuz askıları ve herhangi bir akıntıyı emmek için pedleri olan destekleyici bir sütyen giymek, göğüsleri ılık suyla yıkamak ve kuru tutmak, soğuk kompresler hassasiyeti gidermeye yardımcı olabilir fakat yeterli çalışma olmadığı için öneri düzeyindedir (35).
	Hijyen	-	
	Soğuk kompres	-	

Vajinal Akıntı	Vajinal sürüntü örneği	NICE: D (GPP) İyi Uygulama Noktası	Semptomatik vajinal akıntısı olan gebelerde vajinal sürüntü örneği alınması düşünülmelidir. Cinsel yolla bulaşan bir enfeksiyondan şüpheleniliyorsa, tanı ve tarama testleri yapılmalıdır. Ayrıca NICE'in antimikrobiyal yönetimi kılavuzu, antimikrobiyal reçetelemede iyi uygulama konusunda rehberlik sağlamaktadır (36). Mide ekşimesinin giderilmesinde ve yaşam kalitesinin artmasında etkilidir (38).
Mide Ekşimesi ve Reflü	Akupunktur	NICE: Çok düşük düzey kanıt seviyesi	Gebelikte mide ekşimesi tedavisinde plaseboya kıyasla daha etkili oldukları saptanmış olup kullanımı önerilmektedir. Fakat fetus üzerindeki etkilerine (fetal mortalite, SGA) ilişkin kanıtlar yetersiz olmakla birlikte kanıt temelli araştırmalara ihtiyaç vardır (38).
	Antasitler ve aljimat bazı reflü baskılayıcılar	NICE: Çok düşük düzey kanıt seviyesi	
Ödem	Proton pompası inhibitörleri (PPI'ler)	NICE: Çok düşük düzey kanıt seviyesi	Gebeliğin ilk trimestrında kullanımın bebeğe zarar vermediğine dair bazı kanıtlar olmasına rağmen, bunlar çok düşük kalitede olup rutin olarak kullanılmalarını önermek için yeterli değildir (38). Yapılmış bir sistematik derlemede refleksoloji ve suya daldırmanın ödemle ilişkili semptomları önemli ölçüde azalttığı sonucuna ulaşılmıştır (40).
	Refleksoloji Suya daldırma	Düşük düzey kanıt seviyesi	
Anksiyete ve Depresyon	Psikoterapi/ Farmakolojik tedavi	SOGC: Güçlü Yüksek kanıt seviyesi	Orta düzeyde perinatal depresyon veya anksiyetesi olan gebelere birinci basamak tedavi olarak psikoeğitim, psikoterapi, farmakolojik tedavi veya bu yaklaşımların bir kombinasyonunu önerilmektedir (41).

SONUÇ

Gebelik süreci kadın hayatında deneyimlenen en doğal dönemlerden biri olmakla birlikte gebeler bu dönemde fizyolojik ve psikolojik bazı değişimler yaşamaktadır. Gebelerin bu dönemde yaşadığı değişimler yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Gebelik süresince anne ve bebeğe en iyi sağlık koşullarını sağlayan antenatal bakımın hem doğrudan (gebeliğe ilişkin komplikasyonları tanılama ve tedavi) hem de dolaylı (anteartum ve intrapartum komplikasyon gelişme riski yüksek olan kadınları saptama) etkisiyle maternal mortalite ve morbidite oranlarını düşürdüğü belirtilmektedir (19). Bu nedenle antenatal bakımın gebeliğin mümkün olan en erken döneminde başlayarak doğuma kadar sürmesi gerekmektedir (19). Gebelikte en sık gözlenen rahatsızlıklar; bulantı ve kusma, anemi, konstipasyon, bel ağrısı ve pelvik ağrı, baş ağrısı, uyku problemleri, yorgunluk, gebelik riniti, idrar yolu enfeksiyonu, meme hassasiyeti, vajinal akıntı, mide ekşimesi ve reflü, ödem, anksiyete ve depresyon olarak sınıflandırılabilir. Hemşireler gebelikte oluşması beklenen fizyolojik ve psikolojik değişiklikleri bilmeli ve bakım uygulamalarını güncel klinik rehberler doğrultusunda gerçekleştirmelidir. Bu doğrultuda gebelik semptomlarının yönetimi kolaylaştırarak iyileşme hızlanmakta ayrıca bakımın kalitesi ve hasta memnuniyeti artmaktadır. Fakat literatür incelendiğinde gebelikte gözlenen rahatsızlıklara ilişkin kanıta dayalı çalışmaların sınırlı olduğu ve var olan kanıt seviyesi ile öneri düzeylerinin düşük olduğu saptanmıştır. Bu bağlamda, daha fazla kanıta dayalı çalışma yapılması, standartların oluşturulması ve bakımı standartlaştırmak amacıyla bakım protokollerinin geliştirilmesi gerekmektedir.

KAYNAKLAR

1. Hotun Şahin N. (2024). Sağlıklı Gebelikte Bakım. Kadın Sağlığı, Hastalıkları ve Doğum "Bilgiden Uygulamaya" Videolarla Destekli İnteraktif Eğitim Rehberi (ss. 173-188). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.
2. Mecdi M, Rathfisch G. (2013). Gebelikte oluşan rahatsızlıklarda kanıta dayalı uygulamalar. *FN Hem. Derg.* 21(2), 129-138.
3. Sezgin D, Kartal YA. (2021). Gebelik döneminde kanıta dayalı yaklaşımların güncel rehberler doğrultusunda incelenmesi. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(1), 92-107.
4. Şen Ş, Dibek D, Güleç Şatır D. (2020). Gebelikte sık görülen rahatsızlıklarda tamamlayıcı tıp uygulamalarının kullanımı. *Journal of Traditional Medical Complementary Therapies*, 3(3), 389-398.
5. Fossum M, Opsal A, Ehrenberg A. (2022). Nurses sources of information to inform clinical practice: an integrative review to guide evidence-based practice. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 19(5), 372-379.
6. Saunders H, Vehviläinen-Julkunen K. (2016). The state of readiness for evidence-based practice among nurses: an integrative review. *International Journal of Nursing Studies*, 56, 128-140.
7. Gedük EA. (2018). Hemşirelik mesleğinin gelişen rolleri. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 5(2), 253-258.
8. Kızılkaya Beji N, Aydın Özkan S. (2016). Gebelikte Görülen Fizyolojik/Psikolojik Değişiklikler. *Hemşire ve Ebelere Yönelik Kadın Sağlığı ve Hastalıkları* (ss. 286-296). Nobel Tıp Kitabevleri.
9. Şahin Ş. (2024). Gebelerin eğitim gereksinimlerinin gebelikte olağan yakınmalar ve yaşam kalitesine etkisinin belirlenmesi: Muş örneği. Yüksek lisans tezi. İstanbul Arel Üniversitesi.
10. American College of Obstetricians and Gynaecologists. (2018). ACOG Practice Bulletin No. 189: Nausea And Vomiting Of Pregnancy. *Obstet Gynecol.* 131(1), 15-30.
11. Ebrahimi N, Maltepe C, Einarson A. (2010). Optimal management of nausea and vomiting of pregnancy. *International Journal of Women's Health*. 4(2):241-248.
12. World Health Organization. (2018). WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Erişim: 03.12.2024, <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/259947/WHO-RHR-18.02-eng.pdf?sequence=1>
13. Hu Y, Amoah AN, Zhang H, Fu R, Qiu Y, Cao Y, et al. (2022). Effect of ginger in the treatment of nausea and vomiting compared with vitamin b6 and placebo during pregnancy: a meta-analysis. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 35(1), 187-196.
14. Khorasani F, Aryan H, Sobhi A, Aryan R, Abavi-Sani A, Ghazanfarpour M, Saeidi M, & Rajab Dizavandi F. (2020). A systematic review of the efficacy of alternative medicine in the treatment of nausea and vomiting of pregnancy. *Journal of obstetrics and gynaecology: the journal of the Institute of Obstetrics and Gynaecology*, 40(1), 10-19. <https://doi.org/10.1080/01443615.2019.1587392>.
15. Ahmadi F, Yazdandoust Y. (2020). Use of medicinal herbs in the treatment of nausea and vomiting in pregnancy: A systematic review. *Journal of Advanced Pharmacy Education and Research*, 10(1-2020), 102-105.
16. Jin B, Han Y, Jiang Y, Zhang J, Shen W, Zhang Y. (2024). Acupuncture for nausea and vomiting during pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Complementary Therapies in Medicine*, 85.
17. Rungsiprakarn P, Laopaiboon M, Sangkomkamhang US, Lumbiganon P, Pratt JJ. Interventions for treating constipation in pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 9. Art. No.: CD011448. DOI: 10.1002/14651858.CD011448.pub2
18. Liddle SD, Pennick V. (2015). Interventions for preventing and treating low-back and pelvic pain during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*, 9, 1-116.
19. World Health Organization. (2016). WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Erişim: 04.12.2024, https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/anc-positive-pregnancy-experience/en/
20. Li R, Chen L, Ren Y, Huang J, Xu Y, Lin X, Zhen R. (2023). Efficacy and safety of acupuncture for pregnancy-related low back pain: a systematic review and meta-analysis. *Heliyon*, 9(8).
21. Salazar-Méndez J, Núñez-Cortés R, Cuyul-Vásquez I, Sazo-Rodriguez S, Calatayud J, Guzmán-Muñoz, et al. (2024). Optimal days of application of kinesiotaping for the treatment of lumbopelvic pain during pregnancy. A Systematic Review and Dose-Response Meta-Analysis. *Physiotherapy*, 125.
22. Negro A, Delaruelle Z, Ivanova, TA, Khan S, Ornello R, Raffaelli B, et al. (2017). Headache and pregnancy: a Systematic review. *J Headache Pain*, 19;18(1):106.
23. American College of Obstetricians and Gynaecologists. (2022). Headaches in pregnancy and postpartum: ACOG Clinical Practice Guideline No. 3. *Obstetrics & Gynecology* 139(5):p 944-972.
24. Izci-Balsarak B, Keenan BT, Corbitt C, Staley B, Perlis M, Pien GW. (2018). Changes in sleep characteristics and breathing parameters during sleep in early and late pregnancy. *J Clin Sleep Med*, 14(7):1161-1168.
25. Sateia MJ, Buysse DJ, Krystal AD, Neubauer DN, Heald JL. (2017). Clinical practice guideline for the pharmacologic treatment of chronic insomnia in adults: an American academy of sleep medicine clinical practice guideline. *J Clin Sleep Med* 13:307-49. doi: 10.5664/jcsm.6470
26. Facco, Francesca L. MD; Chan, Megan MD; Patel, Sanjay R. MD, MS. Gebelikte Yaygın Uyku Bozuklukları. *Kadın Hastalıkları ve Doğum* 140(2):s 321-339, Ağustos 2022. | DOI: 10.1097/AOG.0000000000004866
27. Walker LO. (2019). Promoting maternal health through the first postpartum year. *Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing*, 48(2), 119-120.
28. Liu N, Wang J, Chen DD, Sun WJ, Li P, Zhang W. (2020). Effects of exercise on pregnancy and postpartum fatigue: a systematic review and meta-analysis. *European Journal of Obstetrics Gynecology and Reproductive Biology*, 253, 285-295.
29. Shobeiri F, Manoucheri B, Parsa P, Roshanaei G. (2017). Effects of counselling and sole reflexology on fatigue in pregnant women: A randomized clinical trial. *Journal of Clinical and Diagnostic*

Research: JCDR, 11(6).

30. Gümüşsoy M, Gümüşsoy S, Çukurova İ. (2017). Gebelik döneminde sık karşılaşılan rinolojik sorunlar: Tanı ve tedavide uygun yaklaşımlar. *Tepecik Eğit. ve Araşt. Hast. Dergisi*, 27(1):13-19.
31. Tongtako W, Klaewsongkram J, Mickleborough TD, Suksom D. (2018). Effects of aerobic exercise and vitamin c supplementation on rhinitis symptoms in allergic rhinitis patients. *Asian Pacific Journal of Allergy and Immunology*, 36(4), 222-231.
32. Gupta KK, Anari S. (2022). Medical management of rhinitis in pregnancy. *Auris Nasus Larynx*, 49(6), 905-911.
33. American College of Obstetricians and Gynaecologists. (2023). Urinary tract infections in pregnant individuals. *Obstetrics and Gynecology*, 142(2), 435-445.
34. Ghouri F, Hollywood A, Ryan K. (2018). A systematic review of non-antibiotic measures for the prevention of urinary tract infections in pregnancy. *BMC Pregnancy And Childbirth*, 18, 1-10.
35. Moodt Grace. (2017). Breast tenderness in pregnancy. *International Journal of Childbirth Education*, 32(1).
36. National Institute for Health and Care Excellence. (2021). Management of symptomatic vaginal discharge in pregnancy: antenatal care. Erişim: 22.01.2025, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK573944/>
37. Balacan Z, Keleş MG, Altinkaya O, Amanak K. (2020). Gebelikte gastroözofageal reflü ve ebelik bakımı. *Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(2), 127-133.
38. National Institute for Health and Care Excellence. (2021). Management of heartburn in pregnancy: Antenatal care: Evidence review S. London: Aug. (NICE Guideline, No. 201.) Erişim: 22.01.2025, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK573943/>
39. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Spong CY, Dashe JS, Hoffman BL ve ark., *Maternal Anatomi ve Fizyoloji*. Yıldırım G, editör. *Williams Obstetrik*. 1. Baskı. Ankara: Nobel Tıp Kitabevi; 2016. p.16-79.
40. Smyth RM, Aflaifel N, Bamigboye AA. (2015). Interventions for varicose veins and leg oedema in pregnancy. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2015(10).
41. Shea A, Jumah NA, Forte M, Cantin C, Bayrampour H, Butler K, et al. (2024). Guideline No. 454: Identification and treatment of perinatal mood and anxiety disorders. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 46(10).
42. Nelson-Piercy C, Dean C, Shehmar M, Gadsby R, O'Hara M, Hodson K, Nana M, & Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (2024). The management of nausea and vomiting in pregnancy and hyperemesis gravidarum (Green-top Guideline No. 69). *BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 131(7).
43. Epp A, Larochelle A, Lovatsis D, Walter JE, Easton W, Farrell SA, et al. (2010). Recurrent urinary tract infection. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 32(11), 1082-1090.
44. Dişli D, Kaydırak MM. (2021). Kanıt temelli yaklaşım perspektifinde postpartum bakımın optimizasyonu. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 6(2), 143-151.
45. Bilgin NC, Potur DC. (2010). Postpartum period evidence-based approaches and nursing. *Journal of Maltepe University Nursing Science and Art (in Turkish)*, 3(3), 80-87.

Yenidoğanlarda Anne Sütünün Başlanması ve Devam Ettirilmesinde Yaşanan Güçlükler ve Hemşirelik Yaklaşımları

Challenges Encountered in Initiating and Sustaining Breastfeeding in Newborns and Nursing Approaches

Müge SEVAL¹, Emine UZUNTARLA GÜNEY²

ÖZ

Yaşamın ilk aylarında sadece anne sütü (SAS) ile beslenme oranları son on yılda artmış olsa da 0-6 aylık bebeklerin yarısından azı SAS ile beslenmektedir. Bu çalışma, SAS ile beslenmenin önündeki çeşitli güçlükleri tespit etmeyi ve uygun müdahalelerin tasarlanması için fikirler üretmeyi amaçlamıştır. Bu güçlükler; emzirmenin kesilmesi veya engellenmesi gereken durumlar; anne sütünün yetersizliğine dair inanışlar, sosyal baskı, annenin çalışması, sezaryen doğum, bebeğin hastaneye yatırılması, biberon/emzik kullanımı, erken tamamlayıcı gıda verilmesi, formül süt endüstrisi etkileri, mastit/apse/kanal tıkanıklığı, bebekte dil bağı, emzirirken hamile kalma, annenin ruh hali ve sigara kullanımı olarak belirlenmiştir. Emzirme/anne sütü hakkında eğitim/danışmanlık alan annelerin emzirme oranları yüksek; miltlere bağlılık oranları düşüktür. Emzirme öz yeterliliği artırılan annelerin ilk aylarda emzirme olasılığı 1,5 kat artmaktadır. Tele-emzirme, görüntülü ziyaretler ve WhatsApp gibi teknolojiler aracılığıyla sağlanan eğitim/danışmanlık, annelerin memnuniyetini yüksek düzeyde artırmaktadır. Tasarlanacak programlar belirlenen bu güçlüklerle odaklanmalı ve güncel teknoloji ve materyaller kullanılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Anne sütü; emzirme; güçlükler; hemşirelik; danışmanlık; eğitim

ABSTRACT

Although exclusive breastfeeding rates (EBF) in the first months of life have increased over the past decade, less than half of infants aged 0-6 months are exclusively breastfed. This study aims to identify various challenges to EBF and generate ideas for designing appropriate interventions. These challenges include conditions requiring the cessation or prevention of breastfeeding, widespread beliefs/perceptions about insufficient breast milk, social pressure, maternal employment, cesarean delivery, infant hospitalization for treatment, use of bottles/pacifiers, early introduction of complementary foods, marketing strategies of formula/baby food industries, mastitis, abscess, blocked ducts, tongue-tie in the baby, becoming pregnant while breastfeeding, the mother's mood, and smoking. Mothers who receive education/counseling about breastfeeding/breast milk have higher breastfeeding rates and lower adherence to myths. The likelihood of breastfeeding in the early months increases 1.5 times for mothers with enhanced breastfeeding self-efficacy. Education/counseling provided through technologies such as tele-breastfeeding, video visits, and WhatsApp significantly increase mothers' satisfaction. Designed programs should focus on these challenges and utilize current technologies and materials.

Keywords: Breast milk; exclusive breastfeeding; challenges; nursing; counseling; education

1. GİRİŞ

Anne sütü, yenidoğan ölümlerini ve hastalıklarını azaltan, fiziksel, ruhsal gelişimi sağlayan, sıvı, enerji ve besin öğelerini içeren, yeri doldurulamayacak eşsiz doğal, güvenli, besleyici ve sürdürülebilir bir besindir (1,2). Gebelik boyunca plasenta yoluyla fetüse geçen protein, mineral, kalsiyum, magnezyum, fosfat gibi besin

1-Dr.Öğr. Üyesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi,

E-posta: sevalmuge@gmail.com ORCID ID: 0000-0003-1917-285X

2-Araştırma Görevlisi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Karabük Üniversitesi,

E-posta: amine.uzuntarla@gmail.com

ORCID ID: 0000-0002-6167-0409

Gönderim Tarihi:18.07.2024 - Kabul Tarihi: 03.12.2025

öğeleri, immün-aktif/koruyucu maddeler, kök hücreleri, enfeksiyonlara karşı koruyucu, sindirime yardımcı ve büyümeyi düzenleyen hormonlar; doğum sonrasında yenidoğanlara, çok sayıda kimyasal ve hücrel bileşen içeren anne sütü ile sağlanmaktadır. Doğum sonrası kolostrum, geçiş sütü, matür süt aşamalarıyla gelişen, ön süt ve son süttten oluşan anne sütü, yenidoğan sağlığının korunması ve geliştirilmesi, büyüme-gelişmenin devamlılığı için oldukça elzemdir (3,4).

Anne sütü, mamaya göre yenidoğan tarafından daha iyi emilir ve kullanılır. Yenidoğanın beyin ve sinir sistemi gelişimi açısından en iyi besin içeriğine sahiptir. Emzirilen bebeklerin ileriki yaşamlarında zekâ testlerinde daha iyi performans

gösterdiği, sosyal yeteneği artırdığı, dört yaş hiperaktivitesini azalttığı, gözlerinin daha iyi işlev gördüğü, gece uyku düzenini sağladığı belirlenmiştir (2, 5, 6). Emzirme, bebeklerde immünolojik koruma sağlayarak bağışıklık sistemini geliştirir. Emzirilen bebeklerde sindirim, akciğer ve kulak enfeksiyonları çok daha az görülür. Anne sütü; bebeklerde solunum yolu enfeksiyonları, otitis media, bakteriyel menenjit, idrar yolu enfeksiyonları, nekrotizan enterokolit, ishal, kabızlık, alerjik hastalıklar, lenfoma, obezite, diyabet, gastrointestinal hastalıkları, Ani Bebek Ölüm Sendromu riskini ve malnütrisyonu azaltmakta, enfeksiyon kapılırsa şiddetini azaltmakta ve hastaneye yatışları önlemektedir (2, 7, 8). Ayrıca anne sütü, bebeklerde sirkadiyen ritmin oluşmasına katkı sağlayarak çevreyle uyumunu geliştirmekte, uykunun iyileşmesi, kalitesinin artması ve koliği azaltmada etkili rol oynamaktadır (9). Annede ise emzirme doğum sonrası süreçte kanama riskini azaltmakta, gebelikte alınan kiloların verilmesini ve uterusun eski haline dönüşünü hızlandırmakta; tip II diyabet, osteoporoz, meme kanseri, over ve uterus kanseri riskini, postpartum depresyonu azaltmakta ve anne-bebek bağlanmasını artırmaktadır (1,8).

Emzirme, çocuk sağlığını ve hayatta kalmayı sağlamanın en etkili yollarından biridir. Anne sütü, bebeğin yaşamın ilk ayları için ihtiyaç duyduğu tüm enerji ve besinleri sağlar ve ilk yılın ikinci yarısında çocuğun beslenme ihtiyacının yarısına veya daha fazlasına, yaşamın ikinci yılında üçte birine kadar sağlamaya devam eder (10). Dolayısıyla Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF) aynı zamanda Amerikan Pediatri Akademisi (AAP) çocukların doğumdan sonraki ilk bir saat içerisinde emzirilmeye başlanmasını, ilk altı ay su dahil başka hiçbir sıvı ya da gıda almadan sadece anne sütü ile emzirilmelerini, altı aydan sonra ise yeterli ve güvenli tamamlayıcı gıdalar ile birlikte anne sütünün iki yıl veya daha uzun süre devam ettirilmesini önermektedir. Ayrıca gece veya gündüz fark etmeksizin bebeklerin isteği doğrultusunda sıklıkla, biberon, emzik veya şişe kullanmaksızın emzirilmesi gerektiğini bildirmektedir (10, 11).

1.1. Dünya ve Türkiye'den Veriler

Yetersiz emzirmenin her yıl çocuk ölümlerinin %16'sından sorumlu olduğu tahmin edilmektedir (2). DSÖ tavsiyelerinin aksine 0-6 ay arası bebeklerin yarısından daha azı sadece anne sütüyle beslenmektedir (10). Küresel olarak yaşamın ilk altı ayında sadece anne sütü ile beslenme oranları son on yılda 10 puan artmıştır ve 2023 yılı için %48'e ulaşarak DSÖ'nün 2025 yılı için belirlediği %50 hedefine yaklaşmıştır (2). Afrika, Asya, Avrupa ve Okyanusya'daki çok sayıda ülkenin 2017'den bu yana 22 ülkede %10 puandan fazla artışla sadece anne sütüyle beslemede büyük artışlar belgelediği, farklı bölgelerde ilerleme kaydedildiği görülmektedir. Bu durum, bölgeler ve ülkeler arasında önemli ilerlemenin mümkün olduğunu ve gerçekleştiğini göstermektedir. Yine de oranlar istenilen düzeye ulaşmış değildir. Küresel Emzirme Kolektifi, 2030 yılına kadar sadece anne sütü ile beslenme oranlarında %70'e ulaşma hedefi koymuştur. Bu hedefe karşılık, 2016-2022 yıllarında toplanan anket verilerine göre yenidoğanların %46'sı doğumdan sonraki bir saat içinde emzirmeye başlamıştır. Kadınların %71'i bebeklerini en az bir yıl boyunca emzirmeye devam ederken, iki yaşına geldiklerinde emzirme oranları %45'e düşmektedir. Kolektif, bu oranları sırasıyla %80 ve %60 ulaşmayı hedeflemektedir (2).

Türkiye'de sadece anne sütüyle beslenen 0-5 aylık bebeklerin yüzdesi 2017 yılında %30 iken, 2017 yılından bu yana 10 puandan fazla artarak %41-42'lere ulaşmıştır (2). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2018 verilerine göre; sadece anne sütü ile beslenen 0-6 ay arası çocukların oranı %41'dir. Rapora göre çocukların %71'i doğumdan sonra ilk bir saat içerisinde emzirilirken, %86'sı doğumdan sonraki ilk bir gün içerisinde emzirilmiştir. Sadece anne sütü alan çocukların oranının yaş ile birlikte azaldığı, 0-1 aylık çocuklarda %59 olan bu oranın, 2-3 aylık olunca %45'e, 4-5 aylık olunca %14'e düştüğü görülmektedir. Çocukların %23'ü anne sütü olmayan diğer sütü alırken, %12'si anne sütü haricinde ekstra besin almaktadır. İki yaşın altındaki çocukların sadece %53'ü yaşa uygun beslenmekte ve sadece %34'ü iki yaşına kadar

emzirilmektedir (12).

2.Yenidoğanlarda Anne Sütünün Başlanması ve Devam Ettirilmesinde Yaşanan Güçlükler

Bu bölümde anne sütünün başlanması ve devam ettirilmesinde hem anne hem bebekten kaynaklı yaşanan güçlükler; emzirmeye ara verilmesi veya emzirilmemesi gereken durumlar, yaygın inançlar/anne sütünün yetmediği düşüncesi, çevreden gelen sosyal baskı, annenin çalışması, sezaryen doğum, bebeğin tedavi için hastaneye yatması, biberon veya emzik kullanımı, ek gıdaya/mamaya erken başlanması, formül süt/mama endüstrilerin pazarlama stratejileri, meme iltihabı (mastit), apsesi ve tıkalı kanallar, bebekte dil bağı, emzirirken gebe kalmak/çocuklar arası yaş farkının iki yıldan az olması, annenin ruh hali/psikolojik durumu ve sigara kullanımı alt başlıkları altında ele alınmıştır.

2.1. Emzirmeye Ara Verilmesi veya Emzirilmemesi Gereken Durumlar

Anne sütü, prematüre veya hasta yenidoğanlar da dahil olmak üzere tüm bebekler için en eksiksiz beslenme şeklini sağlarken, anne sütü veya emzirmenin önerilmediği bazı istisnai durumlar bulunmaktadır (13). Amerikan Pediatri Akademisi (AAP) ve Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri'ne (CDC) göre bebeğe nadir görülen bir genetik metabolik bozukluk olan klasik galaktozemi teşhisi konması, annenin HIV (+) olması (antiretroviral tedavi almamışsa ya da gebelik esnası, sırası veya sonrasında viral baskılamayı elde edemedi/sürdüremedi ise), annenin insan T-hücreli lenfotropil virüs tip I ve II enfeksiyonu ile enfekte olması, annede tedavi edilmemiş bruselloz virüsü veya şüpheli/doğrulanmış Ebola virüsü hastalığı var olması aynı zamanda annenin opioidler, fensiklidin veya kokain gibi yasadışı bağımlılık yapıcı madde kullanımı olması anne sütü almaya/emzirmeye engel teşkil etmektedir (11, 13).

Bazı durumlar ise anne sütü almanın/emzirmenin geçici olarak durdurulmasını gerektirmektedir. Bunlar annenin canlı aşı olan suçiçeği ve sarıhumma aşısı olması, anne sütünden bebeğe geçen doktor onayı verilmeyen ilaçların

kullanılması, memede herpes simpleks virüsü (HSV) olması (doğrudan etkilenmemiş meme tercih edilebilir), maymun çiçeği virüsü ile enfekte olması (tüm lezyonlar düzelmiş, kabuklar düşmüş ve taze sağlam bir cilt tabaka oluşana dek), tanı/tedavi amaçlı radyoaktif izotop ve antimetabolit/kemoterapötik alması geçici bir süre için anne sütü alımının/emzirmenin kesintiye uğramasına sebep olmaktadır (11, 13).

Hepatit B antijeni pozitif olduğu bilinen annelerin bebekleri doğumdan sonraki 12 saat içerisinde Hepatit B aşısı ve Hepatit B immün globulin'in başlangıç dozunu almalıdır fakat bebek aşılanana dek emzirmeye başlamanın ertelenmesine gerek yoktur. Hepatit C virüsü anne sütünde tespit edilebilse de anne sütüyle bulaştığına dair bir kanıt bulunmamaktadır. Bu sebeple AAP ve CDC; Hepatit C varlığının emzirmeye engel teşkil etmediğini bildirmektedir (11). Hepatit C seropozitifliği emzirme için bir kontrendikasyon olmasa da hamileliğinde saptanmış Hepatit C virüsü pozitif olan annelerin, tespit edilemeyen viral yüke sahip annelere göre emzirmeye başlama oranlarının daha düşük olduğu belirlenmiştir (14).

2.2.Yaygın İnançlar/Anne Sütünün Yetmediği Düşüncesi

Annelerin sütünün yetmemesi inancı veya gerçek olmayan inançlar, anne sütüne başlama veya devam ettirmede engel teşkil edebilmektedir. Annelerin bebeğin sürekli ağlamasının veya sık sık emmek istemesinin anne sütünün yetmediğine bir işaret olarak algıladığı, bazı kadınların sütünün bebeğe yaramadığı, anne sütünün besin değerinin sınırlı olduğu ve iki yıldan fazla süre emzirmenin çocuğu anneye bağımlı kılacağı gibi inançlara sahip oldukları görülmektedir (15,16). Annelerin çevrimiçi sosyal ağ platformlarında emzirme ile ilgili konuları nasıl konuştukları ve bu sitelerin emzirme üzerine kolaylaştırıcı ya da engelleyici faktörleri değerlendirildiği bir çalışmada yetersiz anne sütü algısının en büyük engellerden biri olduğu belirlenmiştir (17). Çalışmalarda annelerin emzirmeyi kesme veya ek gıdaya/mamaya başlama nedenlerinin en çok sütün yetersiz olduğu düşüncesi, büyümenin geri kalma endişesi, sütün azalması/kesilmesi

ve bebeğin sütü/memeyi almaması/emmek istememesi olduğu görülmektedir (1,18,19). Annelerin yeterli süt gelmediği ve sütün besin değerinin sınırlı olduğu algısı ilk üç ayda yalnızca anne sütü almama ile ilişkilendirilmiştir (16).

Birçok anne, bebeğine yetecek kadar süt verip veremeyeceği konusunda endişelenir. Fakat bebeğin sık sık emmesi (günde 8-12 kez), emerken yutkunması, emzirme sonrası memnun görünmesi, düzenli kilo alması (ilk haftadaki fizyolojik kilo kaybı hariç), gün içerisinde yeterince çiş ve kakaya çıkması (ilk bir hafta sonunda günde minimum altı ıslak bez ve üç kakaya ulaşması) bebeğin yeterince beslendiğinin işaretleridir (20).

2.3. Çevreden Gelen Sosyal Baskı

Anneler sadece anne sütü verme, anne sütü yanında mama gibi ek gıdalara başlama veya iki yıl boyunca emzirme konusunda eş, aile, akraba veya yakın çevreden etkilenebilmektedir. Aile büyüklerinin bebek beslenmesi konusundaki söylemlerinden etkilenen annelerin ilk altı ay sadece anne sütü verme oranlarını azalttığı görülmektedir (21). Özellikle genç annelerin, sosyal çevrelerinden ve hatta sağlık profesyonelleri tarafından bebeği nasıl beslediğine bakılmaksızın yaşı sebebiyle damgalanma yaşadıkları; ebeveynlikleri, yaşı, kendisi ve bebeğiyle ilgili her konuda yargılandıkları nitel bir çalışmada ortaya koyulmuştur. Genç anneler bebeklerini emziremediği, kendilerinin/anne sütünün yetersiz olduğu baskılarına maruz kaldıkları, bu sebeple formül mama vermeye zorlandıklarını ve kimi anneler bu baskılara direndiği kimilerinin ise pes ederek emzirmeyi kestiklerini ifade etmiştir (22). Annelerin eşleri ve aile üyeleri emzirme uygulamalarını yalnızca olumsuz yönde etkilememekte aynı zamanda anne sütü verme/emzirme ve sürdürme konusunda iyileştirmeye de yardımcı olabilmektedir (19, 23). Babanın anneye emzirmede destek olması anne sütü verme sürecini artırmaktadır (19). Aynı zamanda annelerin özerkliği, kendileri ve çevreleri arasında çıkan çatışmaların üstesinden gelmeleri ve özel emzirmeyi (ilk altı ayda anne sütü verme/emzirmeyi) sağlamada önemli rol oynamaktadır (23).

2.4. Annenin Çalışması

Demografik ve Sağlık Araştırması'nın meta-analiz verilerine göre annenin çalışması 6-12 ay arasındaki tamamlayıcı gıdaların çeşitliliği ve yemek sıklığı açısından pozitif; ilk 6 ay emzirme (özel emzirme) açısından ise negatif ilişkilidir (24). Annenin çalışmasının ilk altı ay sadece anne sütü vermeme riskini 12,39 kat artırdığı tespit edilmiştir (21). Çalışan kadınların erken dönemde bebek besleme uygulamalarını inceleyen bir sistematik incelemede; kısa süren doğum izni, emzirme desteklerinin yetersizliği (emzirme molaları, emzirme alanları gibi), işe gidip gelme mesafesi ve iş türü (resmi olan/olmayan veya serbest meslek sahibi gibi) gibi faktörler nedeniyle çalışma ile emzirme arasındaki ilişki negatif olduğu belirlenmiştir (25). Bu verilerin aksine çalışan kadınların bebeklerinin ilk altı ay sadece anne sütü alma oranının yüksek olduğunu bildiren çalışmalar da bulunmaktadır (26). Çalışan ve eğitim durumu yüksek olan annelerin anne sütü ve emzirme hakkındaki bilgi düzeylerinin yüksek olduğu (1, 27) ve ayrıca annelerin eğitim düzeyi ile gelir durumunun yüksek olmasının ilk altı ay emzirme oranını artırdığı görülmektedir (26). Dahası kreşler, emzirme odaları, anne sütü pompaları, soğutmaya erişimi sağlayan anne ve bebek dostu çalışma politikalarını içeren Bebek Dostu İşyerlerinde çalışan kadınların bebeklerini ilk altı ay anne sütüyle besleme olasılığının, bunlara erişimi olmayan kadınlara göre 4 kat daha fazla olduğu belirlenmiştir (25). Doğum izninin uzaması veya meslektaşlar ve destek personeli tarafından gelen iş yeri desteğinin (28) çalışan annelerin anne sütü verme süresini artırmaktadır (19). Dolayısıyla annelerin çalışmasının ilk altı ay anne sütü vermeyi/emzirme sürelerini olumlu/olumsuz etkilediğinden ziyade bu oranların birçok faktörden etkilendiğini söylemek daha doğru olacaktır. Bebek dostu işyerlerinin emzirme/süt pompalama alanları, kreşler gibi sağladıkları kolaylıklar dışında emzirme döneminde çalışan kişilere yasal haklar hakkında eğitim ve kaynaklara sahip olmasını sağlamak, emzirme tutumunu ve rahatlığını artırabilir (29).

2.5. Sezaryen Doğum Şekli

Sezaryen doğum anne sütüne başlama noktasında güçlükler yaşanmasına sebep olabilmektedir. Süt kanallarından süt akışı sağlayan oksitosin hormonu vajinal doğumda artmaktadır. Sezaryen doğum ise vazopressin üzerinde herhangi bir etkisi olmamasına rağmen hipotalamus içinde daha az oksitosin immünoreaktivite ile sonuçlanmaktadır. Dolayısıyla sezaryen doğumda oksitosin artışı olmadığı için süt salgısı gecikmektedir (30). Sezaryenle doğum yapan kadınların sütünün gelmemesi, sezaryen sonrası ağrı, rahatsız emzirme pozisyonu sebebiyle emzirmenin başlatılmasında sorun yaşadıkları (31); vajinal yolla doğum yapan kadınların sezaryen doğum yapanlara göre bebeklerini daha erken emzirmeye başladıkları tespit edilmiştir (21). Sezaryen doğumlarda ilk anne sütü alım zamanının kimi araştırmalarda bir saatten fazla (32), kimi araştırmalarda 24 saatten fazla geciktiği (33), genel olarak ise zamanının uzadığı belirtilmektedir (19). Emzirmenin gecikme nedenlerini araştıran bir çalışmada ise sezaryen yoluyla doğum yapan annelerin, vajinal doğuma kıyasla emzirmenin başlamasını geciktirme olasılığını 4,79 kat artırdığı tespit edilmiştir (34). Ayrıca sezaryenle doğumun ilk üç ay sadece anne sütü almama riskini artırdığı, ten tene temas süresini uzattığı, emzirme süresini kısalttığı ve tamamlayıcı beslenme insidansını artırdığı belirlenmiştir (16, 35).

2.6. Bebeğin Tedavi için Hastaneye Yatması

Yenidoğanlar annede var olan hastalıklar, gebelik sırasındaki veya doğum sürecindeki problemler gibi birçok sebepten ötürü doğum sonrası sağlıklarına kavuşmak/devam ettirmek amacıyla Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde (YYBÜ) tedavi/bakım altına alınabilmektedir. Böyle bir durum anne ve bebeğin ayrılmasına sebep olarak ten tene teması, anne-bebek bağlanmasını, anne sütü alımını geciktirebilmektedir. YYBÜ'ne yatışlar anne sütünün verilmesinde birçok açıdan engeller ortaya çıkarmaktadır. Bunlar bebeğin gelişim yetersizliğine bağlı olarak oral veya enteral beslenememesi, hastalık tanıları veya şiddetiyle ilgili (36) veya bu bebeklerin sıklıkla biberonla ve formül mama ile beslenmesi ve bu durum annenin

sütünün kesilmesine neden olması ile ilişkili olabilir (37). Bu durumda prematüre veya hasta yenidoğanlara anne sütünün alınması ve alımın sürdürülmesi için sütün pompa ya da elle sağılması ve saklanması gerekmektedir (36). Böylelikle hem bebeğin tedavisinin başarısı yükselecek hem annenin sütünün kesilmesi önlenecektir (30). YYBÜ'nde bebeklerin anne sütü alımı incelenen bir çalışmada ilk gün ve ilk hafta anne sütü verilme miktarının çok az olduğu, süt sağımıyla birlikte ikinci ve ilerleyen haftalarda ise bu oranın arttığı görülmektedir (38). Fakat süt sağma/pompalama süreci bazı anneler tarafından günlük yaşamı kısıtlaması, yaşam-iş-süt sağma/pompalama dengesini kurma açısından zorlu ve hoşnutsuz bir süreç olarak algılanmaktadır (39). Ayrıca emzirme ve sağma işlemi aynı fizyolojik etkiyi yapmamakta ve buna stres/kaygı durumu eklendiği takdirde süt üretiminin azalması söz konusu olabilmektedir (37). Araştırmalarda bebeğin YYBÜ'nde bakım/ tedavi alması ile anne sütü alma süresi arasında negatif ilişki olduğu (18) ve sadece anne sütü ile beslenme oranlarını azalttığı tespit edilmiştir (37).

2.7. Biberon veya Emzik Kullanımı

Annelerin bebeklerini biberonla beslemesi, evde doğum yapma, doğum sonrası bakıma katılmama ve emzirmeye karşı olumsuz tutumlar ile ilişkili olduğu (40) ayrıca sistematik bir derlemede belirlenmiştir (41). Annelerin bebeklerinde emzik kullanımına yönelme nedenleri arasında; ağlamayı önleme veya durdurma, bebeği sakinleştirme, oyalanmasını sağlama ve uyumasını veya uykuya dalmasına yardımcı olma yer almaktadır (42). Bebekleri biberonla beslemenin veya emzik kullanımının anne sütü alma ve devam ettirme durumu üzerine negatif etki edebilmektedir. Yapılan çalışmalarda ilk 6 ay biberon ve emzik kullanmayan bebeklerde ilk altı ay sadece anne sütü alma oranlarının yüksek olduğu (26), biberon kullanımının (43) ve emzik kullanımının emzirme süresini azalttığı (35), 6 aydan önce anne sütünü kesme riskini 5,1 kat artırdığı belirlenmiştir (19). Ayrıca biberon ve emzik kullanımı ile sütün azalması/kesilmesi, bebeğin memeyi emmemesi/reddetmesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmakta ve emzik ve biberon kullanımı anne sütünü bırakma nedenlerinin başında gelmektedir (18).

2.8. Ek Gıdaya/Mamaya Erken Başlanması

Ek gıdaya/mamaya erken başlamak, bebeklerin anne sütü almasına/annelerin emzirmeye başlaması ve devam ettirmesinde engel teşkil edebilmektedir. Çalışmalar mamaya erken başlamanın emzirme süresini azalttığını (19), ilk emzirme öncesi anne sütü dışında gıda verilmeyen bebeklerin ilk altı ay sadece anne sütü alma oranını yükselttiğini göstermektedir (44). Anne sütüne ek olarak mama takviyesi yapılması emzirmenin bırakılma riskini artırmaktadır (45). Ayrıca hastane içerisinde yenidoğana ek gıda/mama verilmesinin annede emzirme sonrası emzirmeye yönelik olumluluk duygularını azalttığı, emzirmeye başlama olasılığını %66 azalttığı ve sonraki çocukları emzirmenin ortalama süresini 6 hafta azalttığı tespit edilmiştir (46). Hem anne sütü alan hem formül takviyesi verilen emzirilen bebeklerin, yalnızca emzirilenlere göre inek sütü alerjisi gelişme olasılığı 7,03 kat daha fazladır (47).

2.9. Formül Süt/Mama Endüstrilerinin Pazarlama Stratejileri

Anne sütü yerine geçen ürünleri pazarlayan endüstrilerin ailelere erişmek, seçimlerini etkilemek ve formül süt yelpazesini dayatmak için gizli stratejiler/taktikler kullanması aileleri etkilemekte ve anne sütü alma/emzirmeye başlama veya devam ettirmede engel teşkil edebilmektedir. Annelerin süt verme kararı, onların ve ailelerinin anne sütü ve mama hakkındaki yanlış algılarından etkilendiği (39), birçok annenin formül mama hakkında pozitif algılarının olduğu ve hatta “bebek için en iyi tercih” olarak gördükleri belirlenmiştir (41). Benzer şekilde emzirmeye olumsuz tutumu olan ve emzirmeme olasılığı yüksek olan annelerin formül mamaların bir bebek için anne sütü kadar sağlıklı olduğuna inandıkları görülmektedir (29). Bu yanlış algıların uygun olmayan pazarlama ve tanıtım şekllinden kaynaklandığı, bazı annelerin emzirme yerine teşvik edilen formül süt/mamaların iyi bilinen markalardan etkilendikleri vurgulanmaktadır (39, 41). Ayrıca bazı hastanelerin ellerinde mevcut olan bebek maması ürünlerinin de bebek beslenmesi seçimini etkilediği ifade edilmektedir (41).

Dünya Sağlık Asamblesi (DSA) 1981 yılında Anne Sütü Yerine Geçen Ürünlerin Pazarlanmasına İlişkin Uluslararası Kuralları kabul etmiştir. DSA, 42 yıl sonra formül süt üreticisi şirketler bu yerleşik ilkeleri ihlal etmeye ve ticari çıkarlarını çocukların ve ailelerin sağlığının önüne koymaya devam ettiğini vurgulamaktadır. DSÖ Beslenme ve Gıda Güvenliği Direktörü Dr. Francesco Branca, “Ebeveynlerin bebek beslenmesi konusunda tarafsız bilgi alma hakkı vardır ve bu hak, sömürücü endüstri pazarlaması tarafından aktif olarak baltalanmaktadır.” ifadeleriyle mevcut durumun altını çizmiştir. Bu sebeple kuralların hükümlerini yürürlüğe koyma, izleme ve uygulamalar için DSÖ ve Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu UNICEF tarafından başlatılan eylem çağrılarında bulunulmuştur. İsviçre'nin Cenevre kentinde, 20-22 Haziran 2023 tarihlerinde Anne Sütü Yerine Geçen Ürünlerin Pazarlanmasına İlişkin Uluslararası Kuralların uygulanmasına yönelik ilk Küresel Kongre gerçekleştirilmiştir. Etkinlik sırasında yaklaşık 130 ülkeden gelen delegeler, anne sütü ikamelerinin etik dışı pazarlanmasını sona erdirmek için bilgi ve stratejileri tartışmış ve paylaşmıştır (48).

2.10. Meme İltihabı (Mastit), Apsesi ve Tıkalı Kanallar

Memede hassasiyet/ ağrı, sıcaklık artışı, kızarıklık, şişlik, titreme ve yaygın miyalji şeklinde görülen meme iltihabı (mastit) etkin emmemeye bağlı sütün birikmesi, meme ucu çatlakları, sık emzirmeme/ bebekten ayrılma, memeden hızlı çekme, çökük meme başı, uygun olmayan iç çamaşırı giyme ve tıbbi olmayan personel tarafından meme masajı gibi nedenlerle oluşabilmektedir (49, 50). Mastitin en ciddi komplikasyonu meme apsesidir (50). Memenin iyi boşaltılmadığı ortaya çıkan durum ise süt kanallarının tıkanıklığıdır (49). Tüm bunlar anne sütünün başlanması ve devam ettirilmesini güçleştirmektedir. Annelerin çevrimiçi sosyal ağ platformlarında emzirme ile ilgili konuları nasıl konuştukları ve bu sitelerin emzirme üzerine kolaylaştırıcı ya da engelleyici faktörleri değerlendirildiği bir çalışmada; annelerin mastitis ve tıkalı kanallar sebebiyle çektiği ağrı yaşamalarının emzirmenin önünde engel

olduğu, emzirmeye devam etmekten caydırdığı belirlenmiştir (17). Çatlak meme ucu, mastit ve apsenin ilk üç ay yalnızca anne sütü almama riskini artırdığı (16), uzun süre emzirmeye bağlı memede ağrı yaşamanın annelerin bebeklerini emzirme süresini 3,2 kat azalttığı tespit edilmiştir (52).

Mastitin belirtileri hafif ise memenin etkin ve sık boşaltılması, sık emzirme, doğru emzirme tekniği (bebeğin memeye doğru yerleşimi, doğru kavrama şekli gibi), tıbbi personelden doğru masaj tekniği, emzirme arası ılık pansuman, meme ucu çatlağı kremleri gibi tedaviler önerilmektedir. Meme apsesi tedavisi ise genellikle kesi ve drenaj ile sağlanmaktadır (49).

2.11. Bebekte Dil Bağı

Dil hareket kabiliyetini kısıtlayacak şekilde kısa ve sert olan dil bağı, bebeklerde beslenme sorunlarına yol açabilmekte ve anne sütü ile beslenmenin erken sonlanmasına neden olabilmektedir (53). Araştırmalarda dil bağı olan bebeklerin memeyi kavramakta ve emzirmeyi sürdürmekte zorlandığı, meme ucu ağrısına sebep olduğu ve bu zorlukların emzirmenin erken bırakılmasına yol açabildiği görülmektedir (54, 55).

2.12. Emzirirken Gebe Kalmak veya Çocuklar Arası Yaş Farkının İki Yıldan Az Olması

Yeni doğum yapmış veya emzirme süreci içerisinde olan bir kadının yeniden hamile kalması veya çocuklar arasındaki yaş farkının iki yıldan az olması annenin bebeğini emzirmesini engelleyebilmektedir. Araştırmalarda çocuklar arası yaş farkının iki yıldan fazla olması emzirme süresini artırdığı (56); altı ay ve daha küçük yaşta kardeşi olan bebeklerin altı aydan daha kısa süre emzirildikleri görülmektedir (19). Bazı annelerin ise; gebe iken emzirmeyi sürdürmenin anne, fetüs ve çocuğun sağlığına negatif etkileri olabileceği düşüncelerine sahip olduğu ve bu inançlardan ötürü annelerin bir kısmının emzirmeyi bıraktığı belirlenmiştir (57).

2.13. Annenin Ruh Hali/Psikolojik Durumu

Annenin ruh hali/psikolojik durumunun iyi olmaması emzirmeyi olumsuz olarak etkileyebilmektedir. Stres gibi olumsuz duygu durumları annenin kortizol düzeyini yükselterek oksitosin ve progesteron hormonlarının salınımını etkiler ve süt salınımını azaltır (58). Postpartum depresyon tanısı almayan anneler, bebeklerini ilk dört ve altı ay sadece anne sütü ile daha yüksek besleme oranlarına sahip iken, postpartum depresyon tanısı alan anneler bebeklerini daha erken süttten kesmektedir (26). İlk altı ay sadece anne sütü vermeme riskini annede obsesif kompulsif bozukluk puanındaki bir artış 2,56 kat; depresyon puanındaki bir artış ise 8,20 kat artırmaktadır (21). Annede duyusal aşırı duyarlılık/yanıt verme bebek emzirme süresini 2,5 kat azaltmakta (52); annenin duygusal olarak kötü veya tükenmiş olması ilk altı ayda bebeği formül mamayla besleme kararı almasına sebep olabilmektedir (47). Halbuki emzirmek annenin doğum sonrası depresyonu azaltmada oldukça etkilidir (59).

2.14. Sigara Kullanımı

Annelerin sigara kullanması anne sütüne başlama ve devam ettirmede engel teşkil edebilmektedir. Gebelikte sigara kullanan kadınların bebeklerini altı aydan daha az süre emzirdikleri (19), annenin sigara kullanmasının ilk altı ay sadece anne sütü vermeme riskini 19,09 kat (21), bebeklerini formül sütle besleme olasılığını 2,32 kat artırdığı tespit edilmiştir (60).

3.Yenidoğanlarda Anne Sütünün Başlanması ve Devam Ettirilmesinde Hemşirelik Yaklaşımları

Anne çocuk sağlığını korumak ve iyileştirmek amacıyla 2014 yılında başlatılan bebek dostu hastaneler girişimi projesi, anne sütü alamayan bebekler için anne sütü bankaları, emzirme danışmanlığı eğitim programları gibi birçok uluslararası ve ulusal politika, proje ve girişimlerle tüm dünyada bebeklerin anne sütü alımı/emzirmenin başlatılması ve sürdürülmesi oranlarını artırmak hedeflenmektedir (61, 62). Bu doğrultuda Birleşmiş Milletler Genel Kurulu

Çocuk Haklarına Dair Sözleşmesinde bildirilen “bebek için en iyi besin olan anne sütü” ve Uluslararası İnsan Hakları Belgelerinde (1924) “bir insan hakkı olan emzirme” hakkında toplumun bilgilendirilmesi, desteklenmesi ve danışmanlık yapılması gerektiği vurgulanmaktadır (61). Anne sütünün önemi/gerekliliği, emzirmenin başlatılması ve sürdürülmesi konusunda eğitim verme, destekleme ve danışmanlık yapma noktasında en büyük sorumluluğu ve en büyük etkisi olan sağlık profesyonelleri bakım verici, eğitici, araştırmacı, karar verici, yönetici, hasta hakları savunuculuğu ve danışmanlık gibi rolleri olan hemşire ve ebelerdir (4, 61, 62). Hemşirelerin annelerin emzirme deneyimlerini yönlendirmek için yaptıkları uygulamaların emzirme pozisyonları, emzirme süresi, emzirme beslenmesi ve SAS ile ilgili olduğu ayrıca emzirmeye yardımcı olmak için önerilen stratejilerin; ideal oturma pozisyonunda emzirmek, süt akışını ve miktarını artırmak için doğru beslenme biçimini seçmek, işteyken bebeği besleyebilmek için anne sütünün sağlıklı saklanması olduğu görülmektedir (63).

Hemşireler tarafından verilen anne sütü ve emzirmenin önemi ile anne ve bebek açısından yararları, emzirmenin nasıl yapılacağı, emzirmede yaşanan problemlerin çözümleri, emzirme dönemi için beslenmenin nasıl olması gerektiği gibi konularında verilen eğitimler emzirme sürelerini artırmada en önemli faktörlerdendir (64). Araştırmalara göre gebelik döneminde verilen anne sütü eğitimi alan ve ilk emzirmede sağlık profesyonelinden destek alan annelerin bebeklerine ilk altı ay anne sütü verme oranları yüksektir (21, 25, 44). Ayrıca sağlık profesyonellerinden emzirme hakkında bilgi almak, annelerin anne sütü ve emzirme mitlerine katılma oranlarını azaltmaktadır (15). Aynı zamanda annelerin emzirme ile ilgili zorluklarını inceleyen nitel bir araştırmada anneler sağlık profesyonellerinin verdikleri emzirme bilgilendirmelerinin içeriğinden ziyade bilginin iletilme şeklinden ötürü sorun yaşadıklarını bildirmiştir (65). Anne sütüne/emzirmeye başlanması ve devamlılığının sağlanması için hemşireler, annelere verdikleri bilgilerin içerikleri

yanı sıra bilgilerin verilme şekline ve annelerin içsel motivasyonlarına odaklanmalıdır (39, 65). İçsel motivasyona sahip olan annelerin dışsal motivasyonu olanlara göre bebeklerini daha uzun süre emzirdikleri bildirilmektedir (39).

Bilgi ve eğitim vermenin yanı sıra annelerin emzirme öz yeterliliğini artırmak için yapılan hemşirelik müdahalelerin, annelerin doğum sonrası 1 ay ve 2 ay emzirme olasılığı sırasıyla 1,56 ve 1,66 kat artırdığı ve emzirme öz yeterliliğindeki her bir puanlık artışın uzun süreli emzirme olasılığını %10 artırdığı tespit edilmiştir (66). Sistemik bir derlemeye göre ten-tene temas/kanguru bakım, psikoeğitim, gevşeme terapileri, psikolojik hemşirelik, motivasyonel görüşme, sağlık ve bebek bakımı eğitim programı, akran destekli olan ve olmayan ev ziyaretleri ve emzirme eğitimi gibi destek müdahalelerinin annenin hem ruh sağlığı hem emzirme sonuçların iyileştirmektedir (67). Özellikle anne bebek ten tene temasın/kanguru bakımın anne sütü miktarını, sadece anne sütü ile beslenme süresini, anne sütü ile beslenme başarısını artırdığı aynı zamanda anne sütü ile beslenmeye/emzirmeye geçiş süresini kısalttığı bildirilmektedir (68, 69). Aynı zamanda çalışma şartları ve diğer ilgili baskılar nedeniyle, hemşirelerin özel emzirme uygulamalarında bir eşitsizlik söz konusu olabilmektedir (62). Müdahalelerin dijital/tele-sağlık uygulamaları ile zenginleştirerek yapılması sağlığa kesintisiz erişimin kolaylaşmasını, maliyetin azalmasını sağlayarak sağlıkta eşitsizlikleri azaltabilir (70, 71). Örneğin video ziyaretleri ile tele-laktasyon danışmanlık müdahalesi sonrası anneler bu uygulamayı kolay bulduklarını ve memnun olduklarını bildirmiş, ayrıca danışmanlık için sms ile mesajlaşma gibi ekstra kaynaklar kullanılmasını talep etmişlerdir (70). Bir başka araştırmada WhatsApp üzerinden sürekli laktasyon eğitim müdahalesi gerçekleştirilmiş olup emzirme desteği alan annelerin ilk altı ay anne sütü verme/emzirme sürelerinin kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (71). Hemşireler bu literatür doğrultusunda planlayacakları müdahaleleri kanıta dayalı araştırmaların sonuçları doğrultusunda ve yeni teknolojiye uygun şekilde yapmalıdırlar.

Emzirme süresince eş, aile ve iş arkadaşlarından gelen destek, annenin bebeğini emzirme süresini artıran en önemli etkenlerden biri olmakla birlikte annenin emzirme stresini yönetmesine yardımcı olmaktadır (63, 64). Annelerin emzirmeyi sürdürme ve emzirme sorunları ile ilgili başa çıkma mekanizmalarının; aile ve iş arkadaşlarının desteği, ağlama, dua etme ve bebekle iletişim kurma olduğu görülmektedir (63). Hemşireler yalnızca anne ve bebeğe odaklanarak anneyi etkileyen eş, aile, iş arkadaşları gibi yakın çevrenin etkilerini yok saymamalı ve bilgi eğitim ve müdahalelerine dahil etmelidirler.

4. SONUÇ

Anne sütü ile beslenmek her bebeğin hakkıdır. Fakat anne sütü ile beslenme oranları uluslararası hedeflere göre henüz istenilen düzeye ulaşmamıştır. Bu konuda sağlık profesyonellerinden gebeler, anneler, bebeklerle klinik sahada sıklıkla karşılaşan ve birincil bakım veren hemşirelere önemli sorumluluklar düşmektedir. Hemşireler anne sütü/emzirme ile ilgili bilgi, beceri, uygun iletişim teknikleri ve bunları uygulama noktasında yeterli olmalıdır. Anne sütü/emzirme destek programları doğum öncesinden doğum sonrasına kadar sürdürülmelidir. Programlar yenilikçi, kolay erişilebilir, az maliyetli olmalı, programlarda klasik eğitim tekniklerinden ziyade güncel teknoloji ve materyaller kullanılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Çakmak S, Dengi ASD. (2019). Postpartum dönemdeki annelerin emzirme ve anne sütünün önemi hakkındaki bilgilerinin değerlendirilmesi. *Türk Aile Hekimleri Dergisi*, 23(1), 9-19.
2. World Health Organization (WHO) (2023a). *Global breastfeeding scorecard 2023: Rates of breastfeeding increase around the world through improved protection and support*. [Erişim Tarihi: 06.03.2024] Erişim linki: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/375796/WHO-HEP-NFS-23.17-eng.pdf?sequence=1>
3. Ballard O, Morrow AL. (2013). Human milk composition: Nutrients and bioactive factors. *Pediatric Clinics of North America*, 60(1), 49-74.
4. Andreas NJ, Kampmann B, Le-Doare KM. (2015). Human breast milk: A review on its composition and bioactivity. *Early Human Development*, 91(11), 629-635.
5. Soled D, Keim SA, Rapoport E, Rosen L, Adesman A. (2021). Breastfeeding Is Associated with a Reduced Risk of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Among Preschool Children. *J Dev Behav*

- Pediatr*, 1, 42(1), 9-15. doi:10.1097/DBP.0000000000000854
6. Caba-Flores MD, Ramos-Ligonio A, Camacho-Morales A, Martínez-Valenzuela C, Viveros-Contreras R, Caba M. *Breast Milk and the Importance of Chrononutrition*. *Front Nutr*. 2022;9:867507. Published 2022 May 12. doi:10.3389/fnut.2022.867507
7. Güngör Ş, Acıpayam C, Çelik E. (2020). 9 ay-4 yaş çocuklarda anne sütü alım süresinin beslenme alışkanlıklarının primer malnütrisyon gelişimi üzerine etkileri. *Ortadoğu Tıp Dergisi*, 12(2), 233-240. doi: 10.21601/ortadogutipdergisi.653552
8. Johns Hopkins Medicine (JHM) (2024). *Breast milk is best*. [Erişim Tarihi: 09.03.2024] Erişim linki: <https://www.hopkinsmedicine.org/health/conditions-and-diseases/breastfeeding-your-baby/breast-milk-is-the-best-milk>
9. Hahn-Holbrook J, Saxbe D, Bixby C, Steele C, Glynn L. (2019). Human milk as "chrononutrition": Implications for child health and development. *Pediatric Research*, 85(7), 936-942. doi: 10.1038/s41390-019-0368-x
10. World Health Organization (WHO) (2024). *Breastfeeding*. [Erişim Tarihi: 09.03.2024] Erişim linki: https://www.who.int/health-topics/breastfeeding#tab=tab_1
11. The American Academy of Pediatrics (AAP) (2022). *Policy statement: Breastfeeding and the use of human milk*. *Pediatrics*, 150(1), e2022057988. doi: 10.1542/peds.2022-057988
12. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2019). *2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2018*. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye. [Erişim Tarihi: 10.03.2024] Erişim linki: http://www.sck.gov.tr/wp-content/uploads/2020/08/TNSA2018_ana_Rapor.pdf
13. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2023a). *Contraindications to breastfeeding or feeding expressed breast milk to infants*. [Erişim Tarihi: 09.03.2024] Erişim linki: <https://www.cdc.gov/breastfeeding/breastfeeding-special-circumstances/contraindications-to-breastfeeding.html>
14. Grash JL, de Voest JA, Saade GR, Hughes BL, Reddy UM, Costantine MM, et al. (2024). *Breastfeeding Initiation, Duration, and Associated Factors Among People with Hepatitis C Virus Infection*. *Obstet Gynecol*, 1, 143(3), 449-455. doi: 10.1097/AOG.0000000000005499
15. Gölbaşı Z, Eroğlu K, Kaya D. (2018). Doğum yapan kadınların anne sütü ve emzirme mitlerine inanma durumlarının belirlenmesi. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(2), 32-43. doi: 10.30934/kusbed.402892
16. Gianni ML, Bettinelli ME, Manfra P, Sorrentino G, Bezze E, Plevani L, et al. (2019). *Breastfeeding difficulties and risk for early breastfeeding cessation*. *Nutrients*, 11(10), 2266. doi: 10.3390/nu11102266
17. Wong TCY, Yeung KHT, Khalikova VR, Hui LL, Chow KM, Lau EYY, et al. (2024). *Online ethnography of breastfeeding discussions in social networking sites for Hong Kong mothers*. *Food Science & Nutrition*, 12(2), 843-850. doi: 10.1002/fsn3.3796
18. Öztürk H. *Anne sütü bırakma nedenlerinin belirlenmesi*

[Yayımlanmamış yüksek lisans tezi]. İstanbul: İstanbul Medipol Üniversitesi; 2022. [Erişim Tarihi: 20.04.2024] Erişim Linki: <https://acikerisim.medipol.edu.tr/xmlui/bitstream/handle/20.500.12511/11863/Ozturk-Humeyra-2022.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

19. Yahşi A, Şaylı T. (2022). Anne sütünü etkileyen faktörler ve emzik kullanımının emzirme üzerine etkileri. *Pamukkale Medical Journal*, 15(4), 788-795. doi: 10.31362/patd.1089158

20. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2023b). *Newborn breastfeeding basics*. [Erişim Tarihi: 14.03.2024] Erişim linki: <https://www.cdc.gov/nutrition/infantandtoddlernutrition/breastfeeding/newborn-breastfeeding-basics.html>

21. Ata Yüzüğüllü D, Aytaç N, Akbaba M. (2018). Investigation of the factors affecting mother's exclusive breastfeeding for six months. *Türk Pediatri Arşivi*, 53, 96-104.

22. Severinsen C, Neely E, Hutson R. (2024). Resisting stigma: the role of online communities in young mothers' successful breastfeeding. *Int Breastfeed J*, 19(1), 17. doi: 10.1186/s13006-024-00626-z

23. Izumi C, Trigg J, Stephens JH. (2024). A systematic review of migrant women's experiences of successful exclusive breastfeeding in high-income countries. *Maternal & Child Nutrition*, 20(1), e13556. doi: 10.1111/mcn.13556

24. Oddo VM, Ickes SB. (2018). Maternal employment in low-and middle-income countries is associated with improved infant and young child feeding. *The American Journal Of Clinical Nutrition*, 107(3), 335-344.

25. Mgongo M, Ickes SB, Leyaro BJ, Mboya IB, Grounds S, Seiger ER, et al. (2024). Early infant feeding practices among women engaged in paid work in africa: A systematic scoping review. *Adv Nutr*, 15(3), 100179. doi: 10.1016/j.advnut.2024.100179.

26. Emren Yakar, F. (2020). Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatarak izlenen prematüre bebeklerde anne sütü ile beslenme oranları ve anne sütü alımı üzerine etkili faktörler. T.C. Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi.

27. Arıöz Düzgün A, Sevimli Güler DB, Şahin S, Ünsal A. (2023). Bir grup annenin anne sütü ve emzirme hakkındaki bilgi düzeyi. *Sağlık Akademisi Kastamonu (SAK)*, 8 (3), s.481-490. doi: 10.25279/sak.798965

28. Nourse L. (2024). Exploring workplace barriers faced by breastfeeding mothers who are PAs. *JAAPA*, 37(2), 39-45. doi: 10.1097/01.JAA.0000995644.64750.ed

29. Cole J, Bhatt A, Chapple AG, Buzhardt S, Sutton EF. (2024). Attitudes and barriers to breastfeeding among women at high-risk for not breastfeeding: A prospective observational study. *BMC Pregnancy Childbirth*, 24(1), 81. doi: 10.1186/s12884-024-06264-x

30. Çaka SY, Topal S, Altunkaynak S. (2017). Anne sütü ile beslenmede karşılaşılan sorunlar. *Türkiye Klinikleri J Pediatr Nurs-Special Topics*, 3(2), 120-8.

31. Akkuş H, Çoban A. (2023). Sezaryen doğum sonrası emzirmenin başlatılmasında yaşanan sorunlar. *Adnan Menderes Üniversitesi*

Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 7(2), 380-392.

32. Cantürk D, Kostak MA. (2020). Vajinal doğum yapan ve sezaryen operasyonu geçiren annelerin ilk emzirme davranışları, emzirme öz-yeterlilik düzeyleri ve etkileyen faktörler. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13(3), 382-394.

33. Smita., Franz N, Coffey D. (2024). The association between cesarean birth and breastfeeding initiation in Odisha, India: A mother fixed effects analysis. *PLoS One*, 12, 19(2), e0287796. doi: 10.1371/journal.pone.0287796

34. Haile RN, Abate BB, Kitaw TA. (2024). Spatial variation and determinants of delayed breastfeeding initiation in Ethiopia: spatial and multilevel analysis of recent evidence from EDHS 2019. *Int Breastfeed J*, 19(1), 10. doi: 10.1186/s13006-024-00616-1

35. Hulman A, Pakai A, Csákvári T, Keceli V, Varga K. (2024). The impact of mode of delivery and postpartum conditions on breastfeeding: A cross-sectional study. *Healthcare (Basel)*, 12(2), 248. doi: 10.3390/healthcare12020248

36. Briere CE, Gomez J. (2024). Fresh parent's own milk for preterm infants: Barriers and future opportunities. *Nutrients*, 16(3), 362. doi: 10.3390/nu16030362

37. Altuntaş N. (2020). Yenidoğan yoğun bakım ünitesine yatış emzirme sürecini nasıl etkiliyor? *Pamukkale Medical Journal*, 13(3), 579-586. doi: 10.31362/patd.670659

38. Merter ÖS, Altay N. (2020). Yenidoğan yoğun bakımda izlenen prematüre bebeklerin anne sütü ile beslenme durumlarının değerlendirilmesi. *Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(1), 21-29.

39. Li X, Li Y, Qian L, Han P, Feng H, Jiang H. (2024). Mothers' experiences of breast milk expression during separation from their hospitalized infants: a systematic review of qualitative evidence. *BMC Pregnancy Childbirth* 24, 124. doi: 10.1186/s12884-024-06323-3

40. Hunde BM, Sitotaw IK, Elema TB. (2023). Magnitude of bottle-feeding practice and associated factors among mothers of 0-24 months' children in Asella town, Oromia region, Ethiopia. *BMC Nutr*, 9, 79. doi: 10.1186/s40795-023-00733-w

41. Mitchell F, Walker T, Hill K, Browne J. (2023). Factors influencing infant feeding for Aboriginal and Torres Strait Islander women and their families: A systematic review of qualitative evidence. *BMC Public Health*, 23(1), 297. doi: 10.1186/s12889-022-14709-1

42. Uludağ ME. (2020). Emzik kullanımı hakkında anne görüşlerine dayalı nitel bir değerlendirme. *Elektronik Eğitim Bilimleri Dergisi*, 9(18), 188-206.

43. Ventura A, Hupp M, Lavond J. (2021). Mother-infant interactions and infant intake during breastfeeding versus bottle-feeding expressed breast milk. *Matern Child Nutr*, 17(4), e13185. doi: 10.1111/mcn.13185

44. Güner Ö, Koruk F. (2019). Şanlıurfa'da 0-6 aylık bebeklerin sadece anne sütü alma durumları ve etkileyen faktörler. *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 16(1), 111-6.

45. Fan HSL, Fong DYT, Lok KYW, Tarrant M. (2022). Association between expressed breast milk feeding and breastfeeding duration in Hong Kong mothers. *Women Birth*, 35(3), e286-e293. doi: 10.1016/j.

wombi.2021.06.007

46. Whipps MDM, Yoshikawa H, Demirci JR, Hill J. (2021). Estimating the impact of in-hospital infant formula supplementation on breastfeeding success. *Breastfeed Med*, 16(7), 530-538. doi: 10.1089/bfm.2020.0194
47. Kelly E, DunnGalvin G, Murphy BP, O'B Hourihane J. (2019). Formula supplementation remains a risk for cow's milk allergy in breast-fed infants. *Pediatr Allergy Immunol*, 30(8), 810-816. doi: 10.1111/pai.13108
48. World Health Organization (WHO) (2023b). Global Congress opens to counter harmful marketing of formula milk. 20 June 2023 [Erişim Tarihi: 06.03.2024] Erişim linki: <https://www.who.int/news/item/20-06-2023-global-congress-opens-to-counter-harmful-marketing-of-formula-milk>
49. Boran P. (2020). Emzirme sorunlarına kanıt dayalı yaklaşım. *Osmangazi Tıp Dergisi*, 35-40.
50. Ding ST, Gao YJ, Zhang Y, He XP. (2024). Analysis of risk factors leading to multiple breast abscesses during lactation. *Medicine (Baltimore)*, 103(9), e37367. doi: 10.1097/MD.00000000000037367
51. Yajun G, Yan Z, Yi Z, Si C, Yan L, Songtao D. (2024). Analysis of relevant factors influencing size of breast abscess cavity during lactation: A cross-sectional study. *Eur J Med Res*, 20, 29(1), 138. doi: 10.1186/s40001-024-01733-7
52. Freund-Azaria A, Bart O, Regev R, Bar-Shalita T. (2024). Breastfeeding-related pain, sensory over-responsiveness, and exclusive breastfeeding at 6 months: A prospective cohort study. *Women's Health Issues*, 34(1), 80-89. doi: 10.1016/j.whi.2023.09.004
53. Srinivasan A, Al Khouly A, Puzhko S, Dobrich C, Stern M, Mitnick H. (2019). Frenotomy in infants with tongue-tie and breastfeeding problems. *J Hum Lact*, 35, 706-712. doi: 10.1177/0890334418816973
54. Tuğrul Aksakal MZ. (2021). Dil bağı ve emzirme. *Karabayır N, editör. Her Hekimin Anne Sütü ile Beslenme Konusunda Bilmesi Gerekenler: 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri*, 59-65.
55. Waterman J, Lee T, Etchegary H, Drover A, Twells L. (2021). Mothers' experiences of breastfeeding a child with tongue-tie. *Maternal & Child Nutrition*, 17, e13115. doi: 10.1111/mcn.13115
56. Şahin BB, Özyurt CB. (2017). Manisa'da yarı-kentsel bir bölgede 0-24 ay çocuklarda anne sütü alma durumu ve beslenme alışkanlıkları. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*, 15(3), 164-175.
57. Doğanç P. Gebelikte emzirmenin sürdürülmesine ilişkin annelerin düşünce ve davranışları [Yüksek Lisans Tezi]. Aydın: Adnan Menderes Üniversitesi; 2020. [Erişim tarihi: 11.04.2024]. Erişim linki: <http://adudspace.adu.edu.tr:8080/xmlui/bitstream/handle/11607/4022/Pinar%20DOĞANCI%20Tez%20kütüphane.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
58. Brassel A, Townsend ML, Pickard JA, Grenyer BFS. (2020). Maternal perinatal mental health: Associations with bonding, mindfulness, and self-criticism at 18 months' postpartum. *Infant Ment Health J*, 41(1), 69-81. doi: 10.1002/imhj.21827
59. Alimi R, Azmoude E, Moradi M, Zamani M. (2022). The association of breastfeeding with a reduced risk of postpartum depression: A systematic review and meta-analysis. *Breastfeed Med*, 17(4), 290-296. doi: 10.1089/bfm.2021.0183
60. Lechosa MC, Paz-Zulueta M, Del Río EC, Sota SM, Sáez de Adana M, Pérez MM, et al. (2019). Impact of maternal smoking on the onset of breastfeeding versus formula feeding: A cross-sectional study. *Int J Environ Res Public Health*, 16(24), 4888. doi: 10.3390/ijerph16244888
61. Uzun K, Kolcu M, Kurap Öcebe D. (2018). Anne sütü ile beslenmede kanıt dayalı uygulamalar. *Hemşirelik Bilimi Dergisi*, 1(2), 29-32.
62. Şensoy F, Koçak DY. (2021). Emzirme danışmanlığında güncel yaklaşımlar. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, 4(3), 427-435. doi: 10.38108/ouhcd.844447
63. Abukari AS, Acheampong AK. (2022). Breastfeeding practices and coping strategies adopted by lactating nurses and midwives: A qualitative study. *J Pediatr Nurs*, 66, e61-e66. doi: 10.1016/j.pedn.2022.05.017
64. Tüğdür M, Öğüt S, Karaman AD, Günay N. (2020). Yeni doğum yapmış annelerin anne sütü ile ilgili uygulama ve görüşleri: Aydın'da bebek dostu hastane örneği. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 4 617-624.
65. Delawarde-Saïas T, Mercerat C, Adamiste M, Pigeon-Gagné É, Delawarde C, Nouchi J, et al. (2024). Is there room for mothers' agency in the choice to breastfeed? A qualitative analysis of mothers' views on messages promoting breastfeeding in Quebec. *Eur J Midwifery*, 8. doi: 10.18332/ejm/174931
66. Brockway M, Benzies K, Hayden KA. (2017). Interventions to improve breastfeeding self-efficacy and resultant breastfeeding rates: A systematic review and meta-analysis. *J Hum Lact*, 33(3), 486-499. doi: 10.1177/0890334417707957
67. Pezley L, Cares K, Duffecy J, Koenig MD, Maki P, Odoms-Young A, et al. (2022). Efficacy of behavioral interventions to improve maternal mental health and breastfeeding outcomes: A systematic review. *Int Breastfeed J*, 17(1), 67. doi:10.1186/s13006-022-00501-9
68. Zengin H, Akdeniz-Kudubeş A. (2023). Kanguru Bakımının Yenidoğanın Anne Sütü ile Beslenmesine Etkisi. *Bilecik Şeyh Edebali Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1(1), 1-9.
69. Sinha A, Pujara R, Patel S, Patel D, Nimbalkar S. (2024). Improving early initiation of skin-to-skin contact among newborns delivered vaginally at a tertiary care hospital: A quality improvement study. *Journal of Neonatology*. doi: 10.1177/09732179231218059
70. Howell K, Alvarado G, Waymouth M, Demirci J, Rogers R, Ray K, Uscher-Pines L. (2023). Acceptability of telelactation services for breastfeeding support among black parents: Semistructured interview study. *J Med Internet Res*, 25, e50191. doi: 10.2196/50191
71. Sevda KÖ, Sevil İ. (2023). Continuous lactation support provided through the whatsapp messaging application: A randomized controlled trial. *J Hum Lact*, 39(4), 666-678. doi: 10.1177/08903344231192948

DERLEME / Review

A Comparative Analysis of Initiatives Aimed at Enhancing Digital Health Literacy (DHL) on a Global Scale

Küresel Ölçekte Dijital Sağlık Okuryazarlığını Geliştirmeyi Amaçlayan Uygulamaların Karşılaştırmalı Analizi

Dilek KOLCA¹

ABSTRACT

This study aims to provide a comprehensive review of educational campaigns and projects designed to enhance DHL. The study was conducted as a systematic review. It comparatively evaluated the objectives, educational strategies, and outcomes of educational programs and projects related to DHL. Data were collected through literature searches in databases such as Scopus, PubMed, and Google Scholar. DHL projects and educational programs have significantly improved individuals' access to and management of health information. These initiatives have not only enhanced individual health literacy but have also played a critical role in improving overall public health. The primary focus of DHL projects and educational programs is to increase the accessibility of digital tools and strengthen technological infrastructure. This focus aims to ensure sustainability and create long-term positive effects on public health literacy. The global dissemination of such initiatives could contribute to the sustainable development of public health.

Keywords: Health, Digital, Literacy

INTRODUCTION

The advancements in technology have significantly influenced the healthcare sector, giving rise to the concept of digital health. Digital health encompasses the use of digital technologies in healthcare, including the Internet of Things (IoT), advanced computing, big data analytics, and artificial intelligence (1). Among digital health applications, big data analytics is frequently employed in public health to understand population trends or monitor individuals' healthcare needs (2). These developments in healthcare necessitate improvements in individuals' health literacy. As digital applications in healthcare become more prevalent, the concept of digital health

ÖZ

Bu çalışma, DSO'nu geliştirmeyi amaçlayan eğitim kampanyalarını ve projeleri, kapsamlı bir inceleme olacak şekilde ortaya koymayı amaçlamaktadır. Çalışma, sistematik derleme türünde hazırlanmıştır. DSO ile ilgili eğitim programları ve projelerin; hedefleri, eğitim stratejileri ve sonuçlarını karşılaştırmalı bir şekilde değerlendirmiştir. Çalışmada veriler; Scopus, PubMed ve Google Scholar gibi veri tabanlarında yer alan literatür taramalarından elde edilmiştir. DSO projeleri ve eğitim programları, bireylerin sağlık bilgilerine erişimini ve bu bilgileri yönetme becerilerini önemli ölçüde artırmıştır. Bu girişimler yalnızca bireysel sağlık okuryazarlığını artırmakla kalmamış, genel halk sağlığı seviyesinin iyileştirilmesinde kritik bir rol oynamaktadır. DSO projeleri ve eğitim programlarının ana odağı, dijital araçların erişilebilirliğini artırmak ve teknolojik altyapıyı güçlendirmektir. Bu odak, sürdürülebilirliği sağlamayı ve halk sağlığı okuryazarlığında uzun vadeli olumlu etkiler yaratmayı hedeflemektedir. Bu tür girişimlerin küresel ölçekte yaygınlaştırılması, sürdürülebilir halk sağlığı gelişimine katkıda bulunabilir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık, Dijital, Okuryazarlık

literacy (DHL) has emerged (3). DHL is defined as the ability to access, evaluate, integrate, and apply health information obtained from online environments (4).

To enhance digital health literacy, comprehensive educational campaigns and awareness-raising strategies should be developed. These strategies aim to inform individuals about the effective use of digital tools and facilitate their access to health information, which is crucial to achieving the desired outcomes (5). Emerging technologies such as artificial intelligence (AI), machine learning, and big data analytics have the potential to improve digital health literacy by enabling personalized and efficient access to health information (6). For instance, AI-based virtual assistants can provide users with rapid access to health information, empowering individuals

1-Dr. Öğr. Üyesi, İstanbul Galata Üniversitesi, Meslek Yüksekokulu Tıbbi Veri İşleme Teknikerliği
E-posta: kolcadilek@gmail.com ORCID: 0000-0002-8631-5147
Gönderim Tarihi: 31.01.2025 - Kabul Tarihi: 03.12.2025

to manage their own health effectively (7). Additionally, online training modules, mobile applications, and interactive video content help individuals utilize digital health information more effectively (8).

The adoption of digital health applications, amplified by AI, needs to be embraced by society. To achieve this, educational programs and projects that can be tailored to individuals should be developed. Implementing these programs will play a crucial role in enhancing digital health literacy among the masses. Moreover, the widespread dissemination of training programs that improve digital health literacy can also help reduce health disparities and ensure equal access to health information for all individuals (9).

The aim of this study is to conduct a comparative analysis of international initiatives designed to improve digital health literacy, by evaluating their core strategies, effectiveness, and suitability for different target populations. Within this scope, digital health literacy programs implemented in various countries will be analyzed in terms of access methods, use of technology, educational content, user engagement, and sustainability criteria. Furthermore, the study will examine the impact of digital health literacy on individuals' access to healthcare services, their ability to manage their own health, and their competence in utilizing digital health technologies effectively. The ultimate goal is to identify global best practices and to develop adaptable policy and strategy recommendations for developing countries such as Türkiye.

Digital Health Literacy Applications

Health information produced using information and communication technologies has the potential to offer accessible, comprehensive, up-to-date, and high-quality content. However, given the sensitivity of health-related information, it is crucial to closely monitor digital platforms (10). Analyses of health information websites have revealed that the information shared is often incomplete or outdated. Such misinformation can spread rapidly through social networks, posing

a significant risk (11). In many cases, this can mislead individuals, causing them to attempt self-diagnosis or seek alternative treatments, which can result in serious negative consequences (12). To counter these potential risks, it is essential to enhance individuals' digital health literacy skills to help them identify which health information on digital platforms is accurate and useful in everyday life. According to the World Health Organization (WHO), approximately 27% of countries worldwide have implemented digital health policies (13). However, some of these policies have failed due to poor design and negative outcomes during implementation. A holistic approach is one of the most critical considerations when developing policies to enhance digital health literacy (14). This approach should address socioeconomic and technical challenges such as cultural barriers, inadequate funding, shifting priorities, political uncertainties, insufficient technical skills, limited sharing of health information, the undue influence of development partners, and resistance to change (15). By addressing these challenges, digital health literacy initiatives can be more successful and achieve the desired impact across society.

METHOD

This study is a review that investigates educational campaigns and projects aimed at enhancing digital health literacy globally. It conducts a comparative analysis of specific training programs and projects, outlining their core features, objectives, educational strategies, and outcomes. The study employs a qualitative data analysis method. The primary digital health literacy projects and educational campaigns examined include the Be He@lthy, Be Mobile (BHBM) Program, the DH21: Digital Health Literacy for the 21st Century Project, the USAID Digital Health Literacy Initiative, the eHeLA: eHealth Literacy for Older Adults Project, and the NHS Digital Literacy Programme.

The Aim and Type of The Research

The study's strategy was developed in three phases: thematic analysis, comparative analysis, and comprehensive evaluation.

- **Thematic Analysis:** Data from the projects were analyzed using a thematic analysis approach, identifying the main themes, strategies, and outcomes of each project. During the analysis, frequently mentioned topics, success stories, challenges, and health outcomes in project reports and documents were considered.
- **Comparative Analysis:** The goals, strategies, and impacts of each project were analyzed through a comparative approach. This analysis aimed to reveal the similarities, differences, and success factors of each initiative.
- **Comprehensive Evaluation:** Each educational campaign was assessed based on criteria such as access capacity, effective communication strategies, personalized educational materials, cultural adaptation, and data security. This evaluation aimed to identify the strengths and weaknesses of the projects and provide recommendations for future studies.

Data Analysis

Projects and educational campaigns included in the study were selected based on their focus on improving digital health literacy. Priority was given to initiatives that included strategies related to accessing digital health information, effective use of digital tools, and participation in digital health services. Projects implemented across different continents, including Europe, North America, Asia, and Africa, were selected to evaluate the global impact of digital health literacy initiatives. Another important criterion was that the projects targeted diverse demographic groups, particularly those facing challenges in accessing digital health services, such as women, youth, the elderly, rural residents, and minority groups. Projects that achieved success or demonstrated tangible outcomes were also prioritized to better understand their effectiveness on health literacy.

The study selection process followed a systematic and step-by-step approach, covering projects and educational campaigns aimed at enhancing digital health literacy globally. The process included literature review, eligibility screening, scope determination, data verification and analysis, and final reporting.

Limitations of the Research

The strengths of this study include a comprehensive and multifaceted examination of digital health literacy projects globally, focusing on the needs of different groups, and providing practical recommendations for future projects. However, limitations such as data access, long-term impact measurement, and cultural adaptation make it challenging to generalize the findings. In the future, these limitations should be addressed through increased data access, quantitative measures, and more adaptable strategies.

Ethical Permissions

All data and materials used in this study were collected and analyzed in accordance with ethical guidelines and data privacy principles. Materials containing non-public or sensitive data were excluded from the study following ethical protocols and data protection policies.

RESULTS

Numerous educational campaigns and projects have been implemented globally to enhance digital health literacy. Figure 1 presents some of the major digital health literacy projects and training initiatives conducted over the past decade.

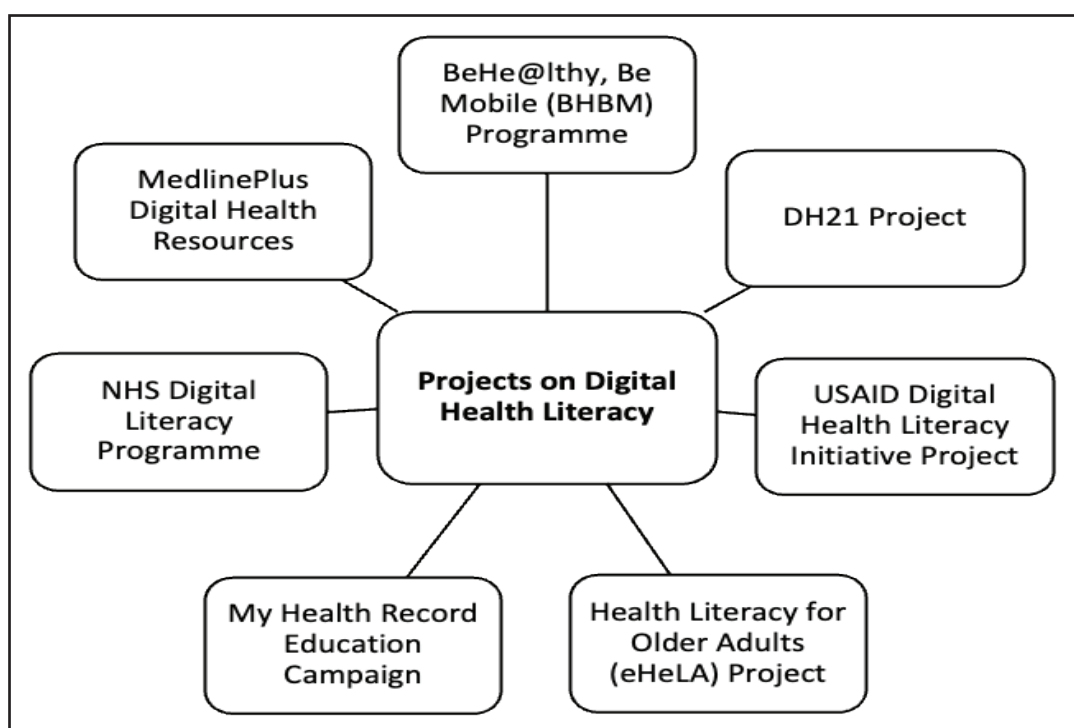


Figure 1. Projects and Trainings on Digital Health Literacy

1. *Be He@lthy, Be Mobile (BHBM) Programme*

This global digital health initiative, jointly led by the World Health Organization (WHO) and the International Telecommunication Union (ITU), aims to improve access to health information and enhance digital health literacy through mobile technologies targeting non-communicable diseases (NCDs). Its main goal is to use mobile health (mHealth) solutions to reduce NCD risk factors such as tobacco use, poor diet, physical inactivity, and alcohol consumption (16). The program promotes healthier behaviors, greater healthcare access, and NCD prevention through digital tools. It is active in countries including Bangladesh, India, Costa Rica, Senegal, Zambia, and Mexico (13). Strategies are adapted to each country’s needs. For instance, in Bangladesh, SMS reminders have improved tuberculosis treatment adherence (17); in Costa Rica, tobacco cessation messages led to a 10% quit rate—twice the usual level; and in Zambia, diabetes apps have helped patients track glucose levels and communicate better with providers (13).

As part of the “Be He@lthy, Be Mobile” initiative conducted in collaboration between the World Health Organization (WHO) and the International Telecommunication Union (ITU), the mDiabetes program was implemented in Senegal. The program aims to support diabetes management by sending informative messages to patients via mobile phones. Between 2014 and 2015, more than 12,000 individuals participated in the program and received regular health information through text messaging. As a result, one participant, Khady, experienced a reduction in her daily insulin dosage from 10 units to 6 units, with her blood glucose levels returning to normal. In Senegal, where approximately 90% of the population owns a mobile phone, the program has been able to reach a wide audience. Furthermore, the program has sought to enhance accessibility by offering alternative communication methods such as voice messages, especially for individuals with limited literacy skills (18).

2. Digital Health Literacy for the 21st Century (DH21) Project

The DH21 Project, funded by the European Commission, is a broad initiative to improve digital health literacy and reduce health inequalities across Europe. It aims to help individuals use digital health technologies effectively and make more informed health decisions (19). Key goals include removing barriers to accessing digital health information, increasing participation in healthcare, and raising digital literacy levels, with a focus on vulnerable groups such as older adults, minorities, rural residents, and low-income individuals (20). The project is active in countries like Germany, Spain, the Netherlands, Italy, and France. In Germany, literacy modules for older adults improve their understanding and use of digital health tools (21), while in the Netherlands, a mobile health app has enhanced access to health information and chronic disease management. Overall, DH21 is a model for broader European health strategies, helping expand access to digital health services and promote health equity (19).

A study was conducted in the United States to improve digital access and literacy among older adults who had difficulty using or had never used technology. Over the course of six months, nine elderly participants received weekly interactive training sessions. As a result of the intervention, 100% of the participants learned how to use digital devices. Access to patient portals increased by 88.8%, and self-assessed internet literacy skills showed a 100% improvement (22).

3. USAID Digital Health Literacy Initiative

The USAID Digital Health Literacy Initiative is a global effort by the United States Agency for International Development (USAID) to strengthen digital health literacy, particularly in developing countries (23). Its main goals include expanding access to digital health information, promoting healthcare participation, and reducing health inequalities, especially among vulnerable groups such as women, youth, rural residents, and minorities (24); (25). The initiative supports individuals in low- and middle-income countries

in understanding and using digital tools to manage their health more effectively. It is active in countries like India, Kenya, Nigeria, Bangladesh, and Ghana, where targeted programs are improving digital health literacy and access to care (23). In India, mobile health apps have boosted maternal and child health awareness, increasing prenatal care attendance and lowering infant mortality (21). In Kenya, HIV/AIDS campaigns have raised awareness and testing rates (26), while in Bangladesh, mobile-based health education has increased vaccination coverage and helped prevent infectious diseases (27). Overall, the initiative plays a key role in promoting equitable access to digital health services and empowering individuals to make informed health decisions, ultimately improving health outcomes in underserved populations (23).

In a study conducted in Indonesia—one of the countries where USAID has invested—460 participants were assessed in terms of their digital health literacy. The results showed that participants had a mean score of 4.13 ± 0.56 in accessing health-related information online, and a mean score of 3.67 ± 0.78 in applying this information to their own health decisions (28). On the other hand, significant digital inequalities persist across the country. While internet access reaches up to 85% in western regions such as Jakarta, it is as low as 26% in eastern regions like Papua, highlighting substantial regional disparities in access to and utilization of digital health services (29).

4. Health Literacy for Older Adults (eHeLA) Project

The eHeLA Project, implemented in Canada, focuses on improving digital health literacy among older adults, particularly those aged 65 and above. Its main goal is to help older individuals access and effectively use digital health information, thereby enabling them to play a more active role in managing their health. By reducing barriers to digital services and simplifying access, the project aims to decrease health disparities among the elderly. eHeLA has been deployed across both rural and urban

regions in Canada to enhance access to health information and services (30). Research shows that participants in the program are better able to evaluate the accuracy of online health content and use digital tools effectively. Outcomes also indicate improvements in medication adherence and disease self-management skills. Overall, eHeLA contributes significantly to promoting health equity and improving outcomes for older populations by increasing their engagement with digital health services (31).

5. My Health Record Education Campaign

The My Health Record Education Campaign, led by the Australian government, is a digital health initiative aimed at promoting the use of personal digital health records (32). The campaign seeks to enhance health literacy by enabling individuals to store, manage, and share their health information through a centralized platform (33). By improving access to health records, it encourages individuals to take a more active role in managing their health and supports informed decision-making (34). The initiative particularly targets vulnerable populations, including the elderly, people with chronic conditions, and those living in rural areas (30). It also aims to strengthen coordination with healthcare providers by allowing users to store treatment histories, prescriptions, and test results in one place, thereby simplifying chronic disease management (35). Overall, the campaign plays an important role in increasing digital health literacy and participation in healthcare services in Australia.

During the opt-out registration process launched in 2018, public awareness of the My Health Record system increased from 63.6% to 92.1%, as a result of communication campaigns conducted by the Australian Digital Health Agency (ADHA) (36). In the 2020–2021 period, 2.69 million out of 23 million registered users accessed the My Health Record system, corresponding to approximately 11.7% of the total users. Between 2022 and 2023, the usage of the system by healthcare providers increased by 30.43% (37).

6. NHS Digital Literacy Programme

The NHS Digital Literacy Programme, led by the UK's National Health Service (NHS), aims to improve digital health literacy by promoting the effective use of digital tools to access reliable health information and manage care more actively (38). The programme focuses on expanding access to healthcare services and reducing health inequalities, particularly among older adults, low-income individuals, and those with limited digital Access (39). It is implemented nationwide, with educational strategies tailored to the needs of different communities (34). The programme has increased digital health service use among older adults, improving their understanding of health information and enabling better access to medical records and medication management. It has also supported individuals with chronic illnesses in using digital applications, contributing to enhanced self-management skills (36). Overall, the NHS Digital Literacy Programme plays a vital role in improving digital health access, empowering individuals, and promoting equitable healthcare participation (34).

In the United Kingdom, the NHS Digital Literacy Programme has been developed to address widespread gaps in digital inclusion and health literacy. National data indicate that approximately 11.9 million individuals—around 22% of the UK population—lack basic digital skills, and 4.8 million people have never used the internet. Furthermore, an estimated 43% of adults in England struggle with low health literacy, a figure that increases to 61% when numeracy is involved. To address these challenges, the NHS launched several initiatives, including the Widening Digital Participation (WDP) programme, which reached 387,000 people between 2013 and 2016, of whom 221,000 received digital skills training. In addition, NHS Digital and Health Education England have introduced a digital capabilities framework and an interactive self-assessment tool to evaluate and support digital skill development among health and care staff. These initiatives aim to reduce digital disparities and promote equitable access to digital health services (40).

7. MedlinePlus Digital Health Resources

MedlinePlus is a digital health information platform developed by the U.S. National Library of Medicine (NLM) to provide reliable, up-to-date, and verified health content to users [(38)]. It aims to improve health literacy by enabling individuals to better understand and use health information in making informed health decisions and managing care effectively [(39)]. Offered in both English and Spanish, the platform supports access among diverse ethnic and linguistic communities in the United States, helping to reduce health disparities and encourage broader participation in healthcare [(41)]. While primarily designed for U.S. residents, MedlinePlus is globally accessible and widely used by health professionals, including doctors, nurses, and educators [(38); (41)]. By addressing language and access barriers, MedlinePlus plays a key role in improving digital health literacy and supporting more equitable health outcomes.

MedlinePlus is a digital health information platform that reaches millions of users worldwide. According to 2021 data, the platform was accessed by a total of 418 million users, who generated approximately 888 million page views. In addition to English and Spanish, MedlinePlus offers content in over 50 languages, aiming to reduce language barriers and provide more inclusive access to health information. With a broad content base, the platform delivers scientifically grounded information on more than 1,000 diseases and health conditions, 1,300 genetic disorders, and 1,400 genes. These statistics clearly demonstrate the global reach and strong potential of MedlinePlus to enhance digital health literacy across diverse populations (42).

DISCUSSION

The findings of this study indicate that digital health literacy projects generally have a positive impact by improving individuals' access to health information and enhancing their ability to understand and use it effectively (43). Strategies such as mobile health applications, online training modules, and multimedia-based educational campaigns have proven particularly effective in

this regard. However, the outcomes vary across different demographic groups; older adults, women, and rural populations often face greater challenges in accessing and utilizing digital health tools (44). This suggests the need for more inclusive and adaptable approaches.

While most initiatives employ user-friendly content, interactive formats, and mobile-compatible platforms, the degree of cultural adaptation significantly influences project success. Culturally sensitive materials enhance comprehension and behavioral change, whereas projects lacking localization tend to fall short in engaging communities and meeting their needs (45).

A major limitation affecting these initiatives is the digital divide. Access barriers remain prominent for rural, elderly, and low-income populations due to limited connectivity, low digital literacy, and high data costs (46); (47). Addressing these barriers through infrastructure development and more affordable technologies is essential to ensure inclusivity and equity in digital health interventions (48).

Another critical challenge is data privacy and security. Concerns about the safety of personal health data can undermine user trust and participation (49). Therefore, robust data protection protocols must be embedded in project design. Additionally, the long-term sustainability of digital health literacy programs is key. Emerging technologies like artificial intelligence and big data offer opportunities to personalize health services and improve learning outcomes. Developing sustainable funding mechanisms and fostering public-private partnerships will be vital for expanding program reach and impact (50).

In conclusion, while digital health literacy projects have demonstrated success in improving access to and use of health information, several challenges remain. Bridging the digital divide, enhancing cultural relevance, ensuring data security, and establishing sustainable models are essential to maximizing the effectiveness and inclusivity of these initiatives. Comprehensive,

innovative strategies will be needed to reduce health disparities and promote equitable digital health access in the future.

CONCLUSIONS

The reviewed digital health literacy programs display significant diversity in terms of geographic scope, delivery models, target demographics, and measurable outcomes. Be He@lthy, Be Mobile (BHBM), led by WHO and ITU, is notable for its global scope and disease-specific interventions, particularly non-communicable diseases (NCDs), using SMS and mobile apps in countries like Senegal, India, and Costa Rica. By contrast, the Digital Health Literacy for the 21st Century (DH21) Project targets European populations, with a specific focus on health equity through structured training and mobile tools, tailored for older adults and vulnerable groups.

USAID's Digital Health Literacy Initiative extends across low- and middle-income countries, including India, Kenya, and Indonesia, and emphasizes public health campaigns via mobile apps. Its inclusion of diverse vulnerable groups and demonstrated impact (e.g., increased vaccination and HIV awareness) reflects a comprehensive population-level approach. The eHeLA Project in Canada focuses exclusively on the elderly, leveraging regional networks to improve digital inclusion, with proven improvements in health information use and medication adherence.

The My Health Record Education Campaign in Australia is a national-level effort focused on increasing usage of a centralized digital health portal. Though usage remains low relative to registration (11.7% access rate), awareness campaigns were highly effective. Similarly, the NHS Digital Literacy Programme in the UK uses a multipronged approach to reduce digital inequality, training over 220,000 individuals and embedding tools to assess digital capabilities.

Lastly, MedlinePlus, while not a “program” in the traditional sense, functions as a long-standing digital resource platform with massive reach—418 million users in 2021 alone—providing multilingual, validated health content.

Collectively, these initiatives underscore the global importance of digital health literacy as a determinant of health equity and participation. Programs targeting specific vulnerable populations—such as the elderly (eHeLA, NHS) or low-income groups (USAID)—demonstrated greater behavioral impact and sustained engagement. Campaigns combining multiple modalities (e.g., SMS + apps + training) yielded better health management outcomes, as seen in BHBM and DH21.

Successful initiatives share several characteristics: strong institutional backing (e.g., WHO, NHS, USAID), localization of content (language, cultural adaptation), and integrated feedback or assessment tools. While some programs showed outstanding reach (MedlinePlus, My Health Record), actual engagement or use remains a challenge, highlighting the gap between access and active utilization.

Despite progress, disparities persist, particularly in regions with lower digital infrastructure (e.g., Papua, Indonesia). Future programs should invest in infrastructure, develop localized content, and embed evaluation mechanisms from the outset. A greater emphasis on cross-sector collaboration—between health, technology, and education sectors—would also enhance the long-term impact of these digital health literacy efforts.

REFERENCES

1. Yang, K., Hu, Y., Qi, H. Digital health literacy: bibliometric analysis. *Journal of medical Internet research*, 2022; 24(7): e35816.
2. McKinney, S. M., Sieniek, M., Godbole, V., Godwin, J., Antropova, N., Ashraffian, H., ... & Shetty, S. International evaluation of an AI system for breast cancer screening. *Nature*, 2020; 577(7788): 89-94.
3. Kickbusch, I., Piselli, D., Agrawal, A., Balicer, R., Banner, O., Adelhardt, M., ... & Wong, B. L. H. The Lancet and Financial Times Commission on governing health futures 2030: growing up in a digital world. *The Lancet*, 2021; 398 (10312): 1727-1776.
4. Van der Vaart, R., Drossaert, C. H. C. Development of the digital health literacy instrument: Validity testing in a sample of online health information seekers. *Journal of Medical Internet Research*, 2017; 19(1): e270.
5. Norman, C. D., Skinner, H. A., eHealth literacy: Essential skills for consumer health in a networked world. *Journal of Medical Internet Research*, 2006; 8(2): e9.

6. Kooli, C., Al Muftah, H. Artificial intelligence in healthcare: a comprehensive review of its ethical concerns. *Technological Sustainability*, 2022; 1(2): 121-131.
7. Topol, E. *Deep medicine: how artificial intelligence can make healthcare human again*. 2019, Hachette UK.
8. Pal, K., Dack, C., Ross, J., Michie, S., May, C., Stevenson, F., ... & Murray, E. Digital health interventions for adults with type 2 diabetes: qualitative study of patient perspectives on diabetes self-management education and support. *Journal of medical Internet research*, 2018; 20(2): 1-14.
9. Diviani, N., Van Den Putte, B., Giani, S., & van Weert, J. C. Low health literacy and evaluation of online health information: a systematic review of the literature. *Journal of medical Internet research*, 2015; 17(5): 112.
10. Perestelo-Perez, L., Torres-Castaño, A., González-González, C., Alvarez-Perez, Y., Toledo-Chavarri, A., Wagner, A., ... & IC Project Consortium. IC-Health project: development of MOOCs to promote digital health literacy: first results and future challenges. *Sustainability*, 2020; 12(16): 6642.
11. Keselman, A., Arnott Smith, C., Murcko, A. C., Kaufman, D. R. Evaluating the quality of health information in a changing digital ecosystem. *Journal of medical Internet research*, 2019; 21(2): e11129.
12. Lee, C. J., Gray, S. W., Lewis, N. Internet use leads cancer patients to be active health care consumers. *Patient education and counseling*, 2010; 81: 63-69.
13. WHO. *Global diffusion of eHealth: Making universal health coverage achievable*. 2017.
14. Boore, C., James, N. M., Iraki, X. Strategic issues in e-Health implementation in developing countries: The Kenyan healthcare sector. *Global Scientific Journals*, 2017; 5(7): 50-62.
15. Mburu, S., Kamau, O. Framework for development and implementation of digital health policies to accelerate the attainment of sustainable development goals: case of Kenya eHealth Policy (2016-2030). *Journal of Health Informatics in Africa*, 2018; 5(2).
16. Zanaboni, P., Lettieri, E. Institutionalizing telemedicine applications: the challenge of legitimizing decision-making. *Journal of medical Internet research*, 2011; 13(3): e1669.
17. Kumar, S., Nilsen, W. J., Abernethy, A., Atienza, A., Patrick, K., Pavel, M., Swendeman, D. Mobile health technology evaluation: The mHealth evidence workshop. *American Journal of Preventive Medicine*, 2013; 45(2): 228-236.
18. WHO, mDiabetes, an innovative programme to improve the health of people with diabetes in Senegal, 2016. (<https://www.afro.who.int>)
19. Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., ... (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC public health*, 2012; 12: 1-13.
20. Tennant, B., Stellefson, M., Dodd, V., Chaney, B., Chaney, D., Paige, S., Alber, J. (2015). eHealth literacy and web 2.0 health information seeking behaviors among baby boomers and older adults. *Journal of Medical Internet Research*, 2015; 17(3): e70.
21. Sørensen, K., Van den Broucke, S., Pelikan, J. M., Fullam, J., Doyle, G., Slonska, Z., ... Brand, H. Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). *BMC public health*, 2013; 13: 1-10.
22. Quattrin, T., Strohmeier, A., Cadzow, R., Regling, A., O'Byrne, E., & Yerkovich, S. (2023). 152 A Program to Deliver Education in Digital Literacy to Create Equity for Elders. *Journal of Clinical and Translational Science*, 7, 46-47. <https://doi.org/10.1017/cts.2023.233>.
23. Chib, A., Chen, V. H. H. Midwives with mobiles: A dialectical perspective on gender arising from technology introduction in rural Indonesia. *New Media & Society*, 2011; 13(3), 486-501.
24. Langmia, K. The role of ICTs in the economic development of Africa: The case of South Africa. *International Journal of education and Development using ICT*, 2006; 2(4): 144-156.
25. USAID. *Digital strategy 2020-2024*. 2019, USAID.
26. Free C, Phillips G, Watson L, Galli L, Felix L, et al. The Effectiveness of Mobile-Health Technologies to Improve Health Care Service Delivery, 2013.
27. Mitchell, M., Kan, L. Digital technology and the future of health systems. *Health Systems & Reform*, 2019; 5(2): 113-120.
28. Algifari, M., Zachary, L., Yuliani, R., Aditama, H., & Kristina, S. (2023). Digital Health Literacy and Its Associated Factors in General Population in Indonesia. *Indonesian Journal of Pharmacy*. <https://doi.org/10.22146/ijp.5640>.
29. Nababan, H. (2024). Digital health divide in Indonesia: evidence from national-level data. *The European Journal of Public Health*, 34. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckae144.426>.
30. Czaja, S., Beach, S., Charness, N., Schulz, R. Older adults and the adoption of healthcare technology: Opportunities and challenges. *Technologies for active aging*, 2013; 27-46.
31. Xie, B. Improving older adults'e-health literacy through computer training using NIH online resources. *Library & information science research*, 2012; 34(1), 63-71.
32. Xie, B. Older adults' health information wants in the internet age: implications for patient-provider relationships. *Journal of health communication*, 2009; 14(6): 510-524.
33. Czaja, S. J., Boot, W. R., Charness, N., Rogers, W. A., Sharit. Improving social support for older adults through technology: Findings from the PRISM randomized controlled trial. *The Gerontologist*, 2018; 58(3): 467-477.
34. Australian Digital Health Agency (ADHA). *My Health Record: Improving health outcomes through digital innovation*. ADHA Publications. 2019. <https://www.digitalhealth.gov.au>.
35. Australian Digital Health Agency (ADHA). *My Health Record expansion program: National roll-out*. ADHA Publications. 2018. <https://www.digitalhealth.gov.au>.
36. Khan, U. R. (2019). Investigation of My Health Record (MyHR) adoption in General Practices of Victoria, Australia.

37. Teoh, S. Y., Dias, M., Vesty, G., Jansson, M., Rana, T., & Butler-Henderson, K. (2024). *Health Information Systems in Value-Based Healthcare*. In *Accounting for Healthcare* (pp. 55-74). Routledge.
38. Medhekar, A., Nguyen, J. My digital healthcare record: innovation, challenge, and patient empowerment. In *Opportunities and challenges in digital healthcare innovation, 2020*; (131-150). IGI Global.
39. Paige, S. R., Krieger, J. L., Stellefson, M. L. The influence of eHealth literacy on perceived trust in online health communication channels and sources. *Journal of health communication*, 2017; 22(1): 53-65.
40. England, N. H. S., & Improvement, N. H. S. (2020). *Science in healthcare: Delivering the NHS long term plan. The Chief Scientific Officer's strategy*.
41. NHS Digital. *NHS Digital Literacy Programme: Empowering individuals through digital skills*. NHS Publications. 2019. <https://www.digital.nhs.uk>.
42. Zhu, Y., & Zhang, J. (2023). *An Optimization Analysis of the Subject Directory System on the MedlinePlus Portal—An Investigation of Children Related Health Topics*. *KO KNOWLEDGE ORGANIZATION*, 50(4), 272-289.
43. NHS Digital. *Improving digital literacy to promote better health outcomes*. NHS Publications. 2020 <https://www.digital.nhs.uk>.
44. Li, S., Cui, G., Yin, Y., Xu, H. Associations between health literacy, digital skill, and eHealth literacy among older Chinese adults: a cross-sectional study. *Digital health*, 2023; 9.
45. Barnes, R., Potter, A. Sharenting and parents' digital literacy: an agenda for future research. *Communication research and practice*, 2021; 7(1): 6-20.
46. Cravedi, K. NLM's revolution in consumer health information to improve patient outcomes. *Information Services & Use*, 2021; 41(3): 203-211.
47. Zarcadoolas, C., Pleasant, A., Greer, D. S. *Advancing health literacy: A framework for understanding and action*, 2006; (17). John Wiley & Sons.
48. Lupton, D. *Introducing digital sociology*. Sydney: University of Sydney. 2013.
49. Baur, C., Martinez, L. M., Tchangalova, N., Rubin, D. *A review and report of community-based health literacy interventions*. In *Community-Based Health Literacy Interventions: Proceedings of a Workshop*. National Academies Press (US). 2018.
50. Eysenbach, G. *Medicine 2.0: social networking, collaboration, participation, apomediation, and openness*. *Journal of medical Internet research*, 2018;10(3): e1030.

Türkiye’de Trafik Kazalarına Ait Verilerin Analizi (1994-2023)

Analysis of Data on Traffic Accidents in Turkey (1994-2023)

Agah ERCÖMERT¹, Cihangir ÖZCAN²

ÖZ

Amaç: Bu çalışmada Türkiye’de 1994-2023 yılları arasındaki trafik kazası verilerinin incelenmesi ve uygun verilerin Joinpoint Regresyon Analizi (JRA) yöntemiyle analiz edilmesi amaçlanmıştır. **Gereç ve Yöntem:** Veriler TÜİK, Karayolları Genel Müdürlüğü, Jandarma Genel Komutanlığı, Emniyet Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı ve OECD resmi sitelerinden toplanmıştır. Veriler JRA yöntemi ile analiz edilmiş ve trendde meydana gelen anlamlı farklılıklar belirlenerek sebepleri açıklanmaya çalışılmıştır.

Bulgular: Türkiye’de 1994-2023 arası bir milyon kişiye düşen ölü sayısında 2, bir milyon otomobile düşen ölü sayısında 4; 2002-2023 arası bin taşıt başına düşen ölümlü yaralanmalı trafik kazası sayısında 3 kırılım noktası olan model anlamlı bulunmuştur.

Sonuç: Ülkemizde bir milyon kişi ve bir milyon otomobil başına düşen ölü sayısı AB ve Birleşmiş Milletler Avrupa Ekonomik Komisyonu (UNECE) ortalamasının üstünde seyretmektedir. Ülkemizde trafik kazaları belirli zamanlarda düşüş ve artış göstermektedir. Bu trendlerin kesin sebeplerine ulaşmak için ileri akademik çalışmalara, ayrıntılı analizlere ihtiyaç duyulmaktadır. Bu sebeple bu çalışma ileride yapılacak çalışmalara kanıt sunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Trafik kazaları, ölüm, yaralanma, trend

ABSTRACT

Objective: In this study, it was aimed to examine the traffic accident data between 1994-2023 in Türkiye and to analyse the data with the Joinpoint Regression Analysis (JRA) method.

Materials and Methods: Data were collected from publicly available websites. The data were analysed by JRA method and significant differences in the trend were identified and the reasons were tried to be explained.

Results: The model with 2 joinpoints for the number of fatalities per million people; 4 joinpoints for the number of fatalities per million automobiles between 1994-2023 and 3 joinpoints for the number of traffic accidents with fatalities and injuries per thousand vehicles between 2002-2023 was found significant.

Conclusion: In Turkey, the number of fatalities per million people and per million cars are above the EU and UNECE averages. Traffic accidents show a decrease and increase at different times. Further studies and detailed analyses are needed to find out the exact reasons for these trends. This research provides evidence for future studies.

Keywords: Road accidents, fatality, injury, trend

GİRİŞ

Trafik kazası, karayolu üzerinde hareket halinde olan bir veya birden fazla aracın karıştığı ölüm, yaralanma ve/veya zararlı sonuçlanmış olan olaydır (1). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2023 raporuna göre dünyada tüm yaş gruplarındaki ölümlerin 12. sırasında iken, 5-29 yaş grubunda oluşan ölümlerin ise ilk sebebi olan trafik kazaları sonucu, her yıl 1,19 milyon kişi hayatını kaybetmekte, 20 ila 59 milyon arası kişi yaralanmakta ve bunların çoğu da sakat

kalmaktadır (2). Karayolu trafik yaralanmalarının önlenmesine ilişkin DSÖ ve Dünya Bankası (DB) tarafından hazırlanan raporda karayolu trafik kazalarının küresel halk sağlığına ve kalkınmaya ciddi zarar verdiğinin altı çizilmektedir. Rapor, karayolu trafğinde meydana gelen yaralanmaların kabul edilemez düzeyde olduğunu ve büyük ölçüde önlenbilir olduğu belirtilmektedir (3).

Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri (SKH) madde 3.6’da 2020 yılına kadar, dünya çapındaki trafik kazalarından kaynaklanan ölüm ve yaralanma sayısını yarıya indirmek hedeflenmiştir (4). 2020’de Birleşmiş Milletler (BM) Genel Kurulu’nda, küresel karayolu trafik güvenliğini iyileştirmeye ilişkin önemli bir karar alınmıştır. Aynı zamanda BM üye Devletlerine de Karayolu

¹ Arş. Gör. Dr., Başkent Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı,

E-posta: agahercmert@gmail.com ORCID: 0009-0004-2981-8575

² Dr. Öğr. Üyesi, Başkent Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı,

E-posta: cozc@baskent.edu.tr ORCID: 0000-0001-7220-7244

Gönderim Tarihi: 10.03.2025 - Kabul Tarihi: 03.12.2025

Trafik Güvenliği için İkinci On Yıl olarak 2021-2030 olarak belirlenen aralıkta trafik kazası can kayıplarını en az %50 düşürmek hedefiyle 2030 yılına kadar SKH’nin devam ettiği çağrısında bulunulmuştur (5). Buna karşılık dünya çapında 2016 yılında trafik kazalarına bağlı 1,35 milyon ölüm görülürken, 2021 yılında bu sayı yalnızca %11,8 azalarak 1,19 milyona gerilemiştir. Motosiklet ve diğer motorlu iki ve üç tekerlekli araç kullanıcıları arasındaki ölümlerdeki artışa rağmen, 100.000 araç başına yıllık ölümlerde önemli bir düşüş görülmektedir. 2010 yılında 100.000 araç başına 79 olan ölüm sayısı, 2021 yılında 100.000 araç başına 47’ye düşerek %41 azalmıştır (2). Bir başka çalışmaya göre ise dünya çapında 1990 yılında trafik kazalarına bağlı yaşa standardize ölüm hızı (100.000 kişide) 21,92 iken, 2019 yılında 14,99 olarak hesaplanmıştır. Yaklaşık 30 yılda, yıllık %1,29’luk düşüş gerçekleşmiştir (6). Aynı çalışmada 100.000 kişi başına trafik kazası sayısında ise 30 yılda, yıllık yaklaşık %0,4 artış saptanmıştır (6). Türkiye’de ise yıllar içinde trafik kazalarına bağlı ölüm sayısı, bir milyon otomobile ve bir milyon kişiye düşen ölü sayılarında düzenli bir düşüş görülmemekte olup farklı zamanlarda düşüşler ve artışlar izlenmektedir (5,7-9).

Karayolu trafik kazaları bireyler, aileleri ve bir bütün olarak uluslar için önemli ekonomik, işgücü ve ruhsal kayıplara neden olmaktadır. Kişiler tedavi masraflarının yanı sıra yaralanmaları nedeniyle hayatını kaybeden veya sakat kalan kişilerin ve yaralılara bakmak için işten veya okuldan izin almak zorunda kalmaktadırlar (10). Bu bağlamda karayolu trafik kazaları, toplumlara Gayri Safi Yurtiçi Hasıla’nın (GSYİH) yüzde 1 ila 3’ü arasında ve bazı durumlarda yüzde 6’ya kadar çıktığı tahmin edilen bir ekonomik maliyet yüklemektedir (2). Benzer şekilde trafik kazalarının 2019 yılında Amerika Birleşik Devletleri (ABD) toplumuna maliyeti 340 milyar ABD dolarıdır, bu da ABD’deki 328 milyon kişinin her biri için 1.035 dolara ve 2019 yılı için 21,4 trilyon dolarlık toplam ABD GSYİH’nin %1,6’sına denk gelmektedir (11).

Karayolu trafik yaralanmaları, etkili ve sürdürülebilir önleme için ortak multisektörel

çaba gerektiren büyük ancak ihmal edilmiş bir küresel halk sağlığı sorunudur. Trafik kazaları günümüzde medyanın ve halkın ilgisini, daha seyrek ancak daha sıra dışı olaylara kıyasla daha az çekmektedir (3).

Bu çalışmada Türkiye’de 1994-2023 yılları arasındaki trafik kazası verilerinin incelenmesi ve uygun verilerin Joinpoint Regresyon Analizi yöntemiyle analiz edilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Çalışmamız tanımlayıcı nitelikte bir araştırmadır. Araştırmanın verileri 01-15.09.2024 tarihleri arasında TÜİK, Karayolları Genel Müdürlüğü, Jandarma Genel Komutanlığı, Emniyet Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı ve OECD resmi sitelerinden toplanmıştır. Çalışmanın değişkenleri 1994-2023 yılları arasındaki trafiğe kayıtlı araç ve otomobil sayıları, trafik kazası sayıları, bin taşıt başına düşen ölümlü yaralanmalı trafik kazası sayısı, trafik kazalarından dolayı hayatını kaybedenlerin ve yaralananların sayısı, bir milyon kişiye ve bir milyon otomobile düşen ölü sayısıdır.

Mevcut değişkenler arasından 1994-2023 yılları arasında bin taşıt başına düşen ölümlü yaralanmalı trafik kazası sayısı, bir milyon kişiye ve bir milyon otomobile düşen ölü sayısı değişkenleri JRA yöntemi ile analiz edilmiş ve trendde meydana gelen anlamlı farklılıklar belirlenerek sebepleri açıklanmaya çalışılmıştır.

Çalışmanın analizleri Joinpoint Regression Software 5.2.0 programı kullanılarak yapılmıştır. Joinpoint regresyon analizi, bir sonucun eğiliminde istatistiksel olarak anlamlı farklılıkların olduğu noktaları (yılları) belirler ve birbirini izleyen iki değişim noktası arasındaki kısa vadeli artış veya azalışı ölçer. Joinpoint regresyon analizi, yıllık hızlardaki trendlere doğal logaritma ölçeğinde bir dizi birleştirilmiş düz çizginin uyarlanması içerir (yıllık oranların Poisson dağılımı gösterdiği varsayılarak oranlar log-dönüştürülür). Doğru parçaları “joinpoint” adı verilen kırılma noktalarında birleştirilir. Her bir joinpoint trendde istatistiksel olarak anlamlı bir değişikliği ifade eder. Her bir

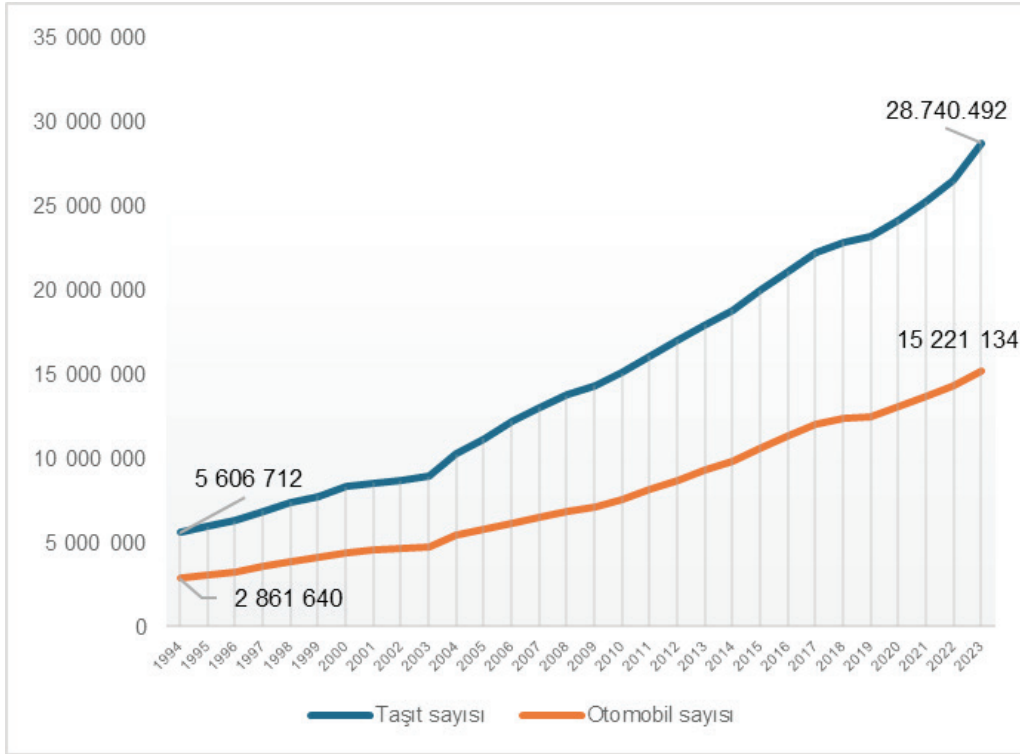
p-değeri Monte Carlo yöntemleri kullanılarak bulunur ve genel asimptotik anlamlılık seviyesi Bonferroni düzeltmesi ile korunur. Testler, Poisson varyasyonlu oranları ve muhtemelen otokorelasyonlu hataları ele almak için sabit olmayan varyanslı duruma genişletilmiştir. Nihai model, birbirini izleyen joinpointler arasında bir dizi birleştirilmiş log-doğrusal segmenttir ve her segment kendi kısa vadeli trendi (APC) ile tanımlanır. Hızların çok farklı olduğu gruplar arasındaki trendleri karşılaştırırken, log-lineer modelin avantajı, APC'nin çok farklı ölçekler arasında karşılaştırma yapmak için mantıklı bir metrik olması ve ölçekten bağımsız olmasıdır (12,13).

APC'lerin sıfırdan istatistiksel olarak anlamlı derecede farklı olup olmadığını test etmek için $p < 0,05$ 'te iki yönlü t-testleri kullanılmış ve her segment için %95 güven aralıkları (%95 CI) hesaplanmıştır.

Kamuya açık veriler kullanıldığı için etik kurul izni alınmamıştır.

Bulgular

1994-2023 yılları arasında Türkiye'de trafiğe kayıtlı araç ve otomobil sayıları Şekil 1'de verilmiştir. Grafikte görüldüğü üzere 1994 yılından 2023 yılına gelindiğinde, yani 29 yılda, trafiğe kayıtlı araç sayısı yaklaşık %413; otomobil sayısı ise yaklaşık %412 artmıştır.



Şekil 1. Yıllara Göre Trafiğe Kayıtlı Taşıt ve Otomobil Sayıları (1994-2023), Türkiye

1994 yılında Türkiye’de 235.690 trafik kazası gerçekleşirken, 2023 yılında bu sayı 1.314.136’dır. Trafik kazası sayısında 29 yılda yaklaşık %458’lik bir artış gerçekleşmiştir.

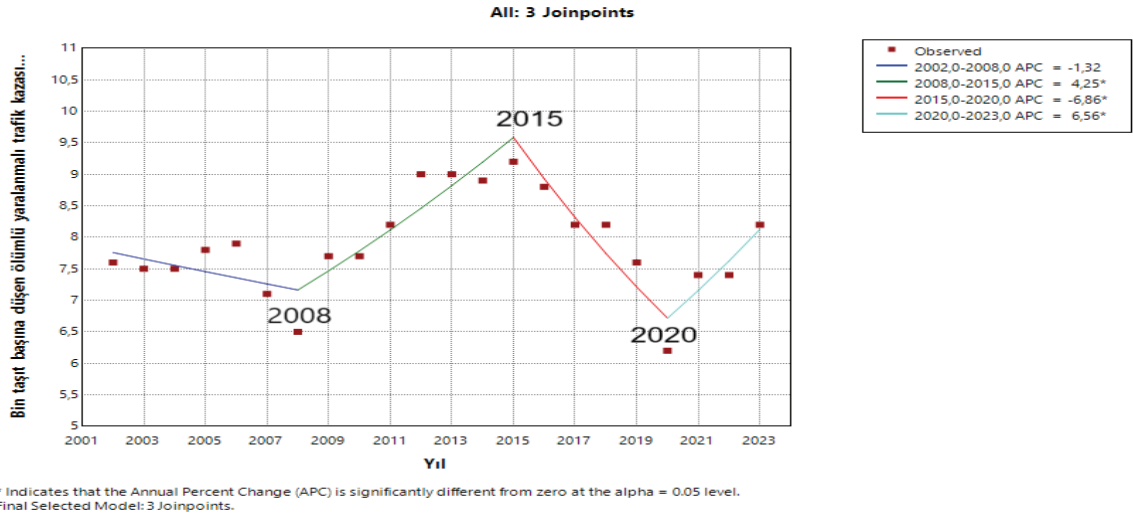
2002 ila 2023 yılları arasında Türkiye’de bin taşıt başına düşen ölümlü yaralanmalı trafik kazası sayılarına baktığımızda, 2002 yılında 7,6 olan rakam, 2023 yılında 8,2 olarak hesaplanmıştır. JRA sonucu, 2002-2023 yılları arasındaki bin taşıt başına düşen ölümlü yaralanmalı trafik kazası sayılarında 2008, 2015 ve 2020 yıllarında 3 kırılım noktası olan model anlamlı bulunmuştur. 2002-2008 arasında yıllık %1,32 (-%7,04; %0,76) anlamlı olmayan düşüş ($p=0,205$), 2008-2015 arasında yıllık %4,25 (%2,47; %9,92) anlamlı artış ($p=0,003$), 2015-2020 arasında yıllık %6,86 (-%12,19; %4,13) anlamlı düşüş ($p=0,002$) ve 2020-2023 arasında yıllık %6,56 (%0,92; %16,14) anlamlı artış ($p=0,020$) saptanmıştır (Şekil 2).

2015 yılından itibaren trafik kazasında yaralanıp sağlık kuruluşlarına sevk edilenlerden kazanın sebep ve tesiriyle otuz gün içinde ölenlere ait istatistiklerin de dahil edildiğini göz önünde bulundurursak, trafik kazasından ölenlerin sayısını

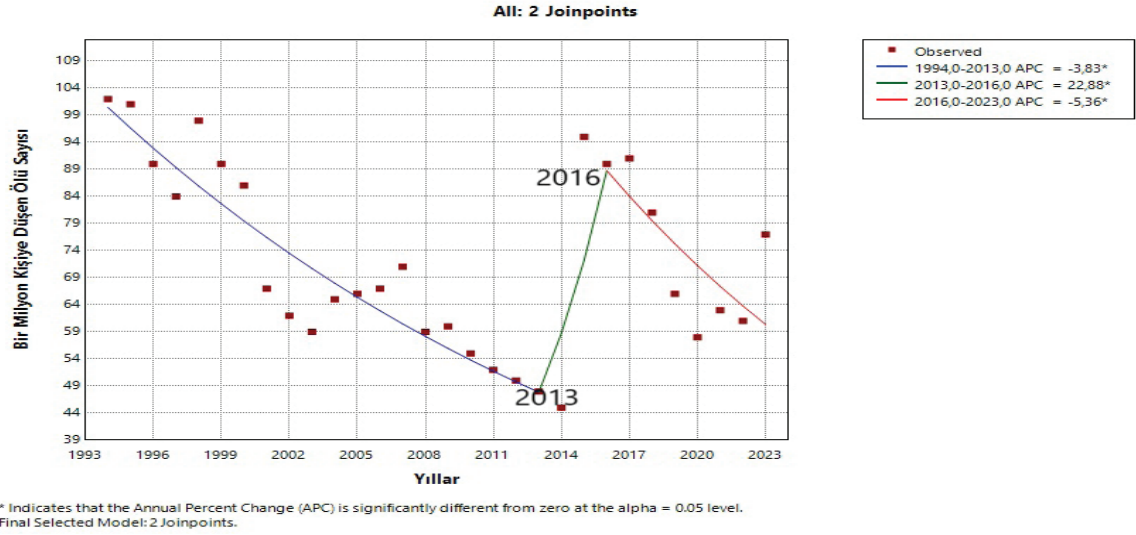
değerlendirirken 2015’ten önce ve sonra iki ayrı zaman dilimi olarak incelemek daha uygundur. 1994 yılında 5.942 kişi trafik kazalarına bağlı hayatını kaybederken 2014 yılında 3.524 kişi hayatını kaybetmiş; 20 yılda yaklaşık %41 düşüş gözlenmiştir. 2015 yılında ise trafik kazasına bağlı 7.530 kişi hayatını kaybederken, 2023 yılında bu sayı 6.548’dir; 8 yılda %13 düşüş gözlenmiştir.

Yıllara göre trafik kazasından yaralananların sayısına bakıldığında 1994 yılında 104.717 olan yaralı sayısı, 2023 yılında 350.855 olarak ifade edilmiş; yaralı sayısında 29 yılda yaklaşık %235’lik bir artış gerçekleşmiştir.

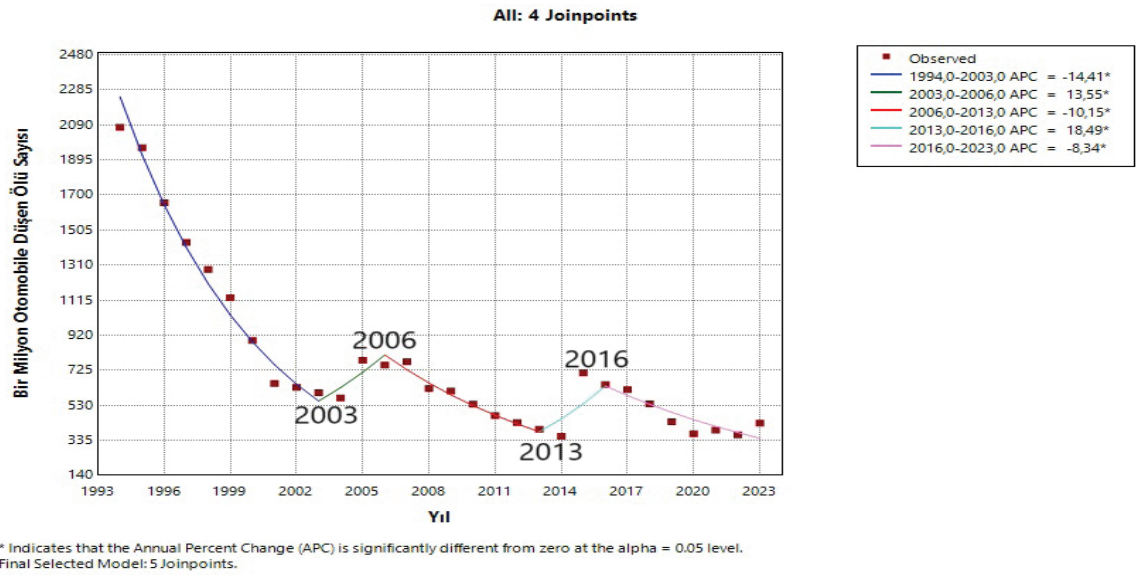
1994 yılında Türkiye’de trafik kazalarında bir milyon kişiye düşen ölü sayısı 102 iken, 2023 yılında 77’dir. JRA sonucu, 1994-2023 yılları arasındaki bir milyon kişiye düşen ölü sayılarında 2013 ve 2016 yıllarında 2 kırılım noktası olan model anlamlı bulunmuştur. 1994-2013 arasında yıllık %3,83 (-%5,07; %2,89) anlamlı düşüş ($p=0,003$), 2013-2016 arasında yıllık %22,88 (%6,84; %30,39) anlamlı artış ($p=0,006$) ve 2016-2023 arasında yıllık %5,36 (-%12,16; %1,88) anlamlı düşüş ($p=0,008$) saptanmıştır (Şekil 3).



Şekil 2. Bin Taşıt Başına Düşen Ölümlü Yaralanmalı Trafik Kazası Sayısı Joinpoint Trend Analizi, 2001-2023, Türkiye



Şekil 3. Bir Milyon Kişiyeye Düşen Ölü Sayısı Joinpoint Trend Analizi, 1993-2023, Türkiye



Şekil 4. Bir Milyon Otomobile Düşen Ölü Sayısı Joinpoint Trend Analizi, 1993-2023, Türkiye

1994 yılında Türkiye’de trafik kazalarında bir milyon otomobile düşen ölü sayısı 2076 iken, 2023 yılında 430’dur. JRA sonucu, 1994-2023 yılları arasındaki bir milyon otomobile düşen ölü sayılarında 2003, 2006, 2013, ve 2016 yıllarında 4 kırılım noktası olan model anlamlı bulunmuştur. 1994-2003 arasında yıllık %14,41 (-%17,46; -%12,39) anlamlı düşüş ($p < 0,001$),

2003-2006 arasında yıllık %13,55 (%0,37; %20,75) anlamlı artış ($p = 0,042$), 2006-2013 arasında yıllık %10,15 (-%19,98; -%7,60) anlamlı düşüş ($p = 0,004$), 2013-2016 arasında yıllık %18,49 (%4,11; %26,62) anlamlı artış ($p = 0,004$) ve 2016-2023 arasında yıllık %8,34 (-%13,94; -%5,43) anlamlı düşüş ($p = 0,002$) saptanmıştır (Şekil 4).

2008 yılında gerçekleşen tüm trafik kazalarının %90,5’i sürücü kusurları sebebiyle meydana gelirken, 15 yılda bu oran %1,6 düşüş göstererek 2023 yılında %88,9’a gerilemiştir. 2023 yılında gerçekleşen ölümlü ve yaralanmalı trafik kazalarına etken sürücü kusurlarına ait bilgilere bakıldığında %37,03 ile ilk sırada “Araç hızını yol, hava ve trafiğin gerektirdiği şartlara uydurmamak” yer almaktadır. Bunu %15,70 ile “Kavşak, geçiş önceliğine uymamak” ve %10,35 ile “Şerit izleme ve değiştirme kurallarına uymamak” takip etmektedir.

Tartışma

Bu çalışmada 1994 ile 2023 yılları arası Türkiye’de trafik kazası verileri incelenmiş ve yıllar içindeki değişimleri değerlendirilmiştir. 2015 yılında belirlenen SKH madde 3.6’ya göre tüm dünyada 2020 yılına kadar trafik kazalarından kaynaklanan ölüm ve yaralanma sayısını yarıya indirmek hedeflenmiştir (4). Ağustos 2020’de ise BM Genel Kurulu’nda, küresel karayolu trafik güvenliğini iyileştirmeye ilişkin 74/299 sayılı karar alınmış ve BM üye Devletlerine de Karayolu Trafik Güvenliği için İkinci On Yıl olarak 2021-2030 olarak belirlenen aralıkta trafik kazası can kayıplarını en az %50 düşürmek hedefiyle 2030 yılına kadar SKH’nin devam ettiği çağrısında bulunulmuştur (5). 2015 yılında Türkiye’de yaşanan trafik kazaları sonucu 7.530 kişi hayatını kaybederken (9) 2023 yılına gelindiğinde bu sayı %13’lük bir azalmayla 6.548’e gerilemiştir (8). 2015 yılından itibaren Türkiye’de trafik kazasında yaralanıp sağlık kuruluşlarına sevk edilenlerden kazanın sebep ve tesiriyle otuz gün içinde ölenlere ait istatistikler de dahil edildiğinden dolayı 2015 öncesi dönemdeki ölü sayılarıyla ilgili kıyaslamalar yapmak anlamlı sonuçlar vermeyecektir (5,8).

Dünya geneli verilerine bakıldığında 2016-2023 arası trafik kazalarına bağlı hayatını kaybedenlerin sayısı %11,8 düşüş göstermiştir (2). AB ülkelerinin verilerine bakıldığında ise 2010-2023 arası trafik kazalarına bağlı hayatını kaybedenlerin sayısı %31 düşüş göstermiştir (14). Uluslararası Ulaştırma Forumu’nun karayolu güvenliğine ilişkin daimi çalışma

grubu olan ve 40’tan fazla ülkeden 80 üyesi ve gözlemcisi bulunan Uluslararası Trafik Güvenliği Veri ve Analiz Grubu (IRTAD) verilerine göre 2012-2022 arası trafik kazalarına bağlı hayatını kaybedenlerin sayısı 10 yılda yalnızca %1,5 azalmıştır. Ancak yüksek ölüm sayısına ve ölüm hızına sahip olan ve 2012-2022 arası ölü sayısında %26,7 artış görülen ABD dışarıda tutulduğunda 10 yılda toplam ölüm sayısı %14 azalmıştır (15). Türkiye’nin de aralarında bulunduğu 56 ülkenin üye olduğu Birleşmiş Milletler Avrupa Ekonomik Komisyonu (UNECE) verilerine göre ise 2010-2021 arası trafik kazalarına bağlı hayatını kaybedenlerin sayısı %5,3 düşüş göstermiştir. Ancak yine benzer şekilde ABD’nin en yüksek ölü sayısı ile etki yaptığı Kuzey Amerika ülkeleri hesaplamasının dışında bırakıldığında 11 yılda %28,8 düşüş görülmektedir (15).

Türkiye’de, SKH hedeflerinin kabul edildiği 2015 yılında, trafik kazalarında bir milyon kişiye düşen ölü sayısı 95 iken (9), 2023 yılında yaklaşık %20 düşüşle 77’ye gerilemiştir (15). 1994-2023 yılları arası bir milyon kişiye düşen ölü sayısına bakıldığında ise 29 yılda %24,5’lik bir düşüş gözlenmiştir (8).

Dünya genelinde SKH hedefi 3.6 doğrultusunda, 2016 yılında trafik kazalarında bir milyon kişiye düşen ölü sayısı ortalaması 182 iken (16), 2021 yılında %17,6 düşüşle 150’ye gerilemiştir (2). Aynı yıllar arasında DSÖ bölgelerine göre verilere bakıldığında, 5 yılda, Türkiye’nin de dahil olduğu Avrupa Bölgesi’nde yaklaşık %28,0; Afrika Bölgesi’nde %27,1; Güneydoğu Asya Bölgesi’nde yaklaşık %22,2; Batı Pasifik Bölgesi’nde yaklaşık %10,1; Amerika Bölgesi’nde yaklaşık %9,6 ve Doğu Akdeniz Bölgesi’nde yaklaşık %8,9 düşüş görülmüştür (2,16). 2000-2021 yılları arasında dünya genelinde bir milyon kişiye düşen ölü sayısı, 21 yılda yaklaşık %20,2 düşüş göstermiştir (2,16). AB ülkelerinde bir milyon kişiye düşen ölü sayısı 2010-2023 yılları arası 13 yılda, 67’den 46’ya gelerek, yaklaşık %31,3 düşüş göstermiştir (13). 2021 yılı UNECE ortalaması ise yaklaşık 58’dir (ABD: 128) (17). IRTAD üye ülkelerinde 2022 yılında bir milyon kişiye düşen ölü sayıları 21-155 arası seyretmektedir (Norveç:21, Kolombiya:155) (15).

Türkiye’de, SKH hedeflerinin kabul edildiği 2015 yılında bir milyon otomobile düşen ölü sayısı 711 iken (11), 2023 yılında yaklaşık %39,5 düşüşle 430’a gerilemiştir (2). 1994-2023 yılları arası bir milyon otomobile düşen ölü sayısına bakıldığında ise, 29 yılda %79’luk bir düşüş gözlenmiştir (12).

Dünya genelinde SKH hedefi 3.6 doğrultusunda, 2016 yılında trafik kazalarında bir milyon araç başına düşen ölü sayısı ortalaması 640 iken (16), 2021 yılında %26,6 düşüşle 470’e gerilemiştir (2). 2000-2021 yılları arasında dünya genelinde bir milyon araç başına düşen ölü sayısı ise, 21 yılda yaklaşık %65,2 düşüş göstermiştir (2,16). AB ülkelerinde bir milyon otomobile düşen ölü sayısı 2016-2021 yılları arası 5 yılda, 104’ten 94’e gelerek, yaklaşık %9,6 düşüş göstermiştir (7,18). IRTAD üye ülkelerinde 2022 yılı bir milyon araç başına düşen ölü sayıları 20-450 arası seyretmektedir (İzlanda:20, Kolombiya:450) (15).

Türkiye’de trafik güvenliğinin uzun vadede daha iyi seviyelere getirilebilmesi için 1996 yılından bu yana çeşitli projeler, eylem planları vb. uygulanmıştır ve olumlu sonuçları görülmüştür (5). Bunlardan başlıcaları; Karayolu İyileştirmesi ve Trafik Güvenliği Projesi (1996) ve projenin sonunda İsveç Karayolu Danışma Merkezi (SWEROAD) ile müştereken 2001-2010 yıllarını kapsayan uzun vadeli bir “Ulusal Trafik Güvenliği Programı” hazırlanması, Trafik Güvenliğinde Yeni Açılımlar, Hedefler ve Çözüm Projeleri (2007) kapsamında trafik güvenliğini sağlamaya yönelik olarak eğitim, denetim, destek hizmetleri, iletişim, enformasyon, motivasyon ve verimliliğin artırılması faaliyetleri uygulanması, başlıca hedefi 2011- 2020 yılları arasını kapsayan Hedef Planlı Denetim Stratejisi ile 2020 yılı sonuna kadar trafik kazalarından kaynaklanan ölümlerin %50 oranında azaltılması olan (2010-2020 arası can kayıplarında %56,6 azalma sağlanmıştır.) Karayolu Trafik Güvenliği Stratejisi ve Eylem Planı’nın (2011-2020) yürürlüğe girmesi, sürücü, yolcu ve yaya olarak tanımlanan trafikteki insan unsuru tarafından yapılan kural ihlallerinin ve bu ihlaller sonucu meydana gelen trafik kazalarının en aza indirilmesine yönelik kısa vadeli bir denetim stratejisi ortaya koyan Trafik Güvenliği

Uygulama Politika Belgesi (2017) oluşturulması, On Birinci Kalkınma Planı (2019-2023) kapsamında trafik güvenliği ile ilişkili olarak; Elektronik, Otomotiv, Lojistik ve Ulaştırma, Şehirleşme, Kentsel Altyapı, Maliye Politikası, Öncelikli Gelişme Alanları ve Kırsal Kalkınma Başlıkları altında farklı konuların ilişkili olarak ele alınmasıdır (5).

Son olarak “2021-2030 Karayolu Trafik Güvenliği Strateji Belgesi ve 2021-2023 Karayolu Trafik Güvenliği Eylem Planı’nın uygulanmasına ilişkin 2021/2 sayılı Cumhurbaşkanlığı Genelgesi 03.02.2021 tarihli Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. 2021-2030 Karayolu Trafik Güvenliği Strateji Belgesi’nde; Vizyon Sıfır Anlayışı ve Güvenli Sistem Yaklaşımı ile mevcut trafik güvenliği seviyesinin daha üst basamaklara çıkarılması, 2030 yılı hedefi olarak belirlenen trafik kazası sonucu ölümlerin ve ciddi yaralanmaların %50 azaltılması, 2050 yılında da hiçbir vatandaşın ölmediği ve ciddi derecede yaralanmadığı bir ülke hedeflenmiştir (5).

Karayolu Trafik Güvenliği Eylem Planı (2021-2023) kapsamındaki çalışmalar 41 Amaç, 104 Hedef ve 441 Performans Göstergesi doğrultusunda 119 paydaş kurum ve kuruluş ile birlikte yürütülmüştür. Bu çalışmalar sonucunda 2023 yılı sonunda ilerleme sağlanamayan Performans Göstergelerinin (34) oranı %7,7, kısmi ilerleme sağlanan Performans Göstergelerinin (220) oranı %49,9 ve yeterli ilerleme sağlanan Performans Göstergelerinin (187) oranı ise %42,4 olarak gerçekleşmiştir (5).

Öte yandan yaptığımız analizlerde görüldüğü üzere trafik kazalarında bir milyon kişiye ve bir milyon otomobile düşen ölü sayıları ve bin taşıt başına düşen ölümlü yaralanmalı kaza sayıları yıllar içinde düzenli olarak düşüş trendi sergilememekte, belirli zamanlarda istatistiksel olarak anlamlı olan kırılım noktaları (joinpoint) ile düşüş ve artış trendleri görülmektedir. Araştırmamızda yaptığımız literatür taraması sonucu, ortaya çıkan kırılım noktalarının muhtemel gerekçeleri saptanmıştır. Türkiye’de, yıllar içinde trafik kazalarındaki sayısal düşüş ve artışlarında, gerekçelerin başında 1994’te Acil

Ambulans Sisteminin kurulması ve 2020’de 112 “Tek Acil Çağrı Numarası” olarak 81 ilde faaliyette bulunması ve her ilde ambulansların yönetiminden ve hasta sevklerinden sorumlu Komuta Kontrol Merkezleri’nin ve 112 istasyonlarının bulunması (2,3,5,19,20), 2003’ten itibaren karayolları, emniyet ve jandarma verilerinin koordineli olarak toplanarak TÜİK tarafından yayınlanması ve 2015’ten itibaren ölüm istatistiklerine trafik kazasında yaralanıp sağlık kuruluşlarına sevk edilenlerden kazanın sebep ve tesiriyle otuz gün içinde ölenlerin de dahil edilmesi sayılabilir (2,5,19,21,22). Ayrıca ambulanslarda görevli paramedik ön lisans programlarının sayısında artış, ambulans sayı, tip ve niteliklerinde artış (2,5,19,20,23,24), hastanelerin acil servislerinin fiziksel ve teknolojik gelişimi ve acil tıp uzmanlarının sayısal artışının olumlu etkileri olmuştur (2,5,19,23). Diğer bir olumlu gelişme ise ilkyardım eğitimlerinin yasal bir zeminde düzenlenerek, toplumun bilgi ve davranışlarındaki değişimi artırmasıdır (2,5,19,23).

Bunun yanında Türkiye’de trafik güvenliği alanında 1996 yılından bu yana birtakım stratejik adımlar atılmıştır (5). Bunlardan başlıcaları; 1996 yılında Karayolu İyileştirmesi ve Trafik Güvenliği Projesi ve projenin 2001-2010 yıllarını kapsayan uzun vadeli bir “Ulusal Trafik Güvenliği Programı” hazırlanması, 2007 yılında Trafik Güvenliğinde Yeni Açılımlar, Hedefler ve Çözüm Projeleri çalışmaları, 2020 yılı sonuna kadar trafik kazalarından kaynaklanan ölümlerin %50 oranında azaltılması hedefi olan Karayolu Trafik Güvenliği Stratejisi ve Eylem Planı’nın (2011-2020) yürürlüğe girmesi, 2017 yılında Trafik Güvenliği Uygulama Politika Belgesi’nin oluşturulması, Kalkınma Planları hedeflerine uyumlu çalışmalar ve son olarak da 2021-2030 Karayolu Trafik Güvenliği Strateji Belgesi oluşturulması ve bu çerçevede 2021-2023 Karayolu Trafik Güvenliği Eylem Planı’nın uygulanması sayılabilir (2,5,19,25). Tüm bu olumlu adımlar Türkiye’de trafik kazalarında yıllar içinde görülen trendlerin etkenleri olarak sayılabilir (2,5,15,16,19,25).

Diğer önemli bir dolaylı etken ise 2017’de uygulamaya geçen Elektronik Denetim Sistemleri

(2,5,19,26), 2020’de Covid-19 pandemisi sebebiyle sokağa çıkış yasaklarının olması (27–30) ve yıllar geçtikçe teknolojinin gelişmesiyle araç ve yol standartları ile altyapılarının iyileştirilmesi (2,5,19) olarak değerlendirilmiştir.

Sonuç

Türkiye’de trafik kazalarında bir milyon kişi ve bir milyon otomobil başına düşen ölümler dünya genelinden daha iyi bir durumda olmasına karşın, AB ve UNECE ülkeleri ortalamalarının üstünde seyretmektedir (2,7,8,17).

Türkiye’de, 2015 öncesi dönemde, yalnızca trafik kazası esnasında hayatını kaybedenler istatistiklere dahil edildiği için doğrudan karşılaştırmalar yapmak güç olsa da, AB, IRTAD ve UNECE üye ülkelerinde (ABD dışlandığında) trafik kazalarına bağlı ölümlerinde yıllar içinde Türkiye’ye kıyasla daha büyük bir düşüş gözlenmektedir (8,14,15,17). Benzer şekilde bir milyon kişiye ve bir milyon otomobile düşen ölümlerinde yıllar içindeki değişime bakıldığında AB, IRTAD ve UNECE üye ülkelerinde gözle görülür daha büyük bir düşüş gözlenmektedir (2,7–9,15–18). Aynı hızda düşüş trendinin devam edeceğini varsayarsak Türkiye’nin SKH madde 3.6’da belirtilen ve ek olarak Eylül 2020’de BM Genel Kurulu tarafından kabul edilen 2030 yılına kadar karayolu trafik ölümlerinin ve yaralanmalarının en az %50’sinin önlenmesi gibi iddialı bir hedefle 2021-2030 Karayolu Güvenliği Eylem On Yılı’nı ilan eden A/RES/74/299 sayılı “Küresel karayolu güvenliğinin iyileştirilmesi” kararında (19) ulaşılmaması hedeflenen amaca ulaşması mümkün görünmemektedir.

Türkiye için kara, hava ve deniz trafik kazaları yapay afetler arasında önemli bir sorun olarak durmaktadır. Kazalara neden olan etkenler detaylı şekilde analiz edilerek sektörler arası işbirliğinde mevcut eylem planları doğrultusunda izlenmeli, değerlendirilmeli ve yeni altyapı ile eğitim çalışmaları ve cezai uygulamalar yapılması konusu önemini korumaktadır.

Tüm bu sonuçlar ışığında görülmektedir ki, önemli adımlar atılmasına ve uzun vadede iyileşmeler görülmesine karşın günümüzde Türkiye’de trafik

kazaları halen çok önemli ve önlenebilir bir halk sağlığı sorunudur. Görülen bu trendlerin kesin sebeplerine ulaşmak için ileri çalışmalara, her bir kırılım noktası için ayrı çalışmalara ve ayrıntılı analizlere ihtiyaç duyulmaktadır. Bu sebeple bu araştırma ileride yapılacak çalışmalara kanıt sunmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Karayolları Trafik Yönetmeliği. Resmî Gazete, 23053 Jul 18, 1997.
2. World Health Organization. Global status report on road safety 2023. Geneva; 2023.
3. Peden M., Scurfield R., Sleet D., Mohan D., Hyder A. A., Jarawan E., et al. World report on road traffic injury prevention. Geneva: World Health Organization; 2004.
4. World Health Organization. SDG Target 3.6 Road traffic injuries [Internet]. 2024 [cited 2024 Dec 12]. Available from: https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/sdg-target-3_6-road-traffic-injuries
5. Karayolu Trafik Güvenliği Stratejisi Eşgüdüm Kurulu Başkanlığı. Karayolu Trafik Güvenliği Eylem Planı 2024-2027. 2024 Jan.
6. Xu Y, Chen M, Yang R, Wumaierjiang M, Huang S. Global, Regional, and National Burden of Road Injuries from 1990 to 2019. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Dec 1;19(24).
7. T.C. Ulaştırma ve Altyapı Bakanlığı KGMTGDB. Trafik Kazaları Özeti 2023. 2024 Jun;
8. TÜİK. Karayolu Trafik Kaza İstatistikleri, 2023 (Düzeltilmiştir) [Internet]. 2024 May [cited 2024 Dec 12]. Available from: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Karayolu-Trafik-Kaza-Istatistikleri-2023-53479>
9. TÜİK. Karayolu Trafik Kaza İstatistikleri, 2015 [Internet]. 2016 Jul [cited 2024 Dec 12]. Available from: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Karayolu-Trafik-Kaza-Istatistikleri-2015-21611>
10. World Health Organization. Road traffic injuries [Internet]. 2023 [cited 2024 Dec 10]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/road-traffic-injuries>
11. Blincoc L, Miller TR, Wang JS, Swedler D, Coughlin T, Lawrence B, et al. The Economic and Societal Impact of Motor Vehicle Crashes, 2019 (Revised) [Internet]. 2023 Feb. Available from: <https://rosap.ntl.bts.gov>
12. Nistal-Nuño B. Joinpoint regression analysis to evaluate traffic public health policies by national temporal trends from 2000 to 2015. *Int J Inj Contr Saf Promot*. 2018 Apr 3;25(2):128–33.
13. Kim HJ, Fay MP, Feuer EJ, Midthune DN. Permutation tests for joinpoint regression with applications to cancer rates. *Stat Med*. 2000 Feb 15;19(3):335–51.
14. Atasayar H, Fleischer M, Donabauer M. Annual statistical report on road safety in the EU 2024. 2024 Feb.
15. International Transport Forum. Road Safety Annual Report 2023. Paris; 2023.
16. World Health Organization. GLOBAL STATUS REPORT ON ROAD SAFETY 2018. Geneva; 2018.
17. United Nations. 2023 Statistics of Road Traffic Accidents IN EUROPE AND NORTH AMERICA Volume LVII [Internet]. Geneva: United Nations Publications; 2023. Available from: <https://shop.un.org>.
18. T.C. Ulaştırma ve Altyapı Bakanlığı KGMTGDB. TRAFİK KAZALARI ÖZETİ 2017 [Internet]. 2018 Jul. Available from: www.kgm.gov.tr
19. World Health Organization. Global Plan Decade of Action For Road Safety 2021-2030. 2021.
20. Byrne JPMNCMD et al. Association Between Emergency Medical Service Response Time and Motor Vehicle Crash Mortality in the United States. *JAMA Surg*. 2019;154(4):286–93.
21. TÜİK. TÜİK KALİTE GÜVENÇE ÇERÇEVESİ 2015 [Internet]. 2015. Available from: http://www.tuik.gov.tr/stratejik_plan/str2012.pdf
22. TÜİK. TÜİK KALİTE POLİTİKASI. 2023 [cited 2024 Dec 13]; Available from: https://www.tuik.gov.tr/media/corporatecontent/tuik_kalite_politika.pdf
23. T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2023 Haber Bülteni [Internet]. 2024 Sep [cited 2024 Dec 13]. Available from: <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/49429/0/haber-bulteni-2023-30092024pdf.pdf>
24. World Health Organization. Global report on health equity for persons with disabilities. Geneva; 2022.
25. Türkiye Cumhuriyeti Cumhurbaşkanlığı. Karayolu Trafik Güvenliği Strateji Belgesi 2021-2030. 2021.
26. Kaygisiz Ö, Simer N. Kentsel Kavşaklardaki Elektronik Denetim Sistemlerinin Trafik Kazalarına Etkisi: Ankara Örneği. *Metu Journal of the Faculty of Architecture*. 2017;34(2):225–44.
27. Yasin YJ, Grivna M, Abu-Zidan FM. Global impact of COVID-19 pandemic on road traffic collisions. Vol. 16, *World Journal of Emergency Surgery*. BioMed Central Ltd; 2021.
28. Ungureanu Ş, Ciocan V, Mureşan CO, Stan E, Gavrilă GD, Sirmon A, et al. The Impact of the COVID-19 Pandemic on Fatal Road-Traffic Accidents: A Five-Year Study on Medicolegal Autopsies in Timis County, Romania. *Safety* [Internet]. 2024 Oct 1;10(4):86. Available from: <https://www.mdpi.com/2313-576X/10/4/86>
29. Ebrahim Shaik M, Ahmed S. An overview of the impact of COVID-19 on road traffic safety and travel behavior. Vol. 9, *Transportation Engineering*. Elsevier Ltd; 2022.
30. ITF. Road Safety Annual Report 2021: The Impact of Covid-19. Paris; 2021.

Exploring Psychometric Properties of Scales Measuring Social Handwashing Behavior, Habits, and Attitudes - Health Students

Sosyal El Yıkama Davranış, Alışkanlık ve Tutum Ölçeklerinin Psikometrik Özelliklerinin Belirlenmesi – Sağlık Öğrencileri

Aysun GÜZEL¹, Meltem YURTÇU², Sevgi TURAN³, Sarp ÜNER⁴

ÖZ

Aim: Purpose of this study was to explore the psychometric properties of the Social Handwashing Behavior Scale (SHBS), the Social Handwashing Habit Scale (SHHS), and the Social Handwashing Attitude Scale (SHAS).

Method: This was a methodological study. The data collection phase of the study was completed between December 15 and March 25, 2020, and 420 college students agreed to participate. The data were analyzed on the R program.

Results: The results produced the following fit indices: $\chi^2/df < 2$, RMSEA < 0.08 , GFI > 0.90 , and NNFI > 0.90 (SHBS); $\chi^2/df < 3$, RMSEA < 0.08 , GFI > 0.85 , and NNFI > 0.80 (SHHS), and $\chi^2/df < 2$, RMSEA < 0.08 , GFI > 0.95 , and NNFI > 0.90 (SHAS).

Conclusion: The results showed that the three measurement tools designed to measure handwashing behavior, habits, and attitudes are valid and reliable scales for the sample group recruited.

Keywords: Reliability, social handwashing behavior, social handwashing habit, social handwashing attitude, validity.

ABSTRACT

Amaç: Bu çalışmanın amacı, Sosyal El Yıkama Davranışı Ölçeği (SEYDÖ), Sosyal El Yıkama Alışkanlığı Ölçeği (SEYAÖ) ve Sosyal El Yıkama Tutum Ölçeği'nin (SEYTÖ) psikometrik özelliklerini araştırmaktır.

Yöntem: Bu çalışma metodolojik bir çalışmadır. Çalışmanın veri toplama aşaması 15 Aralık - 25 Mart 2020 tarihleri arasında tamamlanmış ve 420 üniversite öğrencisi katılmayı kabul etmiştir. Veriler R programında analiz edilmiştir.

Bulgular: Sonuçlar belirtilen uyum indekslerini vermiştir: $\chi^2/sd < 2$, RMSEA $< 0,08$, GFI $> 0,90$ ve NNFI $> 0,90$ (SEYDÖ); $\chi^2/sd < 3$, RMSEA $< 0,08$, GFI $> 0,85$ ve NNFI $> 0,80$ (SEYAÖ) ve $\chi^2/sd < 2$, RMSEA $< 0,08$, GFI $> 0,95$ ve NNFI $> 0,90$ (SEYTÖ).

Sonuç: El yıkama davranışını, alışkanlıklarını ve tutumlarını ölçmek için tasarlanan üç ölçüm aracı; çalışmada yer alan örneklem grubu için geçerli ve güvenilir.

Anahtar Kelimeler: Güvenirlilik, sosyal el yıkama davranışı, sosyal el yıkama alışkanlığı, sosyal el yıkama tutumu, geçerlik.

Introduction

The increase in the economic burden of infections, the complexity of treatments, and the severity of multi-drug-resistant pathogen infections are the factors proving the importance of handwashing (1). Despite high mortality rates, disease burden, and economic losses in the pandemic, approximately 81.0% of the world population still do not wash

their hands after bathroom/fecal contact (2). While improper handwashing increases the incidence of maternal and newborn/adult infections and fatal diseases (3), half of the diarrheal illnesses, a quarter of acute respiratory infections, and half of all child deaths are attributed to handwashing-related factors (1). Ignorance of handwashing, the primary means of breaking infection transmission (4) poses a danger of infections and transmission to healthcare workers and patients in healthcare institutions (5). Previous laboratory studies determined that microorganisms may remain in healthcare workers' hands for 2-60 minutes (6). It is also estimated that about half of the infection cases originating from healthcare institutions are accounted for by their hands (7). Yet, proper handwashing behavior is rare among healthcare workers. While the risk of transmission from their hands is 2-20 times higher, especially in

1-Associate Professor. PhD. Burdur Mehmet Akif Ersoy University, Faculty of Health Sciences, Department of Emergency Aid and Disaster Management, Burdur, Turkey
E-posta: ayurdakul@mehmetakif.edu.tr ORCID: 0000 0002 7071 3511

2-Associate Professor. PhD. Inonu University, Faculty of Education, Department of Education Science, Malatya, Turkey
E-posta: meltem.yurtcu@gmail.com ORCID : 0000 0003 3303 5093

3-Professor. PhD. Hacettepe University, Department of Medical Education and Informatics, Ankara, Turkey
E-posta: sevgiunturan@gmail.com ORCID: 0000 0001 9287 0641

4-Professor. PhD. Lokman Hekim University Medical School, Department of Public Health, Ankara, Turkey
E-posta: sarpuner@gmail.com ORCID: 0000 0002 9880 8811

Gönderim Tarihi:07.10.2025 - Kabul Tarihi: 03.12.2025

neonatal and intensive care units, only one out of 10 healthcare workers in intensive care units in some low-income countries wash their hands properly (8).

Undergraduate students enrolling in health-related departments frequently contact patients and spend a long time during their practices (9). Previous studies found handwashing frequency among these students during their practical training to vary between 17.0% and 75.0% (10-13), which may be due to the students' lack of knowledge, ignoring the risks, and misconceptions or inadequate handwashing behavior in their learning environments. Yet, learning environments should contribute to teaching, evaluating, and maintaining proper handwashing behavior and attitudes and creating a handwashing culture (14).

The literature hosts several scales orienting to hygiene (15, 16) or general hygiene behavior, including hand hygiene (17-19). These scales often measure participants' handwashing knowledge, beliefs, practices (15), behavior (17, 18) habits (19), skills, and motivation (16). The common feature of the scales is that they often focus on handwashing behavior and habits but do not contain items for handwashing attitudes (20). Although handwashing behavior, habits, and attitudes are different concepts, many factors associated with handwashing behavior are also related to handwashing attitudes. People's attitudes towards handwashing also affect their handwashing habits (20). Thus, handwashing behavior, habits, and attitudes should be considered intertwined concepts and measured together to evaluate the handwashing characteristics of individuals.

The relevant literature seems to have a shortage of measurement tools (for the public healthcare professionals or other groups) covering variables related to social handwashing, such as knowledge, practice, behavior, skills, and attitudes. Therefore, the study aimed to develop comprehensive scales that cover handwashing behavior, habits, and attitudes and can be used both together and separately. In other words, the ultimate purpose of this study was to explore the psychometric

properties of the Social Handwashing Behavior Scale (SHBS), the Social Handwashing Habit Scale (SHHS), and the Social Handwashing Attitude Scale (SHAS).

Material & Methods

Design

This was a methodological study.

Sample

The literature emphasizes that a sample with 400 and 300 people is needed to be able to perform statistical reliability and validity analyses of a Likert-type scale, respectively (21). Considering possible missing data and non-responded items on the scale forms, a total of 420 individuals aged 18 years and over, enrolled at a school of health sciences, were conveniently selected for the study (22). The participants were also reminded that the study would be carried out in two phases and that the data collection tools might be readministered to those participating in the study.

Item Pooling

The literature was first reviewed to designate the items to be included in the draft forms (19, 23-26). Then, an item pool of 73 items was created, including 12 items for social handwashing behavior, 37 items for social handwashing habits, and 24 items for social handwashing attitudes (12 negatively worded items / reverse coded items). Following comprehensive review and editing of the items, the researchers agreed on all the 73 items in the draft measurement tool.

The draft form was sent by e-mail to 20 public health and measurement and evaluation specialists to obtain expert opinions. Among them, 16 specialists evaluated each item and gave their feedback. Then, the researchers calculated the Content Validity Ratio (CVR) and Content Validity Index (CVI) values for the scales. Upon these calculations and expert opinions, some items were removed from the scales. Overall, the final forms had a total of 53 items (12 for handwashing behavior, 22 for handwashing habits, and 19 for handwashing attitude (8 negative items).

Data Collection Tools

The data collection tools of the study consisted of a demographic information form (10 questions), the SHBS (12 items), the SHHS (22 items), the SHAS (19 items).

Data Collection

The data were collected between December 15 and March 25, 2020. For the test-retest phase, 120 people (28.6%) were asked to fill out the questionnaire forms once again two weeks later the first data collection. All participants have completed the questionnaire. All the data were collected through Google Forms from the students just before their distance education classes. The procedure took 20-25 minutes for each participant.

Data Analysis

The data were analyzed on the R program using relevant validity (CVR and CVI coefficients, criterion validity analysis, exploratory factor analysis (EFA), and confirmatory factor analysis (CFA)) and reliability (internal consistency and test-retest reliability) analyses.

Ethical Considerations

The Ethics Committee of a university granted ethical approval to the study (Meeting No: 2020/12, Decision No: GO 2020/328), and the researchers obtained written consent from students agreeing to participate in the study.

Results

Sample Characteristics

About three-thirds (74.5%) of the participants were females; 65.7% perceived their monthly income as moderate; 52.1% lived in the city center; 76.2% were enrolled at the Department of Emergency Aid and Disaster Management.

Data Suitability

It was found that correlations between the items on the SHBS varied between 0.23 and 0.75; therefore, there was no multicollinearity problem between the items. Except for the correlation

between items 10 and 12, all items showed the lowest correlation with item 2, indicating that item 2 might conceptually differ from others.

There was also no multicollinearity problem on the SHHS since correlation coefficients of the items varied between 0.06 and 0.78. In general, inter-item correlations were low or moderate, and the lowest correlation was revealed between items 1 and 12 with 0.06, followed by items 3 and 20 with 0.08.

Finally, the researchers did not find a multicollinearity issue between the items because inter-item correlations ranged between -0.88 and 0.75. The lowest correlations were between items 1, 3, and 7. Moreover, there were some negative inter-item correlations in the dataset.

Validity Analyses

Following expert opinions, the researchers first calculated CVR and CVI values of 73 items to explore validity-related properties of the scales. Accordingly, on the initial 12-item form of the SHBS, while CVI was calculated to be 0.82, CVR was found to be the lowest in item 10 item with 0.37 (0.62-1.00 for all other items). On the 37-item SHHS, CVI was 0.80, and items 7, 12, and 10 produced the lowest CVR values with 0.12, 0.25, and 0.37, respectively (0.50-1.00 for all other items). Then, while CVI was found to be 0.74, items 4, 5, 8, 10, 16, 23, and 24 yielded the lowest CVR values (0.00, 0.37, -0.12, 0.37, 0.25, 0.12, and 0.37, respectively) on the SHAS (0.50-1.00 for all other items). Although item 10 was removed from the SHBS, a new item was added on the scale upon expert opinions. On the SHHS, the researchers removed items 7 and 12 corrected the statement in item 10. Moreover, 15 items were removed from the scale upon expert opinions. Finally, items 8, 16, 23, and 24 were removed from the SHAS, while items 4, 5, and 10 were edited. Apart from these corrections, a total of 5 items were removed from the scale upon recommendations.

Table 1. EFA Results, Burdur-2020

SHBS		SHHS		SHAS	
Items	Factor Loading	Items	Factor Loading	Items	Factor Loading
SHB1	0.628	SHH2	0.520	SHA2	0.75
SHB2	0.466	SHH4	0.472	SHA4	0.79
SHB3	0.698	SHH5	0.603	SHA5	0.59
SHB4	0.711	SHH6	0.623	SHA6	0.62
SHB5	0.766	SHH7	0.653	SHA8	0.86
SHB6	0.851	SHH8	0.371	SHA10	0.68
SHB7	0.740	SHH9	0.836	SHA11	0.77
SHB8	0.798	SHH10	0.750	SHA12	0.32
SHB9	0.745	SHH11	0.397	SHA13	0.77
SHB10	0.649	SHH14	0.654	SHA14	0.54
SHB11	0.858	SHH15	0.725	SHA18	0.56
SHB12	0.635	SHH16	0.706		
		SHH17	0.770		
		SHH18	0.841		
		SHH19	0.640		
		SHH20	0.564		
		SHH21	0.632		
		SHH22	0.633		
<i>Total Variance Explained =0.518</i> <i>KMO value= 0.853</i> <i>Bartlett's test= 291.41 p<0.0001</i>		<i>Total Variance Explained =0.417</i> <i>KMO test= 0.769</i> <i>Bartlett's test= 1408.1 p<0.0001</i>		<i>Total Variance Explained =0.460</i> <i>KMO test= 0.840</i> <i>Bartlett's test= 656.66 p<0.0001</i>	

EFA: Exploratory Factor Analysis, SHBS: Social Handwashing Behavior Scale, SHHS: Social Handwashing Habits Scale, SHAS: Social Handwashing Attitudes Scale.

Next, the researchers performed EFA and CFA to explore and confirm the factorial structures of the scales. The data of 200 out of 420 participants were used in EFA. Accordingly, the calculated Kaiser-Mayer-Olkin (KMO) values (0.853, 0.769, and 0.840, respectively) showed the adequacy of the sample size for each scale. Then, Bartlett's tests of sphericity yielded the following results: 291.41 (df = 11, $p < 0.0001$), 1408.1 (df = 21, $p < 0.0001$), and 656.66 (df = 18, $p < 0.0001$), respectively, documenting the factorability of the scales (Table 1).

The EFA results showed that item 2 had the lowest item loadings with 0.46, while item 11 had the highest with 0.85. In general, the items had quite high factor loadings on the SHBS. The 12-item single-factor structure of the scale explained approximately 52% of the variance (Table 1).

Items 12 and 13 of the SHHS clustered under more than a factor with relatively similar factor loadings were excluded from the dataset, and EFA

was replicated. The two replications of the analysis yielded that items 1 and 3 gave similar loadings to more than a factor, respectively, and these items were also removed from the dataset. Overall (after items 1, 3, 12, and 13 were removed), a single factor structure emerged with 18 items with factor loadings varying between 0.37 and 0.84, and this structure explained approximately 42% of the variance (Table 1).

Initial EFA analysis for the SHAS revealed that items 1, 3, 7, 9, 15, 16, and 19 had negative factor loadings or clustered under more than a factor. Then, these items were removed one by one from the dataset, and the analysis was replicated several times. In the final analysis, item 17 was excluded from the dataset since giving relatively similar factor loadings to more than one dimension. Finally, it was found that the factor loadings of the items varied between 0.32 and 0.86, and the 11-item single-factor structure of the scale (8 positive – 3 negative) explained about 46% of the variance (Table 1).

Figure 1. Standardized Regression Weights of the Items (SHBS) , Burdur-2020

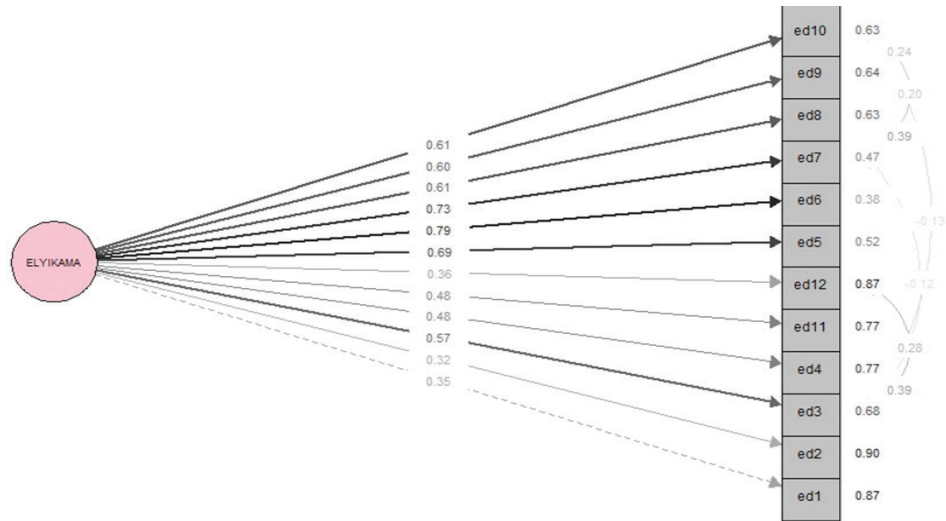
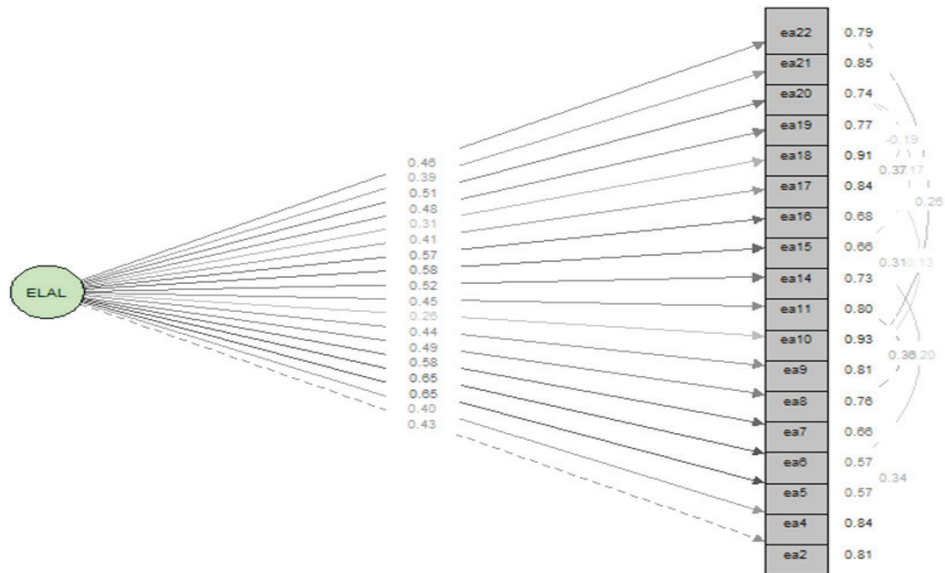


Figure 2. Standardized Regression Weights of the Items (SHHS) , Burdur-2020



Path diagrams (standardized solution values) built using the items were also examined with CFA. The analysis was replicated considering the suggested modifications to obtain a better model for the SHBS, and the researchers linked the error covariances between the relevant items (item 3 ↔ items 4, 7, 10, and 12; item 7 ↔ items 8 and 10; item 9 ↔ item 10). Following modifications, it was found that standardized regression values of the items varied between 0.32 and 0.79 and that there was no item with an item error variance above 0.90 (Figure 1). Similarly, the suggested modifications were considered while exploring the structural model of the SHHS, and error covariances were linked between the relevant items (item 8 ↔ item 11; item 15 ↔ items 6, 14, and 20; item 18 ↔ items 9 and 17; item 5 ↔ item 6; item 9 ↔ item 22; item 17 ↔ item 20). The replicated analysis yielded that the standardized regression weights of the items ranged between 0.26 and 0.65. After the modifications, the error

variances of items 10 and 18 were found to be 0.93 and 0.91, respectively (Figure 2).

Finally, CFA was performed to confirm the factorial structure of the SHAS. The researchers minded the suggested modifications for the model and linked the error variances of the relevant items (item 1 ↔ item 8; item 12 ↔ item 18; item 10 ↔ item 14). Then, it was found that the standardized regression weights of the items varied between 0.78 and 2.04. Besides, the error variances of items 12 and 15 were found to be 1.47 and 1.00, respectively. (Figure 3). This resulted in standardized regression coefficients greater than 1, such as positive correlations between multiple predictor variables. The CFA results also revealed the following mean variance and squared multiple correlation values for the scales, respectively: 0.248 and 0.023 for SHBS; 0.549 and 0.023 for SHHS; 0.30 and 0.009 for SHAS.

Figure 3. Standardized Regression Weights of the Items (SHAS) , Burdur-2020

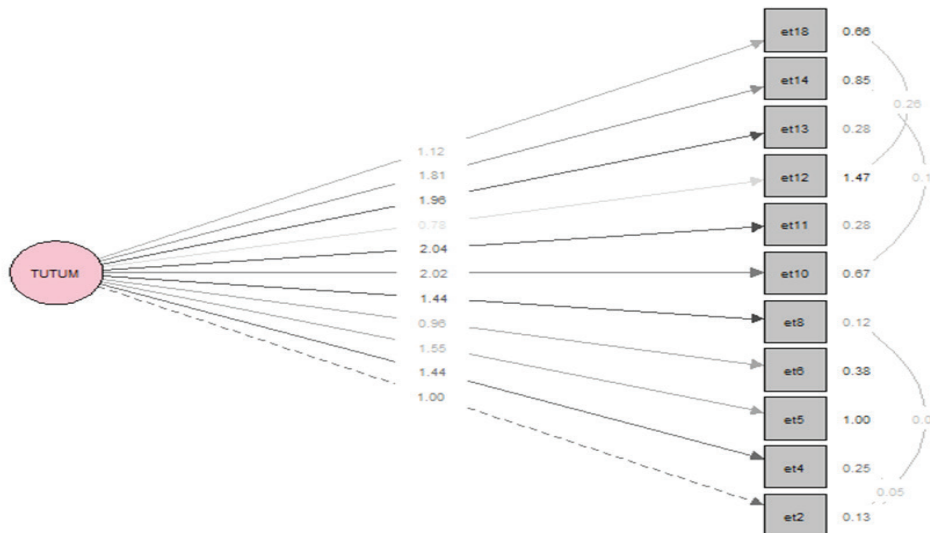


Table 2. Fit Indices, Burdur-2020

No	Index	Reference values [†]					
		Weak Fit	Acceptable Fit	Excellent Fit	SHBS	SHHS	SHAS
1	p^*		$p > 0.05$	$p > 0.05$	0.007	0.000	0.000
2	χ^2/df		< 5 < 3	< 3 < 2	1.57	2.08	1.92
3	RMSEA	< 0.10	< 0.08	< 0.05	² 0.051	² 0.070	² 0.053
4	RMR	< 0.10	< 0.08	< 0.05	³ 0.034	³ 0.042	³ 0.028
5	SRMR	< 0.10	< 0.08 < 0.10	< 0.05	² 0.052	² 0.067	³ 0.040
6	GFI [§]	> 0.85	> 0.90	> 0.95	² 0.945	¹ 0.887	³ 0.963
7	AGFI [§]	> 0.80	> 0.90 > 0.85	> 0.95 > 0.90	² 0.908	¹ 0.846	² 0.939
8	NFI [§]	> 0.85 > 0.80	> 0.90	> 0.95	² 0.917	⁴ 0.772	² 0.927
9	NNFI [§]	> 0.85 > 0.80	> 0.90	> 0.95	³ 0.954	¹ 0.835	² 0.944
10	CFI [§]	> 0.85	> 0.90	> 0.95	³ 0.967	¹ 0.864	³ 0.959

[†]See 35, 36, 37 for reference fit values.

SHBS: Social Handwashing Behavior Scale, SHHS: Social Handwashing Habits Scale, SHAS: Social Handwashing Attitudes Scale.

^{*} χ^2 is desired to be insignificant, but it often turns out to be significant. Therefore, χ^2/df is considered when describing the data.

[§]Takes a value between 0 and 1. ¹Weak fit, ²Acceptable fit, ³Excellent fit, ⁴Unacceptable.

The data of 220 out of 420 participants were used in CFA, and the fit indices revealed after CFA were as follows: $p=0.007$, $\chi^2=74.152$, $df=47$, $\chi^2/df=1.57$, $RMSEA=0.05$, $RMR=0.03$, $SRMR=0.05$, $GFI=0.94$, $AGFI=0.90$, $NFI=0.91$, $NNFI=0.95$, and $CFI=0.96$ (SHBS); $p=0.000$, $\chi^2=260.529$, $df=125$, $\chi^2/df=2.08$, $RMSEA=0.07$, $RMR=0.04$, $SRMR=0.06$, $GFI=0.88$, $AGFI=0.84$, $NFI=0.77$, $NNFI=0.83$, and $CFI=0.86$ (SHHS); $p=0.000$, $\chi^2=78.837$, $df=41$, $\chi^2/df=1.92$, $RMSEA=0.05$, $RMR=0.02$, $SRMR=0.04$, $GFI=0.96$, $AGFI=0.93$, $NFI=0.92$, $NNFI=0.94$, and $CFI=0.95$ (SHAS) (Table 2).

Reliability Analyses

Considering the item-total correlations, the items contributing the least and the most to the model were item 2 (0.22) and item 11 (0.74), respectively, on the SHBS. When it comes to the SHHS, while it

was found that item 8 showed the least correlation with the scale (0.14), it was vice versa for item 18 (0.71). Finally, it was discovered that items 12 (0.10) and 8 (0.74) were those correlating the least and the most with the SHAS. A single-factorial structure emerged in each of the scales, and the Cronbach's alpha internal consistency coefficients for these three scales were found to be 0.846, 0.841, and 0.754, respectively.

On the other hand, test-retest correlation coefficients (r) of the SHBS, the SHSS, and the SHAS were found to be 0.98, 0.978, and 0.89, respectively ($p<0.001$).

Discussion

This study aimed to develop three separate scales that measure social handwashing behavior, habits, and attitudes and that can be used both separately or together in a questionnaire booklet.

While carrying out their practices in healthcare institutions, college students enrolled in health-related programs inevitably contact with patients, diseases, and microorganisms (9). Thus, handwashing education seems important in preventing the spread of microorganisms and diseases via hands and reducing the patient-disease burden on healthcare systems (14). Furthermore, the relevant handwashing education in colleges may contribute to preventing the spread of infection through students during their hospital practices. Besides, such students with proper handwashing knowledge and habit may be role models for their peers, families, and society (27). For these reasons, the sample selected in this study consisted of students studying at health-related departments of a university. Exploring the handwashing situation among these students and carrying out interventions to compensate for the identified deficiencies may contribute to their health, the environment, and public health.

Initially, the researchers pooled a total of 73 items considered to be associated with handwashing behavior, habits, and attitudes, respectively. Then, CVR and CVI were calculated after obtaining expert opinions for the items. The rule of thumb in the literature is that the number of experts to give opinions for a Likert-type scale should be between 5-40 and that the lowest CVR value should be 0.49 ($p < 0.05$) for a measurement tool evaluated by 15 experts (21). Upon calculated CVR and CVI values and recommendations from the experts, a total of 20 items were removed from the scales, some items were corrected, and the final versions of the Likert-type scales consisted of 53 items. CVI values of the SHBS, the SHHS, and the SHAS were found to be 0.82, 0.80, and 0.74, respectively, and these values are higher than the cut-off value suggested in the literature (0.67) (21).

A finalized form of a Likert-type scale usually consists of 20-25 items. For this reason, it is recommended to write more items in the draft item pool, considering that some items will be removed from the scale (28). The item pooling for the SHBS did not overlap such a recommendation since there were 12 items in its initial form, which

may be since handwashing is considered a process to be completed in a few simple steps. Therefore, it was thought that these steps could be measured with a few items as well.

It is often recommended to use positive-negative statements together and in equal numbers in attitude scales (29, 30). Using only negative items may complicate a measurement model, but preparing the scales to include both negative and positive statements may contribute to the model's psychometric properties (30). The SHAS with the equal numbers of positive-negative attitude statements turned into a scale covering eight positive and three negative items due to removing non-working items upon expert evaluations and the relevant analyses. On the scale, the negative items may have complicated the measurement model; both experts and participants may have difficulty understanding the negative statements.

In this study, the researchers calculated the inter-item correlations for each scale to test the item redundancy. The results showed that no inter-item correlation coefficient exceeded 0.80 in any of the scales, meaning that items did not fall in the multicollinearity problem (31). In the SHBS, all items had the lowest correlation with item 2 (I wash my hands removing my jewelry such as ring, watch, and bracelet). The researchers designed the scale to include the steps required for handwashing in order. Although item 2 gave a low correlation in the model, it was deemed appropriate to remain on the scale since being behavior in the theoretical structure. Similarly, items giving low correlations were found in the SHHS (item 1 ↔ item 12; item 3 ↔ item 20) and the SHAS (the weakest correlations with items 1, 3, and 7). Since there was no multicollinearity problem, these items were not removed from the scales. However, due to the incompatibilities discovered during EFA in the following stages, all the items mentioned on the SHHS (except for item 20) and the SHAS were removed, respectively.

EFA was performed for the scales to explore their further validity. The items in the three scales had the following factor loadings: 0.46-0.85 (the SHBS; explaining 52% of the total variance),

0.37-0.84 (the SHHS; explaining 42% of the total variance), and 0.32-0.86 (the SHAS; explaining 46% of the total variance). A single factor emerged on all three scales, and there was no item with a factor loading value below 0.32, which is the cut-off value shown in the literature. Overall, the single-factor structures and factor loading values on the scales are compatible with what is suggested in the literature (32). Besides, there are different suggestions in the literature that the variance explained in EFA should be between 40% and 60% (32) or should provide a value of at least 60% (33). Although the factorial structures of the scales did not produce higher percentages of explained variance, the values were within the acceptable levels.

The researchers also performed CFA and examined path diagrams (standardized solution values) of the scales' factorial structures yielded by EFA. The results proposed some modifications for all scales. Following the modifications, there were inconsistencies in the standardized regression weights and error variances of some items. In general, an item's standardized regression weight is required to be 0.50 and above (34), while its error variance should not exceed 0.90 (35). Although there was an item with a standardized weight of less than 0.50 on the SHBS, error variances of any items did not exceed 0.90. On the SHHS, there were some items with a standardized weight below 0.50 and an error variance above 0.90. When it comes to the SHAS, there was no item with a standardized weight below 0.50, but there were items with an error variance above 0.90. Besides, the results produced the following fit indices: $\chi^2/df < 2$, RMSEA < 0.08 , RMR < 0.05 , GFI > 0.90 , NNFI > 0.90 , and CFI > 0.95 (SHBS); $\chi^2/df < 3$, RMSEA < 0.08 , RMR < 0.05 , GFI > 0.85 , NNFI > 0.80 , and CFI > 0.85 (SHHS), and $\chi^2/df < 2$, RMSEA < 0.08 , RMR < 0.05 , GFI > 0.95 , NNFI > 0.90 , and CFI > 0.95 (SHAS). Despite inconsistencies in the standardized regression weights and error variances of some items following modifications, the fit indices satisfied the acceptable data-model fit criteria (36, 37). Upon these acceptable fit indices, the researchers decided to keep these inconsistent

items not to narrow the scope of the scales.

In this study, Cronbach's α value and item-total correlation coefficients were calculated for each scale for reliability concerns. The item-total correlations ranged between 0.22 - 0.74 for the SHBS, 0.14 - 0.71 for the SHHS, and 0.10 - 0.74 for the SHAS. It is often emphasized in the literature that an item-total correlation coefficient should be at least 0.25 (38). However, the items showing a correlation below the cut-off value were not removed from the scales since there were no other problems regarding these items in other analyses (except for item 2 of the SHBS). The researchers also thought that keeping these items would contribute to the content validity of the scales. Besides, Cronbach's α coefficients of all the three scales were above 0.70 (0.84 for the SHBS, 0.84 for the SHHS, and 0.75 for the SHAS) (21).

Finally, the researchers explored the test-retest reliability of the scales and calculated the following coefficients (r): 0.98 for the SHBS, 0.97 for the SHHS, and 0.89 for the SHAS. These results showed that the scales had quite high test-retest reliability (0.70-0.89 = strong reliability; 0.90-1.00 = very strong reliability) (21).

Limitations of the Study

This study has some limitations inherent in other methodological studies. First, the study was conducted only with college students enrolled at health-related departments. Second, it was assumed that the participants filled out the questionnaire appropriately. Finally, the researchers could not examine parallel forms reliability of the scales because not finding a valid and reliable scale in the Turkish language measuring the same constructs with the scales.

Conclusion

The study aimed to develop three scales to measure handwashing behavior, habits, and attitudes, respectively. For this purpose, the researchers performed relevant validity (CVR and CVI calculations following expert opinions, item statistics, EFA, and CFA) and reliability (internal

consistency and test-retest reliability) analyses for the draft forms. After removing redundant items and making necessary corrections in some items, the researchers concluded three tools to measure the mentioned constructs: the SHBS (12 items), the SHHS (18 items), and the SHAS (11 items).

In this study, the researchers explored the psychometric properties of the SHBS, the SHHS, and the SHAS. The results showed that the three measurement tools designed to measure handwashing behavior, habits, and attitudes are valid and reliable scales for the sample group recruited (Burdur/Turkey, college students aged 18 years and over). These scales were created to be used together or separately, which may provide ease of use for researchers.

It is believed that the scales whose statistical properties were documented may be useful in measuring the handwashing characteristics of college students, prospective healthcare professionals. Moreover, measuring handwashing behavior, habits, and attitudes may help identify students' inadequacies in handwashing and plan comprehensive handwashing education for them. In this way, it can be ensured that students become role models in handwashing both in their current practices and professional careers.

Informed Volunteer Consent/Approval Form

Informed consent was obtained from all participants.

Funding

The authors received no financial support for the research.

Conflicts of Interest

The authors declare that they have no conflict of interest.

Data Availability Statement

The data that support the findings of this study are openly available in "figshare" at 10.6084/m9.figshare.17712089.

References

1. Khan S, Ashraf H, Iftikhar S, Baig-Ansari N. Impact of hand hygiene intervention on hand washing ability of school-aged children. *J Family Med Prim Care*. 2021;10:642-647. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8138401/>
2. Freeman MC, Stocks ME, Cumming O, et al. Systematic review: Hygiene and health: Systematic review of hand hygiene practices worldwide and update of health effects. *Trop. Med. Int. Health*. 2014;19:906-916. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24889816/>
3. Hulland KRS, Leontsini E, Dreibelbis R, et al. Designing a handwashing station for infrastructure-restricted communities in Bangladesh using the integrated behavioural model for water, sanitation and hygiene interventions (IBM-WASH). *BMC Public Health*. 2013;13:877. <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/13/877>
4. Ragusa R, Marranzano M, Lombardo A, Quattrocchi R, Bellia MA, Lupo L. Has the COVID 19 virus changed adherence to hand washing among healthcare workers? *Behav. Sci*. 2021;11:53. <https://doi.org/10.3390/bs11040053>
5. Tantum LK, Gilstad JR, Bolay FK, et al. Barriers and opportunities for sustainable hand hygiene interventions in rural Liberian hospitals. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2021;18:8588. <https://doi.org/10.3390/ijerph18168588>
6. World Health Organization. WHO guidelines on hand hygiene in health care: first global patient safety challenge clean care is safer care [online]. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK144014/>. Accessed December 15, 2021.
7. Jemal S. Knowledge and practices of hand washing among health professionals in Dubti Referral Hospital, Dubti, Afar, Northeast Ethiopia. *Adv Prev Med*. 2018;5290797. <https://doi.org/10.1155/2018/5290797>
8. World Health Organization. WHO calls for better hand hygiene and other infection control practices. Departmental news Geneva, Switzerland [online]. <https://www.who.int/news/item/05-05-2021-who-calls-for-better-hand-hygiene-and-other-infection-control-practices>. Accessed December 15, 2021.
9. Avsar G, Kaşıkci M, Yağci N. Hand washing of nursing students: An observational study. *International Journal of Caring Sciences*. 2015;8(3):618-624. https://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/12_12-Avsar_original_8_3.pdf
10. Kadi A, Salati SA. Hand hygiene practices among medical students. *Interdiscip Perspect Infect Dis*. 2012;679129. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23024653/>
11. Liyanage G, Dewasurendra M, Athapathu A, Magodaratne L. Hand hygiene behavior among Sri Lankan medical students during COVID-19 pandemic. *BMC Medical Education*. 2021;21:333.

36. Çapık C. Use of confirmatory factor analysis in validity and reliability studies. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2014;17(3):196-205. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/ataunihem/issue/2666/34715>
37. Sivo SA, Fan X, Witta EL, Willse JT. The search for “optimal” cut-off properties: Fit index criteria in structural equation modeling. *The Journal of Experimental Education*. 2016;74(3):267-288. <https://doi.org/10.3200/JEaXE.74.3.267-288>
38. Varma S. Preliminary item statistics using point-biserial correlation and p-values. *Educational Data Systems [online]*. <https://jcesom.marshall.edu/media/24104/Item-Stats-Point-Biserial.pdf>. Accessed December 15, 2021.

“Yaşlı Bireylere Yönelik Yaş Temelli Ayrımcılık” ve “Sağlık Çalışanları” Konulu 2021 ve 2024 Yılları Arasında PubMed Veri Tabanında Yayınlanmış Makalelerin İncelenmesi

Literature Review of PubMed Database between 2021 and 2024 on “Ageism against Older Persons” and “Healthcare Workers”

Bezanur YILDIRIMYILMAZ¹, Arda BÜKE², Perihan DİZDAR³, Naime ÇOMOĞLU⁴, Mehmet T. TOSUN⁵, Oğuzhan BAHAR⁶, Ercüment ALTINTAŞ⁷, Dilek ASLAN⁸

ÖZ

Giriş: Bu çalışmada, 2021-2024 yılları arasında PubMed veri tabanında yayımlanan, “yaşlı bireylere yönelik yaş temelli ayrımcılık” ve “sağlık çalışanları” konulu makaleler incelenerek, sağlık hizmetlerinde yaş temelli ayrımcılık (YTA) konularının temel özelliklerini, etkilerini ve önlenmesine dair önerileri ortaya koymak amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma kapsamında PubMed kapsamında MeSH (Medical Subject Headings) terimleri kullanılarak (“Age Discrimination” OR “Ageism” vb.) yapılan taramada 344 makaleye ulaşılmış, dışlanma kriterleri sonrasında 177 makale değerlendirilmeye alınmıştır. Veriler veri toplama formu aracılığıyla toplanmıştır. Veri girişi ve analizi için SPSS programı kullanılmıştır.

Bulgular: Makalelerin %74’ünde sağlık çalışanlarının yaşlı bireylere karşı ayrımcı tutumlar sergilediği bildirilmiştir. Sağlık hizmetlerine erişimin güçleşmesi (%58,8) ve tedavinin gecikmesi (%42,9) YTA ile ilgili en yaygın sonuçlar arasındadır. Çalışmaların %84,7’si YTA’nın önlenilebilir olduğunu vurgulamıştır.

Tartışma: Yaş temelli ayrımcılık, sağlık çalışanlarından kurumsal politikalar dek çok katmanlı bir sorun olarak belirlenmiştir. Eğitim programlarının yaşlı sağlığına yönelik farkındalığı artırması, politika geliştirme, yasal düzenlemeler ve sosyal destek mekanizmaları yoluyla ayrımcılığın önlenilebilmesi olanaklıdır.

Anahtar Kelimeler: Yaşlanma, Yaş Temelli Ayrımcılık, Sağlık Çalışanları, Eşitsizlik.

1-İnt.Dr, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara-Türkiye

E-mail: yildirimy2001@gmail.com ORCID: 0009-0006-6025-4725

2-İnt.Dr, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara-Türkiye

E-mail: ardabuke01@gmail.com ORCID: 0009-0009-2038-8333

3-İnt. Dr, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara-Türkiye

E-mail: dizdarperi@gmail.com ORCID: 0009-0000-5940-6724

4-İnt.Dr, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara-Türkiye

E-mail: nazlinaicom@gmail.com ORCID: 0009-0003-1373-2809

5- İnt.Dr, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara-Türkiye

E-mail: hbtaylant@gmail.com ORCID: 0009-0000-4839-3825

6- İnt.Dr.Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara-Türkiye

E-mail: droguzhanbahar@gmail.com ORCID: 0009-0009-9630-4159

7-Arş.Gör., Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara-Türkiye

E-mail: drcucua2003@gmail.com ORCID: 0000-0002-5786-1464

8- Prof.Dr., Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara-Türkiye

E-mail: diaslan@hacettepe.edu.tr ORCID: 0000-0002-4053-2517

Gönderim Tarihi:22.01.2025 - Kabul Tarihi: 03.12.2025

ABSTRACT

Introduction: This study aimed to analyze articles published in the PubMed database between 2021 and 2024 on the topics of “age-based discrimination (ABD) against elderly individuals” and “healthcare professionals,” focusing on the key characteristics, impacts, and recommendations for the prevention of ABD in healthcare services.

Materials and Method: A search in PubMed database using MeSH (Medical Subject Headings) terms (e.g., “Age Discrimination” OR “Ageism”) identified 344 articles. After applying exclusion criteria, 177 articles were included. Data was collected with a form. SPSS software was used for data entry and analysis.

Results: Discriminatory attitudes of healthcare professionals toward elderly individuals were reported in 74% of the articles. The most common outcomes of ABD included difficulty accessing healthcare services (58.8%) and delayed treatment (42.9%). 84.7% of the studies emphasized that ABD is preventable.

Discussion: Age-based discrimination is identified as a multi-layered issue, extending from healthcare professionals to institutional policies. Recommendations include raising awareness about elderly health through educational programs, developing policies, implementing legal regulations, and establishing social support mechanisms to prevent discrimination.

Keywords: Aging, Ageism, Healthcare Professionals, Inequality.

GİRİŞ

Yaşlılıkla ilgili farklı tanımlar olsa da genellikle alışılagelmiş ölçüt olarak genellikle kronolojik yaş kullanılır. Buna göre sıklıkla 65 yaş ve üzerindeki bireyler ‘yaşlı’ olarak kabul edilir (1). Yaşlanma süreci çoğunlukla genetik faktörler, çevresel koşullar, gelişimsel evreler, hastalıklar ve biyolojik mekanizmaların bir araya gelmesiyle şekillenir. Her bireyin uzun ve sağlıklı bir yaşam sürme hakkı bulursa da yaşanan çevre sağlık üzerinde derin bir etkiye sahiptir. Çevre, bireylerin davranışlarını, sağlık risklerine (örneğin, hava kirliliği ya da şiddet) maruz kalma düzeyini, sağlık ve sosyal hizmetlere erişimini ve yaşlanmanın sunduğu fırsatları büyük ölçüde belirler (2).

Toplumun yaşam kalitesinin yükselmesi ve sağlıkta yaşanan gelişmeler nedeniyle beklenen ortalama yaşam yılı artmıştır. Bu artış neticesinde toplum yaşlanmaktadır. Nüfusun yaşlanması özellikle 20. yüzyılda dikkat çekmeye başlamıştır. Dünya’da, 60 yaş üzeri bireylerin toplam nüfus içindeki sayısı ve yüzdesi artmaktadır. Örneğin 2019 yılında 60 yaş ve üzeri birey sayısı yaklaşık bir milyarken, bu sayısının 2030 yılında 1,4 miyara ulaşması beklenmektedir. Altmış yaş ve üzeri bireylerin sayısının 2050 yılında güncel durumun iki katından daha fazla olacağı tahmin edilmektedir (3). Bir ülkenin nüfus dengesinin daha ileri yaşlara doğru değişimi olarak tanımlanan “toplumun yaşlanması”, yüksek gelir düzeyine sahip ülkelerde başlamış olsa da asıl değişimi düşük ve orta gelirli ülkeler yaşamaktadır. İlerleyen yıllarda, örneğin 2050 yılı itibarıyla, 60 yaş üzeri nüfusun üçte ikisinin düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşayacağı tahmin edilmektedir (4).

Doğuşta beklenen yaşam süresi uzamasına karşın kanıtlar sağlıklı geçen yaşam süresinde çok değişme olmadığı yönündedir. Bu da demek oluyor ki kazanılan yaşam yılları sağlık sorunları ile geçirilmektedir. Yaşlanma ile birlikte bireyler hem fiziksel hem bilişsel açıdan gerileme yaşamakta, bu da birçok sağlık sorunu ve sosyal güclüğü beraberinde getirmektedir. Yaşlanmayla birlikte ortaya çıkan değişimler, yalnızca bireyleri değil, toplumları da etkileyen karmaşık sorunları yaratmaktadır. Değişen sosyal yapılar, artan yaşlı nüfus, azalan doğum hızları ve daralan işgücü olanakları, yaşlı bireylerin bakımı konusunda yeni yaklaşımlar gerektirmektedir. Yaşlı bireylere karşı toplum ve kurumların tutumları bu konuda önemli belirleyicilerdir. Bu belirleyiciler arasında yaş temelli ayrımcılık (ageism) da yer almaktadır. Birleşmiş Milletler “Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları” doğrultusunda Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ile iş birliği içinde ortaya koyduğu “Sağlıklı Yaşlanmanın On Yılı (2021-2030)” hedefi kapsamında yaş temelli ayrımcılığın da içinde olduğu mücadele alanları belirlenmiştir (5).

Yaş temelli ayrımcılık, toplumun karşıdaki kişinin yaşına dayanarak önyargılı olması ve belirli stereotiplere koyması sonucunda doğan bir çeşit ayrımcılık türüdür. Yaş temelli ayrımcılık top-

lumu yaş gruplarına göre ayırmasına neden olur ve tüm yaş gruplarını etkileyebilir. Bu, gruplara belirli özelliklerin ve kalıpların atfedilmesine ve yaş gruplarına yönelik önyargının oluşmasına sebep olur. Kategorize edilip birbirinden ayrılan yaş grupları için çeşitli eşitsizlikler meydana gelir. Bu durum toplum içindeki dayanışma ve bireylerin hak ve özgürlükleri üzerinde olumsuz sonuçlara yol açar (6).

Yaşlı bireyler, yaş temelli ayrımcılıktan daha çok etkilenen bir gruptur. Özellikle çalışma hayatı, sosyal yaşam, bakım gibi konularda daha çok ayrımcılığa uğramaktadırlar. Toplumda yaşlılarla ilgili çok fazla ön yargı bulunmaktadır. Örneğin yaşlılık denilince akla kronik hastalık, fiziksel olarak geriye gitme, yorgunluk, bitkinlik gibi özellikler gelmektedir. Oysa bu özelliklerin yaşlı insanlara atfedilmesi haksızlıktır. Bu toplumsal algılar yaşlıların topluma katılımını olumsuz olarak etkilemektedir (7).

Sağlık çalışanlarında yaş temelli ayrımcılık, sağlık sisteminde bireylerin yaşlarına bağlı maruz kaldıkları olumsuz tutumlar, stereotipler ve ayrımcı uygulamalar olarak tanımlanabilir. Bu durum, yaşlı bireylere sunulan sağlık hizmetlerinde eşitsizliğe yol açabilir ve yaşlı bireylerin ihtiyaçlarının yeterince dikkate alınmamasına, sağlık sorunlarının küçümsenmesine veya tedaviye erişimde öncelik verilmemesine neden olabilir (8).

Bütün bu gerekçelere bağlı olarak bu çalışmada “Yaşlı bireylere yönelik yaş temelli ayrımcılık” ve “sağlık çalışanları” konulu 2021 ve 2024 yılları arasında PubMed veri tabanında yayımlanmış makalelerin; yayımlandıkları dergilerle ilgili derginin etki değeri, web sayfası varlığı gibi bazı özelliklerin incelenmesi, kategorisi, kabul ve yayımlandıkları tarih, yazarları, yazarların kurumları gibi özelliklerin saptanması, ayrıca makalelerde; yaş temelli ayrımcılığın sağlık sistemleri için yarattığı etkinin incelenmesi, sağlık çalışanlarının yaş temelli ayrımcılık konusunda nasıl bir tutum içinde olduklarının saptanması, yaş temelli ayrımcılığın sağlık düzeyindeki sonuçlarının incelenmesi ve yaş temelli ayrımcılığın önlenmesi için geliştirilebilecek konuların belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Araştırmanın yeri

Araştırma *PubMed* veri tabanında sürdürülmüştür. *PubMed*, “National Center for Biotechnology Information (NCBI)” tarafından geliştirilmiş ve 1996 yılından bu yana çevrim içi olarak genel kullanıma açık bir veri tabanıdır. Kişisel ve küresel sağlığın geliştirilmesi amacıyla biyomedikal ve yaşam bilimleri alanlarında literatüre erişimi sağlayan *PubMed*, bu alanlarda 37 milyonun üzerinde sitasyon ve özeti kapsar, bunların birçoğu tam metne ulaşmayı sağlayacak bağlantılara sahiptir (9).

Araştırmanın evreni, örnekleme, dahil edilme ve hariç tutulma kriterleri

Araştırma evrenini 2021-2024 yılı arasındaki (2021 ve 2024 yılları dahil) *PubMed* veri tabanı yayınları oluşturmaktadır. Araştırmaya **dahil edilme kriterleri** makalelerin 2021-2024 yılları arasında yayınlanmış olması, araştırmada makalelerin sistematik taranması amacıyla oluşturulmuş olan MeSH kriterleri ile makalenin bulunmuş olması, makalelerin *PubMed* veri tabanından erişilebilir olması, makalelerin konusunun yaş temelli ayrımcılığı, sağlık sisteminde yaş temelli ayrımcılığı ve sağlık çalışanlarının sağlıkta yaşlı bireylere yönelik olan yaş temelli ayrımcılığı ve bunun sonuçlarını ele alması ve makalelerin dilinin İngilizce olmasıdır. Araştırmanın **dışlanma kriterleri** ise; makalenin İngilizce ve Türkçe dışında başka bir dille yayınlanmış olması, makalenin konusunun araştırma konusuyla uyumsuz ya da eksik bulunması, makalenin 2021-2024 yılları dışında yayınlanmış olmasıdır.

Araştırmanın dahil edilme ve hariç tutulma kriterleri ile uyumlu olarak makale seçimi birkaç aşamada tamamlanmıştır. Birinci aşamada; araştırmada kullanılacak makalelere erişebilmek için 5 Aralık 2024 tarihinde *PubMed* veri tabanında; (“Age Discrimination” OR “Age Discriminations” OR “Discrimination, Age” OR “Discriminations, Age” OR Ageism) AND (Healthcare OR “Health worker” OR “Health professional” OR “Health Care Provider” OR “Healthcare Provider” OR “Health personnel” OR physicians OR nurse OR “Nursing Personnel” OR “Personnel,

Nursing” OR “Registered Nurses” OR “Nurse, Registered” OR “Nurses, Registered” OR “Registered Nurse” OR Midwives OR Midwife OR Pharmacist OR Dentist OR Nutritionist OR Dieticians OR Dietician OR “Physical Therapist” OR “Therapist, Physical” OR “Therapists, Physical” OR “Physiotherapists” OR “Physiotherapist”) sözcükleri kullanılmıştır. Sözcükler MeSH ile yaratılarak seçilmiştir ve toplamda 344 makaleye ulaşılmıştır. İlk aşamada özet makaleler okunmuş, belirlenen anahtar kelimelerin tamamı ile ilişkili olmayan makaleler dışarıda bırakılmıştır. Ölçek çevrilmesi şeklinde olan makalelerden aynı ölçek ile ilişkili olanların yalnızca birer tanesi (orijinal olan makale) çalışmaya dahil edilmiştir. Sonraki aşamada tam metinlerine erişim sağlanamayan, İngilizce dili dışında yazılmış olan ve tam metin okunduğunda konu ile ilişkisiz bulunan makaleler çalışma kapsamının dışında tutulmuştur. Sonuç olarak araştırma kapsamında 177 makale değerlendirilmiştir. Yayınların seçimine ilişkin akış şeması **Şekil 1.** içeriğinde yer almıştır. (Şekil 1).

Araştırmanın tipi

Araştırma erişilen makalelerin sistematik bir şekilde okunmasına dayanan tanımlayıcı bir çalışmadır.

Araştırmanın değişkenleri

Araştırmada incelenen makalelerin yayınlandığı derginin adı, derginin etki değeri, derginin web sayfasının varlığı, makalenin dergi içerisindeki kategorisi, makale araştırma makalesi ise araştırma tipi, makalenin anahtar sözcükleri, makalenin değerlendirme, kabul ve yayınlandığı tarih, makalenin yazar ve kaynak sayısı, makalenin ilk yazarının kurumu, makaleye konu olan araştırma yapılan kıta, makaleye konu olan araştırmanın yapıldığı kurum/bölge/vb, makalenin hedef grubu / çalışma grubu, makalenin odaklandığı yaş grubu, makalenin içeriğinde yer alan ageism temasıyla ilişkili konular, yaş temelli ayrımcılığın sonuçları, makalede sağlık çalışanının yaş temelli ayrımcılık yaptığına dair bir bulgu varlığı, makale içeriğinde sağlık çalışanlarının yaş temelli ayrımcılığını önlenebilirliğine ilişkin bilgi varlığı, makale içeriğinde yaşlı ayrımcılığının önlenmesinde kimlerin sorumlu olduğunun vurgulanmasına ilişkin değer-

lendirme varlığı, makalede herhangi bir kişiye/kuruma teşekkür yazısı, yazarların herhangi birinin çıkar çatışması olma durumu ve makalenin içeriğinde yer alan konular gibi araştırma değişkenleri mevcuttur.

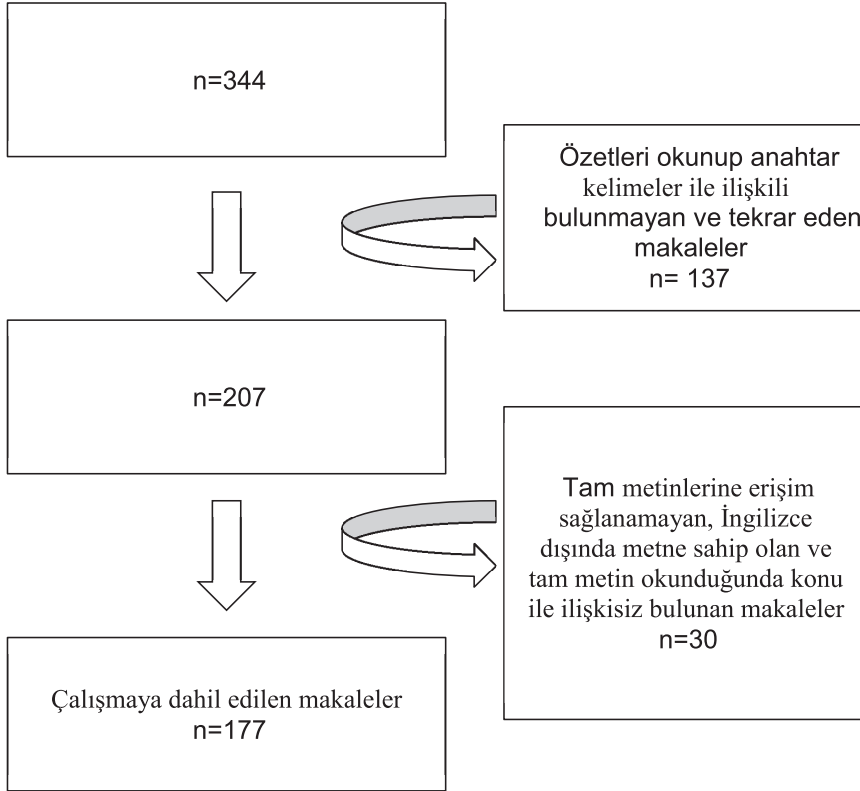
Veri toplama yöntemi, veri toplama aracı, veri girişi ve analizleri

Çevrimiçi olarak hazırlanan veri toplama formu Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Yaşlanan Toplum ve Halk Sağlığı Araştırmaları seçmeli staj grubunda öğrenim gören 6 intern doktor tarafından tamamlanmıştır. Veri toplama formunda sorulan makalenin yayımlandığı dergi vb. bilgilere ulaşmak için “Journal Citation Reports (<https://jcr.clarivate.com/>)” çevrim içi platformundan yararlanılmıştır. Araştırmanın veri toplama formu iki bölümden oluşmaktadır. İlk bölüm makalenin yayımlandığı dergi ile ilgili özelliklerini inceleyen 4 sorudan ve ikinci bölüm makale ile ilgili teknik özellikleri inceleyen 18 sorudan oluşmuştur. Veri

toplama formu her araştırmacı tarafından ayrı ayrı iki makale okunarak 13-15 Aralık 2024 tarihlerinde denenmiştir. Ön denemede, formun değerlendirilmesinde araştırmacılar arasındaki tutarlılığa bakılmıştır ve gereken güncellemeler yapılmıştır. Verilerin bilgisayar ortamına girişi için ilk aşamada her araştırmacı tarafından Microsoft Word formu doldurulmuştur. Veriler, bütün düzenlemeler yapıldıktan sonra analizler için SPSS veri tabanına girilmiştir ve analiz aşamasında bu program kullanılmıştır. Analizlerde tanımlayıcı istatistiklerin sayı ve yüzde olarak dağılımları sunulmuştur. İçerik analizleri için sistematik okuma için belirlenen temalar kullanılmıştır.

Etik konular ve kurumsal izinler

Çalışma çevrim içi kaynaklar kullanılarak yürütülmüştür. Kullanılan makaleler açık erişimlidir. Bu nedenle çalışma kapsamında kurum veya kişi ismi kullanılmadığı için herhangi bir kurul ya da etik izin alınmamıştır.



Şekil 1. Araştırmada yer alan yayınların seçimine ilişkin akış şeması.

Bulgular

Tablo 1. içeriğinde makalelerin yayınlandığı dergilerin bazı özellikleri sunulmuştur. Makalelerin yayınlandığı dergilerin etki değerlerinin ortanca değeri 2,5, ortalaması 4,03 (± 15) olarak bulunmuştur. İncelenen makalelerin yayınlandığı

dergilerin, %34'ü (n=59) Q₁ kategorisine giren dergilerde, %27,5'i (n=48) Q₂ kategorisine giren dergilerde, %31,6'sı (n=55) Q₃ kategorisine giren dergilerde ve %6,9'u (n=12) Q₄ kategorisine giren dergilerde bulunmaktadır. 3 makalenin Q kategorisi bulunmamaktadır.

Tablo 1. Makalelerin yayınlandığı dergilerin bazı özellikleri (*PubMed* veri tabanı, 2021-2024)

Özellik	Sayı	Yüzde
Derginin etki değeri (n=177)		
Ortalama \pm ss (alt ve üst değer)	4,03 \pm 15,1 (0,3-202,0)	
Ortanca	2,5	
Derginin Q kategorisi (n=174)		
Q ₁	59	34,0
Q ₂	48	27,5
Q ₃	55	31,6
Q ₄	12	6,9
Derginin web sayfasının varlığı (n=177)		
Evet	177	100

Tablo 2. Makalelere ilişkin teknik bazı özellikler (*PubMed* veri tabanı, 2021-2024)

Özellik	Sayı	Yüzde
Makalenin dergi içindeki kategorisi (n=177)		
Orijinal araştırma	123	69,5
Derleme	19	10,7
Perspektif	11	6,2
Editoryal	6	3,4
Yorum	5	2,8
Editöre mektup	4	2,3
Olgu sunumu/serisi	3	1,7
Analiz	3	1,7
Kısa rapor	2	1,1
Yarı deneysel çalışma	1	0,6
Makaleye konu olan araştırmanın tipi (n=123)		
Kesitsel	65	52,8
Tanımlayıcı	17	13,8
Müdahale	13	10,6
Sistematik derleme	12	9,8
Kohort	3	2,5
Karma yöntem	4	3,3
Nitel	2	1,6
Vaka kontrol	1	0,8
Meta analiz	1	0,8
Deneysel	1	0,8
Eleştirel etnografi	1	0,8
Fenomenolojik çalışma	1	0,8
Keşifsel	1	0,8
Yarı deneysel çalışma	1	0,8

Tablo 2. içeriğinde makalelere ilişkin teknik bazı özellikler yer almaktadır. Makalelerin kategorileri arasında orijinal araştırma %69,5 (n=123), derleme %10,7 (n=19), perspektif %6,2 (n=11) en yüksek sıklıkta ilk üç kategoridir. Araştırma makaleleri %52,8 (n=65) ile en yüksek sıklıkta kesitsel türünde araştırmalardan oluşmaktadır.

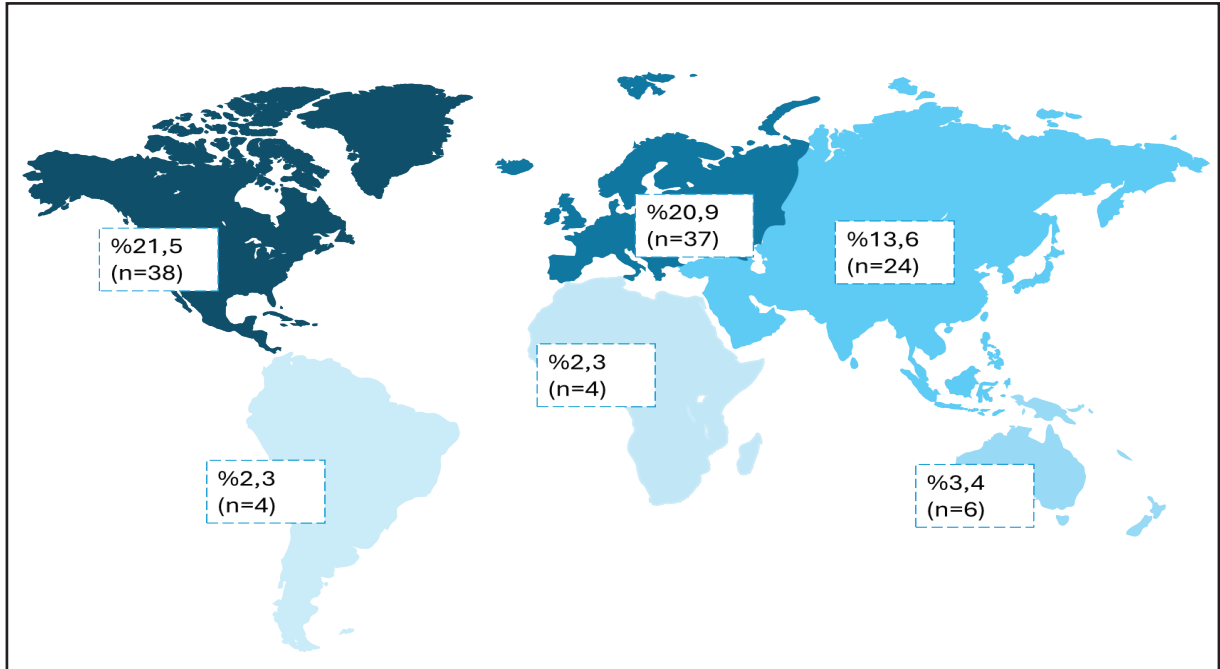
Tablo 3. Makaleye konu olan araştırmaların yapıldığı kıta (PubMed veri tabanı, 2021-2024)

Makaleye konu olan araştırmanın yapıldığı kıta (n=177)		
Herhangi bir bölge ağırlığı yok, genel	64	36,1
Kuzey Amerika	38	21,5
Avrupa	37	20,9
Asya	24	13,5
Avustralya	6	3,4
Güney Amerika	4	2,3
Afrika	4	2,3

Çalışma çevrim içi kaynaklar kullanılarak yürütülmüştür. Kullanılan makaleler açık erişimlidir. Bu nedenle çalışma kapsamında kurum veya kişi ismi kullanılmadığı için herhangi bir kurul ya da etik izin alınmamıştır.

Tablo 3. ve Harita 1. içeriğinde makalelere konu olan araştırmaların yapıldığı kıtalar sunulmuştur. Makalelere konu olan araştırmaların %36,1'i (n=64) herhangi bir bölge ağırlığı bulunmamaktadır. Araştırmaların %21,5'i (n=38) Kuzey Amerika, %20,9'u (n=37) Avrupa, %13,5'i (n=24) Asya, %3,4'ü (n=6) Avustralya, %2,3'ü (n=4) Güney Amerika ve %2,3'ü (n=4) Afrika kıtasında yapılmıştır.

Tablo 4. içeriğinde makalelere konu olan araştırmanın yapıldığı kurum/bölge sunulmuştur. Kurum/bölge bilgisine ulaşılan makaleler arasında kurumlar en sık olarak sırasıyla hastane %44,3 (n=43), üniversite %27,8 (n=27), yaşlı bakım merkezi %12,4 (n=12) ve çevrimiçi %10,3 (n=10) saptanmıştır.



Harita 1. Makalelere konu olan araştırmaların yapıldığı kıtalara göre dağılımı.
Etik konular ve kurumsal izinler

Tablo 4. Makalelere konu olan araştırmanın yapıldığı kurum/bölge (*PubMed* veri tabanı, 2021-2024)

Makaleye konu olan araştırmanın yapıldığı kurum/bölge (n=97)* ^a		
Hastane	43	44,3
Üniversite	27	27,8
Yaşlı bakım merkezi	12	12,4
Çevrimiçi	10	10,3
Veritabanı	7	7,2
Ev	4	4,1
Birinci basamak sağlık hizmetleri (aile sağlığı birimi, toplum sağlığı merkezleri vs.	3	3,1
Fizik tedavi merkezleri	2	2,1
Madde bağımlılığı merkezi ve dernekler	2	2,1

* 80 makalede araştırmanın yapıldığı kurum bilgisi bulunmamaktadır.

^a Yüzde hesaplamaları n=97 makale üzerinden yapılmıştır.

Tablo 5. Makalelerin incelediği sağlık çalışanı grubu ve odaklandıkları yaşlı grupları (*PubMed* veri tabanı, 2021-2024)

Özellik	Sayı	Yüzde
Makalenin incelediği sağlık çalışanı grubu (n=177)		
Birden fazla sağlık çalışanı grubu	94	53,1
Hemşire	40	22,6
Hekim	15	8,5
Diş hekimi	11	6,7
Fizyoterapist	5	2,8
Psikolog	3	1,7
Hasta bakıcı	2	1,1
Eczacı	1	0,5
Diş hijyenisti	1	0,5
Kamu yetkilisi	1	0,5
İhtiyaç değerlendiricisi	1	0,5
Psikoterapist	1	0,5
Mental sağlık profesyoneli	1	0,5
Sağlık alanında kullanılan yapay zekâ	1	0,5
Makalenin odaklandığı yaş grubu (n=177)		
Kategorize edilmemiş yaşlı bireyler (65+)	164	92,6
Yaşlı yaşlı	6	3,4
Orta yaşlı	3	1,7
Genç yaşlı	3	1,7
Süper asırlık	1	0,6

Tablo 5. içeriğinde makalelerin incelediği sağlık çalışanı grubu ve odaklandıkları yaşlı grupları yer almaktadır. Makalelerin incelediği sağlık çalışanı grubu kategorisinde; en fazla birden fazla sağlık çalışanı grubuna %53,1 (n=94) rastlanmıştır. İkinci sıklıkta hemşireler %22,6 (n=40) ve üçün-

cü sıklıkta hekimler %8,5 (n=15) yer almaktadır. Makalelerin %92,6'si (n=164) kategorize edilmemiş yaşlı bireylere odaklanmaktadır. Bunun dışında makalelerin %3,4'ü (n=6) yaşlı yaşlı grubunu, %1,7'si (n=3) orta yaşlıları ya da genç yaşlıları ve %0,6'sı (n=1) süper asırlıkları ele almaktadır.

Tablo 6. Makalelerde yaş temelli ayrımcılıkla ilgili konulara ilişkin bilgiler (PubMed veri tabanı, 2021-2024) (n=177)

Özellik	Sayı	Yüzde
Yaş temelli ayrımcılık konuları*		
Yaş temelli ayrımcılık (ageism)	174	98,3
Ön yargı	108	61,0
Stereotipi	92	52,0
Eşitsizlik	85	48,0
Hakkaniyetli olmayan (inequity)	45	25,4
Makalede yaş temelli ayrımcılığın yapıldığına dair bulgu		
Yok	46	26,0
Var	131	74,0
Yaş temelli ayrımcılığın belirtilen sonuçları*		
Sağlık hizmetine erişimin güçleşmesi	104	58,8
Tedavinin gecikmesi	76	42,9
Rehabilitasyon süreçlerinden yararlanmanın zorlaşması	43	23,3
Korunma yöntemlerinin engellenmesi/ gecikmesi	34	19,2
Herhangi bir ayrımcılık yapılmamıştır	8	4,5
Ayrımcılık yapıldığına dair bilgi bulunmamaktadır	35	19,8

* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Tablo 7. Makalelerde yaş temelli ayrımcılığın önlenebilirliğine ilişkin bilgiler (PubMed veri tabanı, 2021-2024) (n=177)

Özellik	Sayı	Yüzde
Yaş temelli ayrımcılığın önlenebilirliğine ilişkin bilgi		
Var	150	84,7
Yok	27	15,3
Yaş temelli ayrımcılığın önlenmesine yönelik öneriler*		
Eğitim müdahaleleri	112	63,3
Farkındalık çalışmaları	79	44,6
Politika geliştirme	71	40,1
Hukuki düzenlemeler	30	16,9
Etik konulu çalışmalar	19	10,7
Rehber/belge oluşturma	11	6,2
Yaş temelli ayrımcılığın önlenebilirliğinde sorumluluğu olan gruplara ilişkin bilgi*		
Sağlık çalışanının kendisi	107	60,5
Sağlık sistemi	82	46,3
Diğer kurumlar	40	22,6
Yaşlı bireyin çevresi	11	6,2
Yaşlı birey	9	5,1

* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Tablo 6. içeriğinde makalelerde yaş temelli ayrımcılıkla ilgili konulara ilişkin bazı bilgiler yer almaktadır. Makalelerde işlenen yaş temelli ayrımcılık konuları; birinci sırada “ageism” %98,3 (n=174), ikinci sırada “önyargı” %61 (n=108) ve üçüncü sırada “stereotipler” %52 (n=92) bulun-

muştur. Makalelerde yaş temelli ayrımcılığın sonuçları incelendiğinde; en sık sağlık hizmetlerine erişimin güçleşmesi %58,8 (n=104), ikinci sırada tedavinin gecikmesi %42,9 (n=76) ve üçüncü sırada rehabilitasyon süreçlerinden yararlanmanın zorlaşması %23,3 (n=43) saptanmıştır.

Tablo 7. içeriğinde makalelerde yaş temelli ayrımcılığın önlenebilirliğine ilişkin bazı bilgiler yer almaktadır. Yaş temelli ayrımcılığın önlenmesine dair önerilerde; eğitim müdahaleleri %63,3 (n=112), farkındalık çalışmaları %44,6 (n=79), politika geliştirme %40,1 (n=71), hukuki düzenlemeler %16,9 (n=30), etik konulu çalışmalar %10,7 (n=19), rehber/belge oluşturma %6,2 (n=11) bulunmuştur. Yaş temelli ayrımcılığın önlenebilirliğinde sorumluluğu olan gruplarda en sık belirtilen grup sağlık çalışanlarının kendisi %60,5 (n=107), ikinci sırada sağlık sistemi %46,3 (n=82) ve üçüncü sırada diğer kurumlar %22,6 (n=40) olarak bulunmuştur. Bu sorunun cevabı olarak diğer kurumlar; eğitim fakülteleri, tıp fakülteleri, sivil toplum kuruluşları vb. çeşitli kurumları kapsamaktadır.

6. Tartışma

Bu çalışmada, 2021-2024 yılları arasında *Pub-Med* veri tabanında “yaşlı bireylere yönelik yaş temelli ayrımcılık” (ageism) ve “sağlık çalışanları” konusunu ele alan makalelerin sistematik bir şekilde taranması ve incelenmesi amaçlanmıştır. Araştırmanın en önemli bulgularından biri, incelenen makalelerin büyük çoğunluğunda yaş temelli ayrımcılığın yapıldığına dair bilgilerin olmasıdır. Nitekim makalelerin %74’ünde (n=131) sağlık çalışanlarının yaşlı bireylere karşı ayrımcı tutumlar sergilediği veya böyle bir ayrımcılığın *varlığının* rapor edildiği görülmüştür (Tablo 6). Bu sıklık, sağlık hizmeti sunumunda yaş temelli ayrımcılığın dikkate değer bir sorun olduğunu ve üzerinde durulması gerektiğini düşündürmektedir (10).

Yaş temelli ayrımcılığın varlığını bu denli belirginleştiren, *yaş* üzerinden ortaya çıkan ön yargıların ve stereotiplerin sağlık ortamına yansımaları olabilir. İncelenen makalelerin yarısından fazlasında “Ön yargı” ile “*stereotipi*” ve yarıya yakınında “*eşitsizlik*” yaş temelli ayrımcılık ile beraber ele alınmıştır (Tablo 6). Bu kavramlar, sağlık çalışanlarının yaşlı bireylere yönelik “Nasıl olsa yaşlıdır, tedaviden fayda görmez”, “Zaman kaybidir” veya “Birçok kronik hastalığı olduğundan süreci zorlaştırır” şeklindeki genelleme yapan düşüncelerini ve tutumlarını tanımlamaktadır. Henry JD. ve

arkadaşlarının yaptıkları çalışmada yaşlılara atfedilen stereotipik özellikler nedeniyle sağlık çalışanlarının veya sağlık sistemlerinin yaşlı bireylere karşı önyargılara sahip olduğu, bunun da sağlık hizmetinin çeşitli basamaklarında eşitsizliklere yol açtığı birçok çalışmada ortaya konulmuştur (11). Bu bağlamda, yaşlı hastaların klinik karar verme sürecinde arka planda tutulması (12), gereksiz ilaç kesintileri (13), gecikmiş tanı ya da tedavi gibi eşitsizlikler oluşabilmektedir. Özellikle “*Yaşlılar tedavide öncelik almamalı*” veya “*Daha genç, daha verimli nüfus gruplarına kaynak ayrılmalı*” düşüncesi, kıt sağlık kaynaklarının paylaşılmasında açık bir ayrımcılığa yol açabilmektedir (14). Hatırlanacağı üzere, COVID-19’un ilk dönemlerinde birçok ülkede yaşlılar daha sert kısıtlamalara maruz kalmıştır. Literatürde Ayalon (2020) (15) ile Fraser ve Lagacé (2021) (16), bu süreçte yaşlıların “yük” olarak görüldüğünü ve “korunması gereken kırılgan grup” söyleminin onları toplumsal yaşamdan uzaklaştırarak damgalamayı artırdığını vurgulamaktadır. “Yaşlıları koruma” yaklaşımının zamanla ayrımcı bir boyuta evrilebildiğini ve kısa vadeli kriz yönetiminin, yaşlıların uzun vadeli ruhsal ve sosyal gereksinimlerini göz ardı ettiği de literatürde belirtilen konular arasındadır. Yaş temelli ayrımcılığın yalnızca klinik pratikte değil, halk sağlığı önlemlerinde de dikkate alınması gerektiği vurgulanmaktadır (17, 18).

Araştırmada dikkate değer bulgulardan biri de, yaşlı bireylerin tedavisinin gecikmesi veya ertelenmesiyle ilgilidir. İncelenen makalelerin %42,9’unda bu durum açık olarak belirtilmiştir (Tablo 6). Örneğin Kydd ve Fleming, 2015 yılında yaptıkları çalışmada, yaşlı hastalarda kanser tanısı ve tedavisinde gecikme yaşanmasının, “Nasıl olsa yaşlı” şeklindeki genellemelerin klinik kararlara sızmasıyla ilişkili olduğunu saptamıştır (19). Bu gecikmeler, yaşlı bireylerin klinik tablosunun daha ağır seyretmesine, hastaneye daha ileri aşamada başvurmalarına ve dolayısıyla yaşlılarda mortalite ve morbiditenin artmasına yol açabilmektedir. Ayrıca, rehabilitasyon süreçlerinden yararlanmanın güçleşmesi de bir diğer önemli konudur. Yaşlı çoğu hastada birçok alanda düzenli fizik tedavi ihtiyacı söz konusudur. Ancak yaşlı

bireylerde sonuçların beklentiyi karşılamayacağına dair önyargılar sebebiyle kimi zaman uygun rehabilitasyon planları oluşturulmadığı veya planlansa bile uygulanmasında isteksizlik olduğu görülmektedir (20).

Araştırma kapsamında sağlıkta yaş temelli ayrımcılığın en sık saptanan sonucu ise %58,8 ile “sağlık hizmetlerine erişimin güçleşmesi” olmuştur (Tablo 6). Erişim zorluğu, yalnızca hastanelerin fiziksel tasarım eksiklikleri (merdiven, asansör, tekerlekli sandalyeye uygun kapı genişliği vb.) ile sınırlı değildir. Aslında bu durum, uzun bekleme süreleri, ulaşımında zorluk veya yaşlı bireylerin dijital platformlar üzerinden randevu oluşturmakta yetersiz kalabilmeleri gibi çok çeşitli pratik meseleleri içermektedir. Özellikle dijital dönüşümün hızlandığı günümüzde, yaşlıların çevrimiçi randevu sistemlerini kullanmakta güçlük çekmesi, tele-tıp uygulamalarına uyum sağlayamaması gibi nedenler de yaş temelli ayrımcılığın dolaylı tezahürleri arasında sayılabilir (21).

İncelenen makalelerin %84,7’si, yaş temelli ayrımcılığın önlenemez bir sorun olduğu yönünde içeriğe sahiptir (Tablo 7). Bu son derece önemli bir veridir; zira yaş temelli ayrımcılık çoğu zaman “toplumun genel bir gerçeği” olarak görülüp normal kabul edilebilmektedir. Oysa literatür, toplumsal algıların, politikaların ve eğitim sistemlerinin iyileştirilmesiyle yaş temelli ayrımcılığın azaltılabileceğine dair umut verici örnekler sunmaktadır.

Çalışmaya dahil edilen makalelerde yaş temelli ayrımcılığın önlenmesinde sorumlu gösterilen gruplar arasında en büyük pay sağlık çalışanları (%60,5) bulunmuştur (Tablo 7). Bununla birlikte çeşitli çalışmalarda diğer kurumlar (sivil toplum kuruluşları, medya kurumları, vb.), yaşlı bireyin kendisi ve yaşlı bireyin çevresi de yaş temelli ayrımcılığı önlemede rol alması gerekenler olarak gösterilmiştir (22, 23).

Makalelerin önemli bir bölümü Kuzey Amerika, Avrupa ve Asya kaynaklıdır. Bu dağılım, bu bölgelerdeki dergilerin görece daha yüksek etki değerine sahip olmasından ve araştırma fonlarının daha erişilebilir olmasından kaynaklanabilir

(Tablo 3, Harita 1). Bununla birlikte, Afrika, Güney Amerika ve Avustralya kıtalarından da çalışmalar bulunduğu, ageism konusunun küresel bir araştırma başlığı olduğu söylenebilir (24).

Çalışmaların yapıldığı kurum ve bölgeler incelendiğinde, çoğunlukla hastaneler, üniversiteler ve yaşlı bakım merkezlerinde gerçekleştirilen araştırmaların öne çıktığı görülmektedir (Tablo 4). Bunun yanı sıra telefon ve çevrimiçi anketlerle yapılan çalışmalara da rastlanmıştır. Bu, COVID-19 pandemisi döneminde yüz yüze veri toplama süreçlerinin kısıtlanmasıyla da ilişkilendirilebilir. Pandemi, özellikle yaşlı gruplara ulaşmada zorluklar yaratmış, bu nedenle bazı araştırmacılar çevrimiçi platformları tercih etmiş olabilir (25).

Araştırma yapılan yerlerin dağılımı, yaş temelli ayrımcılığın sağlık hizmetinin her düzeyinde (birinci, ikinci ve üçüncü basamak) karşılaşılabilen bir sorun olduğunu ortaya koymaktadır. Araştırmada incelenen makalelerin ağırlıklı olarak hastanelere odaklanmış bulunması diğer sağlık kuruluşlarında yapılan yaş temelli ayrımcılığın yeterince incelenmemiş olması nedeniyle olabilir (26).

Çalışmada yer alan makalelerin önemli bir bölümü Q_1 ya da Q_2 kategorisine giren dergilerde yayınlanmıştır (Tablo 1). Q_1 ya da Q_2 kategorisine giren dergilerdeki makalelerin görece yüksek oluşu, ageism konusunun son yıllarda uluslararası yüksek etki değerine sahip dergilerin de dikkatini çektiğini gösteriyor olabilir. Bu, ageism ve yaşlı hakları konusuna günümüzde daha fazla bilimsel mecraca odaklanılmasından olabilir. Ayrıca, dergilerin ortanca etki değerinin 2,5 olması, bu konunun daha yüksek etki değerine sahip olan dergilerce yeterince destek görmediğini yansıtabilir (Tablo 1) (27).

Araştırma kapsamında taranan makalelerin büyük çoğunluğunun araştırma makalesi olduğu görülmüş, özellikle kesitsel çalışmaların çoğunlukta olduğu saptanmıştır (Tablo 2). Bu tip araştırmaların tercih edilmesinin sebebi yaş temelli ayrımcılığa dair tutumların, inançların ve farkındalık düzeylerinin hızlı ve geniş kapsamlı biçimde saptanması-

nın amaçlanması olabilir. Bunun yanı sıra tanımlayıcı ve özellikle de müdahale çalışmalarının da yer alması, konunun yalnızca mevcut durumunun tespiti ile kalmayıp çözüm yollarına dair girişimler (eğitim, farkındalık çalışmaları vb.) üzerinde de uğraşın olduğunu gösterebilir (28). Diğer taraftan, sistematik derlemeler ve meta analizlerin varlığı, yaş temelli ayrımcılık konusu etrafında bir literatür sentezine olan ihtiyacı karşılamaya yönelik bilimsel çabanın bir göstergesi olabilir. Bu da ageism üzerine yapılan araştırmaların giderek arttığını ve artık olgunlaşmakta olan bir literatürün varlığına işaret edebilir. Nitel ve karma yöntemli çalışmaların mevcudiyeti, yaş temelli ayrımcılığı daha derinlemesine ele almayı, örneğin yaşlıların bakım süreçlerinde yaşadıkları deneyimleri, duygusal tepkileri ve sağlık profesyonellerinin algılarını açığa çıkarmayı kolaylaştırmanın hedeflediğini düşündürebilir (29).

Araştırmanın güçlü yanları bulunmaktadır. Küresel düzeyde yaygın kullanılan bir veri tabanı olan *PubMed* platformunda 2021-2024 yılları arasında yayınlanmış makaleleri kapsamaktadır. Bu dönemin Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ'nün) "Sağlıklı Yaşlanma On Yılı (2021-2030)" yaklaşımının ilk etkilerinin görülmeye başlandığı bir dönem olduğu söylenebilir. Aynı zamanda COVID-19 pandemisinin de güçlü şekilde etkili olduğu yılları içermesi, küresel bir kriz durumunda yaş temelli ayrımcılığın dinamiklerinin incelenmesini mümkün kılmıştır. Makalelerin büyük bölümü, tıp dergileri, psikoloji, gerontoloji, halk sağlığı ve hemşirelik gibi farklı alanlarda yayımlanmış çalışmaları içermektedir. Bu çeşitlilik, yaş temelli ayrımcılığı farklı perspektiflerden inceleme olanağı vermiştir. Çalışmada MeSH terimlerinden yararlanılarak "age discrimination", "ageism", "health personnel", "health worker" gibi odaklanmış anahtar sözcükler kullanılmıştır. Ayrıca aynı ölçek çevirisine dair mükerrer makalelerin seçilmeyip, tek bir tanesinin alınması gibi eleme kriterleri ile daha özgün verilere erişmek hedeflenmiştir. *Araştırmanın bazı kısıtlılıkları da mevcuttur.* Makalelere erişim adına sadece *PubMed* veri tabanı kullanılmıştır. Yaş temelli ayrımcılık konusuna dair çeşitli veri tabanlarında da çok sayıda yayın bulunabilirdi. Bu nedenle araştırma-

nın literatürün tamamını değerlendirme açısından yetersiz kalmış olabilir. Çalışmaya yalnızca İngilizce makaleler dahil edilmiştir. Fransızca, İspanyolca, Almanca veya diğer dillerde yayınlanan çalışmalar araştırmaya dahil edilmemiştir. 2021-2024 yılları dışındaki makaleler çalışmaya dahil edilmediğinden bu çalışma özellikle yaş temelli ayrımcılığın tarihsel evrimini ve önceki yıllarda gelinen aşamaları yansıtmayabilir. Bunların yanı sıra bazı makalelerde, yaş temelli ayrımcılık konusuna sadece değinilip, asıl odaklanılan yönün farklı olması (örneğin "kanser tedavisinde yeni ilaçların etkinliği" vb.) söz konusudur. Bu tür makalelerde yaş temelli ayrımcılık konusu kısıtlı bir başlık altında ele alındığından detaylı analiz yapma imkanı sınırlı kalmış olabilir (30).

Sonuç olarak; yaş temelli ayrımcılık varlığı tespit edilmekle birlikte önlenebilir bir olgu olarak karşımıza çıkmaktadır. Önleme konusundaki öneriler arasında; eğitim ve farkındalık çalışmaları, teknik olarak erişimi kolaylaştıracak modellerin yaygınlaştırılması, interdisipliner çalışmaların geliştirilmesi, araştırmacıların bu konuda bilimsel araştırmalarının çeşit ve içeriklerini geliştirebilmeleri, bilimsel dergilerin yaş temelli ayrımcılığa daha çok yer verebilmek için kapasite ve kaynaklarını artırmaları yer almaktadır.

YAZAR KATKILARI

Fikir geliştirme, kavramsallaştırma: BY, AB, PD, NÇ, MTT, OB, EA, DA

Veri toplama: BY, AB, PD, NÇ, MTT, OB

Veri analizi: BY, AB, PD, NÇ, MTT, OB, EA

Verilerin yorumlanması: BY, AB, PD, NÇ, MTT, OB, EA, DA

Makale yazımı: BY, AB, PD, NÇ, MTT, OB, EA, DA

Makalenin kritik gözden geçirilmesi: DA

Tüm yazarlar nihai makaleyi okumuş ve onaylamıştır.

ÇIKAR BEYANI

Yazarlar bu çalışma ile ilgili herhangi bir çıkar çatışması beyan etmemişlerdir.

FONLAMA

Yazarlar, bu araştırma çalışması için herhangi bir dış fon veya mali destek alınmadığını beyan eder.

KAYNAKLAR

1. Singh S, Bajorek B. Defining ‘elderly’ in clinical practice guidelines for pharmacotherapy. *Pharm Pract (Granada)*. 2014 Oct;12(4):489.
2. Harman D. Aging: overview. *Ann N Y Acad Sci*. 2001 Apr;928:1-21.
3. World Health Organization. Ageing [Internet]. Geneva: World Health Organization; [cited 2025 March 27]. Available from: <https://www.who.int/health-topics/ageing#tab=>
4. OECD/World Health Organization (2020), “Ageing”, in *Health at a Glance: Asia/Pacific 2020: Measuring Progress Towards Universal Health Coverage*, OECD Publishing, Paris.
5. World Health Organization. Decade of healthy ageing: baseline report. Geneva: World Health Organization; 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO [Internet]. [cited 2024 Jan 4]. Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/338677/9789240017900-eng.pdf?sequence=1>
6. World Health Organization. Global report on ageism. Geneva: World Health Organization; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO [Internet]. [cited 2024 Jan 4]. Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/340208/9789240016866-eng.pdf?sequence=1>
7. Buz S. Yaşlı bireylere yönelik yaş ayrımcılığı. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi* 2005;14(53): 268-278.
8. Mihevc Š, Grušovnik Mušič A, Rotar Pavlič D. Educator’s role in preventing ageism. *PLoS One*. 2024 Nov 4;19(11):e0313137.
9. PubMed. About - PubMed. [Internet]. [cited 2024 Jan 4]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/about/>
10. São José JMS, Amado CAF, Ilinca S, Buttigieg SC, Taghizadeh Larsson A. Ageism in health care: a systematic review of operational definitions and inductive conceptualizations. *Gerontologist*. 2019 Mar 14;59(2):e98-e108.
11. Henry JD, Coundouris SP, Nangle MR. Breaking the links between ageism and health: An integrated perspective. *Ageing Res Rev*. 2024 Mar;95:102212.
12. Banerjee D, Rabheru K, de Mendonca Lima CA, Ivbijaro G. Role of Dignity in Mental Healthcare: Impact on Ageism and Human Rights of Older Persons. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2021 Oct;29(10):1000-1008.
13. Karis Allen T, Mayo P, Koshman S, Gray M, Babar A, Sadowski CA. Clinical pharmacists’ knowledge of and attitudes toward older adults. *Pharmacy (Basel)*. 2021 Oct 20;9(4):172.
14. Lippert-Rasmussen K. Cost-effectiveness and the avoidance of discrimination in healthcare: can we have both?. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics* 2023;32(2):202-215.
15. Ayalon L. There is nothing new under the sun: ageism and inter-

generational tension in the age of the COVID-19 outbreak. *International psychogeriatrics* 2020;32(10): 1221-1224.

16. Fraser S, Lagacé M, Bongué B, Ndeye N, Guyot J, Bechard L, Garcia L, Taler V; CCNA Social Inclusion and Stigma Working Group; Adam S, Beaulieu M, Bergeron CD, Boudjemadi V, Desmette D, Donizzetti AR, Éthier S, Garon S, Gillis M, Lefebvre M, Lortie-Lussier M, Marier P, Robitaille A, Sawchuk K, Lafontaine C, Tougas F. Ageism and COVID-19: what does our society’s response say about us? *Age Ageing*. 2020 Aug 24;49(5):692-695.
17. Monahan C, Macdonald J, Lytle A, Apriceno M, Levy SR. COVID-19 and ageism: How positive and negative responses impact older adults and society. *Am Psychol*. 2020 Oct;75(7):887-896.
18. Kang H, Kim H. Ageism and psychological well-being among older adults: a systematic review. *Gerontology & geriatric medicine* 2022;8, 23337214221087023. <https://doi.org/10.1177/23337214221087023>.
19. Kydd A, Fleming A. Ageism and cancer care. *Nurs Stand*. 2015;29(44):44-9.
20. Lloyd A, Kendall M, Carduff E, Cavers D, Kimbell B, Murray SA. Why do older people get less palliative care than younger people? [Internet]. Edinburgh: Primary Palliative Care Research Group, Centre for Population Health Sciences, The Usher Institute of Population Health Sciences and Informatics, The University of Edinburgh; 2015. [cited 2024 Jan 4]. Available from: <https://www.mariecurie.org.uk/globalassets/media/documents/media-centre/2016/04/age-disparities-report.pdf>
21. Lepkowsky CM. Ageism, mentalism, and ableism shape telehealth policy. *The American Journal of Geriatric Psychiatry: official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry* 2023; 31(3): 235–236.
22. Mayo DM, Meuser TM, Robnett RH, Webster ME, Woolard CE. Cross-generational understandings of ageism and its perceived impacts on personal-public health. *J Gerontol Soc Work*. 2022 Oct;65(7):711-727.
23. Fitch MI, Nicoll I, Lockwood G, Strohschein FJ, Newton L. Main challenges in survivorship transitions: Perspectives of older adults with cancer. *J Geriatr Oncol*. 2021 May;12(4):632-640.
24. Fukase Y, Kamide N, Murayama N, et al. The influence of ageism on stereotypical attitudes among allied health students in Japan: a group comparison design. *BMC Med Educ*. 2021 Jan 7;21(1):27.
25. Sixsmith A, Horst BR, Simeonov D, Mihailidis A. Older people’s use of digital technology during the COVID-19 pandemic. *Bull Sci Technol Soc*. 2022 Jun;42(1-2):19-24.
26. Confronting ageism in healthcare. [Internet]. Cedars-Sinai; [date unknown] [cited 2024 Jan 4]. Available from: <https://www.cedars-sinai.org/blog/confronting-ageism-in-healthcare.html>
27. Asan A, Aslan A. Quartile scores of scientific journals: meaning, importance and usage. *Acta Med. Alanya*. 2020;4(1):102-8.
28. Eymard AS, Douglas DH. Ageism among health care providers and interventions to improve their attitudes toward older adults: an integrative review. *J Gerontol Nurs*. 2012 May;38(5):26-35.
29. Nelson TD. The Age of Ageism. *Journal of Social Issues* 2016;72(1):191-198.
30. Pantoja MV, Lozada-Martinez ID. Polypharmacy and therapeutic inertia in extreme longevity: a potential clinical ageism scenario secondary to important gaps in clinical evidence. *J Prev Med Public Health*. 2024 Sep;57(5):508-510.

Pandemi Sürecinin Ağız ve Diş Sağlığı Tutum ve Davranışı Üzerine Etkisi

The Effect of the Pandemic Process on Oral and Dental Health Attitudes and Behavior

Kübra CERAN DEVECİ¹, Yasin CICEK², Abdulsamet TANIK³

ÖZ

Amaç: COVID-19 ile mücadelede yapılan müdahaleler, sosyal izolasyon, karantina ve sokağa çıkma yasakları insanların günlük rutinlerinde ve ruh hallerinde önemli değişikliklere sebep olmuştur. Bu çalışmanın amacı, pandemi sürecinin bireylerin ağız ve diş sağlığı tutum ve davranışlarına olan etkisini incelemektir.

Gereç ve Yöntem: Araştırma 18-60 yaşları arasında 1000 gönüllü ile çevrimiçi anket yoluyla yapıldı. Katılımcıların demografik bilgilerini, COVID-19 salgını esnasında ve öncesinde ağız hijyeni alışkanlıklarını değerlendirmek üzere tasarlanmış, toplam 12 sorudan oluşan anket uygulandı.

Bulgular: Çalışmaya katılanların %62.2'si kadın, %37.8'i erkektir. Katılımcıların verdiği yanıtlara göre, pandemi öncesi bireylerin %49'u günde iki kez dişlerini fırçaladığını bildirirken, pandemi sürecinde günde iki kez fırçalayan bireylerin oranı %52.2'ye yükselmiştir. Diş fırçalama sıklığı cinsiyete göre değerlendirildiğinde, pandemi öncesinde iki kere diş fırçalayanların oranı kadınlarda daha yüksek görülürken pandemi sürecinde iki kere diş fırçalayanların oranı erkeklerde daha fazladır ($p<0.001$).

Sonuç: Çalışmamızın sonuçlarına göre, COVID-19 pandemi sürecinde ağız bakım alışkanlıklarında değişiklikler olduğu görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Ağız ve diş sağlığı, covid 19, pandemi süreci

GİRİŞ

Çin'in Hubei Eyaleti'nin başkenti Wuhan'da 2019 Aralık ayında ortaya çıkan SARS-CoV-2 virüsünün neden olduğu COVID-19 hastalığı Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 11 Mart 2020 tarihinde pandemi olarak ilan edildi (1,2). Aynı gün ülkemizde de resmi olarak ilk vaka bildirildi (3). Hastalık klinik olarak sıklıkla

1. Doktor öğretim üyesi. Harran Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Periodontoloji Anabilim Dalı Şanlıurfa, Türkiye. Email: k_crn@hotmail.com ORCID: 0000 0002 5962 7495

2. Profesör. Adıyaman Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Periodontoloji Anabilim Dalı Adıyaman, Türkiye. Email: yasincicek67@gmail.com ORCID: 0000-0002-8207-8148.

3. Doçent Doktor. Adıyaman Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Periodontoloji Anabilim Dalı Adıyaman, Türkiye. Email: samet.120a@gmail.com ORCID: 0000-0002-4430-2196

Gönderim Tarihi: 02.12.2024 - Kabul Tarihi: 03.12.2025

ABSTRACT

Objective: Interventions in the fight against COVID-19, social isolation, quarantine and curfews have caused significant changes in people's daily routines and moods.. The aim of this study was to examine the impact of the pandemic process on individuals' oral and dental health attitudes and behaviours.

Materials and Methods: The study was conducted through an online survey with 1000 volunteers aged 18-60 years. A questionnaire consisting of a total of 12 questions designed to assess the demographic information of the participants and their oral hygiene habits before and during the COVID-19 pandemic was applied.

Results: Among the participants, 62.2 % were female and 37.8 % were male. According to the responses of the participants, while 49 % of the individuals reported brushing their teeth twice a day before the pandemic, the proportion of individuals brushing twice a day increased to 52.2 % during the pandemic. When the frequency of tooth brushing was evaluated by gender, the proportion of those who brushed their teeth twice a day before the pandemic was higher in women, while the proportion of those who brushed their teeth twice a day during the pandemic was higher in men ($p<0.001$). **Conclusion:** According to the results of our study, changes in oral care habits were observed during the COVID-19 pandemic.

Keywords: Covid 19, oral and dental health, pandemic process

öksürük, boğaz ağrısı ve ateşe yol açmakta; üst ve alt solunumu yolu enfeksiyonları şeklinde seyretmektedir (4). Hastaların önemli bir kısmında spontan iyileşme görülmesine karşın, bir kısmında pulmoner ödem, pnömoni, akut respiratuar distres sendromu, çoklu organ yetmezliği ve septik şok gibi ağır ve ölümcül tablolarla ilerleyebilmektedir (5). COVID-19'un etkeni olan SARS CoV-2 hem direkt temasla (damlacık ve insandan insana) hem de dolaylı temasla (kontamine nesnelere ve hava yoluyla) bulaşabilir. Damlacık yoluyla bulaşma, hasta kişinin solunum yollarından saçılan damlacıkların direkt solunmasıyla; temas yoluyla bulaşma ise, damlacıkların bulaştığı yüzeylere mukoz membranların (oral, nazal ve göz mukozası)

teması sonucunda gerçekleşir. Epidemiyolojik veriler konuşma, öksürme veya hapşırma ile oluşan damlacıkların inhalasyonunun en yaygın bulaşma şekli olduğunu ileri sürmektedir (6). Bu nedenle, TC. Sağlık Bakanlığı Bilim Kurulu Üyeleri'nin önerileri doğrultusunda ülkemizde virüsün yayılmasını önlemek amacıyla sosyal izolasyon, karantina, kapalı ve kalabalık alanlarda yüz maskesi kullanımı zorunluluğu gibi tedbirler alınmıştır (7).

Ağız boşluğu, insan vücuduna açılan birincil kapıdır ve birçok bakteri, mantar ve virüs türünü içeren, bağırsaktan sonra en büyük ve çeşitli mikrobiyotaya sahip bölümdür (8). Oral kavitede bulunan bu çeşitli mikrobiyota, anatomik devamlılık nedeniyle akciğerler için potansiyel bir rezervuar alanıdır. Yapılan birçok mikrobiyolojik çalışma akciğer enfeksiyonuna neden olan mikroorganizmalar ile oral kavitede yaşayan mikroorganizmaların benzer olduğu göstermiştir (9). Ağız hijyeninin kötü olması, birçok mikroorganizmanın birikmesine neden olarak akciğer fonksiyonlarındaki düşüşü hızlandırabilir ve bu da pnömoni insidansını artırabilir (10). COVID-19, ortaya çıkışından itibaren bireylerin hem fiziksel hem de psikolojik sağlığı üzerinde birçok olumsuz etkiye neden olmuştur. Pandemi sürecinde bireylerin günlük rutinleri değişmiş, insan ilişkileri kısıtlanmış ve fiziksel değişikliklerin yanı sıra birçok davranışsal değişiklikler de ortaya çıkmıştır (4). Bildiğimiz kadarıyla pandemi sürecinde bireylerin ağız sağlığı davranışlarının nasıl etkilendiğini inceleyen çalışmalar kısıtlıdır. Bu neden bu çalışma planlanmış ve Covid-19 sürecinde bireylerin ağız bakım ürünlerini kullanma alışkanlıklarındaki değişiklikler ve ağız-diş sağlıklarına verdikleri önemin ne kadar etkilendiği değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın Amacı ve Türü

Araştırma, Ekim-Aralık 2021 tarihleri arasında Adıyaman Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Periodontoloji kliniğine başvuran bireylerin pandemi döneminden önce ve pandemi sürecinde

ağız-diş sağlığı tutum ve davranış düzeylerini belirlemek amacıyla yapılmış kesitsel bir çalışmadır.

Evren ve Örneklem

Çalışmanın evrenini Adıyaman Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Periodontoloji kliniğine başvuran bireyler oluşturdu. Evreni bilinen örneklem formülünden yararlanarak power analizi sonucu %93 güven aralığında etki büyüklüğü 0.098, hata payı 0.05 oranıyla araştırmaya dahil edilecek 1000 birey örnekleme oluşturmaktadır. Araştırmaya katılmaya gönüllü, 18-60 yaşları arasında, okur-yazar, okuduğunu anlayacak ve değerlendirme yapabilecek yetiye sahip, Adıyaman Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Periodontoloji kliniğine başvuran bireyler dahil edilmiştir.

Araştırmanın Veri Toplama Yöntemi

Çalışmada, bireylerin pandemi döneminden önce ve pandemi sürecinde ağız ve diş sağlığı tutum ve davranış düzeylerini belirlemek için 12 sorudan oluşan anket uygulanmıştır. Anket soruları araştırmacılar tarafından hazırlanmış ve ilgili literatür doğrultusunda bir takım modifikasyonlar yapılarak tamamlanmıştır. Anketler internet ortamı üzerinden "Google Anket" uygulaması kullanılarak 1000 kişi tarafından yanıtlanmıştır. Çalışmaya katılan bireylerden anket formlarındaki soruları eksiksiz doldurmaları yaş, cinsiyet ve eğitim durumu bilgilerini içeren kutucukları da işaretlemeleri istenmiştir. Bilgilendirme Google Anket formunun ilk sayfasında yer almaktadır. Bilgilendirme sonrasında anket doldurulmaya devam edildiğinde onam verildiği kabul edilmiştir. Gizliliğin korunması adına anket formlarında isim-soy isim bilgisi yer almamış ve çalışma, Helsinki Deklarasyonu Prensiplerine ve iyi klinik uygulama kılavuzu yönergesine uygun bir şekilde gerçekleştirilmiştir.

Verilerin Analizi

Bu çalışmada elde edilen veriler, elektronik ortamda toplanmış ve sonrasında Google Forms'dan Excel ve SPSS (IBM Corp. Released 2017. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 25.0. Armonk,

NY:IBM Corp.) paket programlarına aktarılarak analiz edilmiştir. Kategorik değişkenler n (%) değeriyle ifade edilmiştir. Bağımsız kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Pearson Ki-kare testi ve Fisher-Freeman-Halton testi, bağımlı kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında McNemar ve McNemar-Bowker testi kullanılmıştır. Sonuçlar yorumlanırken anlamlılık düzeyi olarak 0,05 kullanılmış olup; $p>0,05$ olması durumunda ise anlamlı bir ilişkinin olmadığı kabul edilmiştir.

Araştırmanın Etik Boyutu

Çalışmaya başlamadan önce Adıyaman Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 2021/07-24 numaralı kararı ile 21.09.2021 tarihinde onaylanmıştır. Çalışmanın Covid 19 ile ilgili olması nedeniyle Sağlık Bakanlığı'ndan izin alınmıştır.

BULGULAR

Çalışmaya %62,2'si kadın, %37,8'i erkek olmak üzere 1000 birey katıldı. Katılımcıların demografik özellikleri Tablo 1'de gösterilmektedir.

Tablo 1. Bireylerin demografik özellikleri (Adıyaman,2021)

Değişkenler	n(%)
Cinsiyet	<i>Kadın</i> 622(%62,2)
	<i>Erkek</i> 378(%37,8)
Yaş	<i>18-25</i> 340(%34)
	<i>26-40</i> 428(%42,8)
	<i>41-60</i> 232(%23,2)
Eğitim Düzeyi	<i>İlkokul</i> 138(%13,8)
	<i>Lise</i> 212(%21,2)
	<i>Üniversite</i> 650(%65)

Çalışmaya katılanların %36,6'sı pandemi öncesi dönemde 1 kere diş fırçaladığını, %49'u 2 kere diş fırçaladığını ve 14,4'ü ise nadiren diş fırçaladığını belirtmiştir. Pandemi sürecinde ise katılanların %33,4'ü 1 kere, %52,2'si 2 kere ve %14,4'ü nadiren diş fırçaladığını ifade etmiştir. Çalışmaya

katılanların verdiği yanıtlara göre, pandemi öncesi diş fırçalama ve pandemi sürecinde diş fırçalama sıklıkları arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p=0,003$). Bireylerin diş fırçalama zamanlarına bakıldığında, pandemi öncesi ve pandemi sürecinde anlamlı bir fark yoktur. ($p=0,758$). Çalışmaya katılanların %42'si pandemi öncesi arayüz araçları kullandığını belirtirken, pandemi sürecinde katılanların %41,8'i arayüz araçları kullandığını belirtmiştir. Arayüz araçları kullanımı açısından iki dönem arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p=0,905$). Pandemi öncesi dönemde katılımcıların %15'i gargara kullandığını bildirirken, pandemi sürecinde bu oran %1,9'a düşmüştür. Pandemi öncesi ve sürecinde gargara kullanımı açısından anlamlı bir farklılık vardır ($p<0,001$). (Tablo 2)

Tablo 3 incelendiğinde, pandemi öncesi ve sonrası diş fırçalama sıklıklarının cinsiyetlere göre anlamlı farklılık gösterdiği gösterilmiştir (sırasıyla $p<0,001$, $p<0,001$). Sonuçlara göre kadınların diş fırçalama alışkanlığının daha fazla olduğu görülmektedir. Erkeklerde ise pandemi sürecinde diş fırçalama sıklığında artış yaşandığı görülmektedir. Pandemi öncesi ve sürecinde diş fırçalama zamanlarının da cinsiyetlere göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir (sırasıyla $p<0,001$, $p<0,001$). Diş fırçalama zamanlarına bakıldığında, pandemi öncesi ve sürecinde diş fırçalama zamanlarında yaşlara göre anlamlı farklılık vardır. (sırasıyla $p=0,003$, $p=0,001$).

Tablo 2. Bireylerin pandemi öncesinde ve pandemi sürecinde ağız-diş sağlığı alışkanlıkları (Adıyaman,2021)

		Pandemi Öncesi n(%)	Pandemi Süreci n(%)	P
Diş fırçalama sıklığı	<i>1 kere</i>	366(36,6)	334(33,4)	0,003^a
	<i>2 kere</i>	490(49,0)	522(52,2)	
	<i>Nadiren</i>	144(14,4)	144(14,4)	
Diş fırçalama zamanı	<i>Sabah</i>	244(24,4)	254(25,4)	0,758 ^a
	<i>Akşam</i>	262(26,2)	262(26,2)	
	<i>SabahAkşam</i>	494(49,4)	484(48,4)	
Arayüz kullanımı	Evet	420(42)	418(41,8)	0,905 ^b
	Hayır	580(58)	582(58,2)	
Gargara kullanımı	Evet	150(15)	19(1,9)	<0,001^b
	Hayır	850(85)	981(98,1)	

Değişkenlerin tanımlanmasında n(%) kullanılmıştır. a: Mc-Nemar-Bowker testi, b: Mc-Nemar testi

“Pandemi sürecinde diş fırçalama sıklığımız azaldı mı?” sorusuna verilen cevaplar cinsiyetlere göre farklılık göstermekte olup, kadınların %30,5’inin diş fırçalama sıklığının azalmasına evet dediği, erkeklerin %24,3’ünün diş fırçalama sıklığının azalmasına evet dediği görülmektedir (p=0,034). Verilen yanıtlar yaşlara göre değerlendirildiğinde,

18-25 yaş grubunun %31,2’sinin diş fırçalama sıklığının azalmasına evet dediği, 26-40 yaş grubunun %30,8’inin diş fırçalama sıklığının azalmasına evet dediği ve 41-60 yaş grubunun ise %19’unun diş fırçalama sıklığının azalmasına evet dediği görülmektedir (p=0,002) (Tablo 4).

Tablo 3. Bireylerin pandemi öncesinde ve pandemi sürecinde dış firçalama sıklığının ve zamanının cinsiyet, yaş ve eğitim durumuna göre karşılaştırılması (Adıyaman,2021)

Cinsiyet	Dış firçalama sıklığı(P.ö)			Dış firçalama sıklığı(P.s.)			Dış firçalama zamanı (P.ö.)			Dış firçalama zamanı (P.s.)		
	1 Kere	2 Kere	Nadiren	1 Kere	2 Kere	Nadiren	Sabah	Akşam	Sabah-Akşam	Sabah	Akşam	Sabah-Akşam
Kadın	222(%35,7)	144(%38,1)	48(%7,7)	198(%31,8)	136(%36,0)	58(%9,4)	124(%19,9)	142(%22,8)	356(%57,3)	138(%22,2)	136(%21,9)	348(%55,9)
Erkek	352(%56,6)	138(%36,5)	96(%25,4)	366(%58,8)	156(%41,2)	86(%22,8)	120(%31,7)	120(%31,7)	138(%36,6)	116(%30,7)	126(%33,3)	136(%36,0)
p*	<0,001 ^c			<0,001 ^c			<0,001 ^c			<0,001 ^c		
Yaş												
18-25	98(%28,8)	196(%57,6)	46(%13,5)	96(%28,2)	204(%60)	40(%11,8)	78(%22,9)	72(%21,2)	190(%55,9)	86(%25,3)	68(%20)	186(%54,7)
26-40	160(%37,4)	218(%50,9)	50(%11,7)	148(%34,6)	224(%52,3)	56(%13,1)	104(%24,3)	112(%26,2)	212(%49,5)	108(%25,2)	114(%26,6)	206(%48,1)
41-60	108(%46,6)	76(%32,8)	48(%20,7)	90(%38,8)	94(%40,5)	48(%20,7)	62(%26,7)	78(%33,6)	92(%39,7)	60(%25,9)	80(%34,5)	92(%39,7)
p*	<0,001 ^c			<0,001 ^c			0,003 ^c			0,001 ^c		
Eğitim Durumu												
İlkokul	52(%37,7)	50(%36,2)	36(%26,1)	46(%33,3)	52(%37,7)	40(%29)	46(%33,3)	44(%31,9)	48(%34,8)	40(%29)	48(%34,8)	50(%36,2)
Lise	82(%38,7)	82(%38,7)	48(%22,6)	70(%33)	100(%47,2)	42(%19,8)	68(%32,1)	58(%27,4)	86(%40,6)	60(%28,3)	58(%27,4)	94(%44,3)
Üniversite	232(35,7)	358(%55,1)	60(%9,2)	218(%33,5)	370(%56,9)	62(%9,5)	130(%20)	160(%24,6)	360(%55,4)	154(%23,7)	156(%24)	340(%52,3)
p*	<0,001 ^c			<0,001 ^c			<0,001 ^c			0,006 ^c		

Değişkenlerin tanımlanmasında n(%) kullanılmıştır. c: Ki-kare testi P.ö.:Pandemiden önce P.s.:Pandemi süreci

Tablo 4. Bireylerin pandemi öncesinde ve pandemi sürecinde ağız-diş sağlığı alışkanlıklarının cinsiyet, yaş ve eğitim durumuna göre karşılaştırılması (Adıyaman,2021)

Cinsiyet	Arayüz kullanımı(P.ö.)		Arayüz kullanımı(P.s.)		Gargara (P.ö.)		Gargara (P.s.)		Pandemi sürecinde diş fırçalama sıklığımız azaldı mı?	
	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Kadın	278(%44,7)	344(%55,3)	274(%44,1)	348(%55,9)	88(%14,1)	534(%85,9)	10(%1,6)	612(%98,4)	190(%30,5)	432(%69,5)
Erkek	142(%37,6)	236(%62,4)	144(%38,1)	234(%61,9)	62(%16,4)	316(%83,6)	9(%2,4)	369(%97,6)	92(%24,3)	286(%75,7)
p*	0,027 ^c		0,064		0,333		0,385		0,034 ^c	
Yaş										
18-25	146(%42,9)	194(%57,1)	148(%43,5)	192(%56,5)	58(%17,1)	282(%82,9)	2(%0,6)	338(%99,4)	106(%31,2)	234(%68,8)
26-40	170(%39,7)	258(%60,3)	174(%40,7)	254(%59,3)	56(%13,1)	372(%86,9)	12(%2,8)	416(%97,2)	132(%30,8)	296(%69,2)
41-60	104(%44,8)	128(%55,2)	96(%41,4)	136(%58,6)	36(%15,5)	196(%84,5)	5(%2,2)	227(%97,8)	44(%19)	188(%81)
p*	0,407		0,717		0,300		0,078		0,002	
Eğitim Durumu										
İlkokul	44(%31,9)	94(68,1)	42(%30,4)	96(%69,6)	28(%20,3)	110(%79,7)	1(%0,7)	137(%99,3)	42(%30,4)	96(%69,6)
Lise	76(%35,8)	136(%64,2)	68(%32,1)	144(%67,9)	20(%9,4)	192(%90,6)	3(%1,4)	209(%98,6)	46(%21,7)	166(%78,3)
Üniversite	300(%46,2)	350(%53,8)	308(%47,4)	342(%52,6)	102(%15,7)	548(%84,3)	15(%2,3)	635(97,7)	194(%29,8)	456(%70,2)
p*	0,001 ^c		<0,001 ^c		0,015 ^c		0,483 ^d		0,060 ^c	

Değişkenlerin tanımlanmasında n(%) kullanılmıştır. c: Ki-kare testi d: Fisher-Freeman-Halton testi P.ö.:Pandemiden önce P.s.:Pandemi süreci

TARTIŞMA

COVID-19 pandemisinde; yaşam şartlarının değişmesi, uygulanan sokağa çıkma yasakları ve maske takma zorunluluğu kişilerin ağız hijyen alışkanlıklarının değişmesine neden olmuştur. Yapılan çalışmalarda; pandemi sürecinde evde ağız hijyeni uygulamalarının sıklığının arttığı (11) bildiren çalışmalar olduğu gibi, azalma (12) veya hiçbir değişiklik olmadığını gösteren çalışmalar da mevcuttur. Kötü ağız hijyeni çürüklere ve periodontal hastalıklara neden olmakla kalmaz, aynı zamanda sistemik sağlığı da olumsuz etkiler (13).

Çalışmamız, pandemi sürecinde bireylerin mevcut oral hijyen alışkanlıklarında herhangi bir değişiklik olup olmadığını tespit etmek amacıyla planlanmıştır. Çalışmamıza katılan bireylerin oral hijyen tutumlarına yönelik davranışlarına göre, pandemi öncesi bireylerin %49'u günde iki kez dişlerini fırçaladığını bildirirken, pandemi sürecinde günde iki kez fırçalayan bireylerin oranı %52,2'ye yükselmiştir. Alperen ve ark. çalışmalarında; bireyler pandemi süreciyle birlikte ağız hijyen uygulamalarının arttığını, dişlerini daha düzenli fırçalamaya başladıklarını ve yeni oral hijyen alışkanlıkları edindiklerini ifade ettikleri bildirilmiştir (14).Yapılan başka bir çalışmada, günde 2 kez ve üzeri diş fırçalayan bireylerin dağılımının pandemi döneminde pandemi öncesine göre %41'den %48,4'e yükseldiği bildirilmiştir. Ayrıca çalışmaya katılanların %47'si iyi bir ağız hijyeni sağladıkları takdirde covid-19'a yakalanma riskinin azalacağını düşünmektedir (15). Bireylerin diş fırçalama zamanları incelendiğinde, pandemi öncesi ve sürecinde anlamlı bir farklılık görülmemiştir. Aynı şekilde arayüz temizliği açısından anlamlı bir fark görülmezken, gargara kullanımının pandemi sürecinde azaldığı tespit edilmiştir. Çalışmamız karantina sürecinde ağız bakım alışkanlıklarında olumlu ve olumsuz değişiklikler olan bireylerin olduğunu göstermiştir. Bu dönemde günlük yaşam rutinlerinin değişmesinin ağız bakımı alışkanlıklarını etkilemiş olabilir.

Bireylerin ağız ve diş sağlığına ilişkin tutum ve davranışları cinsiyet, yaş ve eğitim durumlarına

göre değerlendirilmiştir. Erkeklerin kadınlara oranla ağız hijyeninin daha kötü olduğu, plak ve diş taşı seviyelerinin daha yüksek olduğu literatürde sıklıkla bildirilmiştir (16). Bizim çalışma bulgularımızda pandemi öncesinde iki kere diş fırçalayanların oranı kadınlarda daha yüksek görülürken pandemi sürecinde iki kere diş fırçalayanların oranı erkeklerde daha fazladır. Kadınların, erkeklere kıyasla öz bakım ve sağlık alanlarına daha fazla ilgi gösterdiği bilinmektedir. Ancak Covid-19 pandemisinde insanlar normal davranışlarından çok farklı davranışlar sergileyebilmektedir. Stres ve diğer faktörler, insanların öz bakım ihtiyaçlarını algılama biçimlerini ve buna bağlı olarak günlük rutinlerini gerçekleştirme motivasyonlarını etkileyebilir (17,18). Kadınların erkeklere göre daha yüksek depresyon riski altında olduğu, strese ve travma sonrası stres bozukluğuna karşı da erkeklere göre daha savunmasız olduğu bildirilmiştir (19). Bu bilgilere dayanarak pandemi sürecinde kadınlarda diş fırçalamanın azalmasının nedeni korku, kaygı, stres gibi psikolojik etkilere bağlı olabilir. Pandemi öncesi ve sürecinde kadınlarda sabah-akşam diş fırçalama alışkanlıklarının daha fazla olduğu görülmektedir. Diş fırçalama alışkanlığının yaş gruplarına göre dağılımı incelendiğinde 2 kere fırçalayanların oranı hem pandemi öncesinde hem de pandemi sürecinde 18-25 yaş grubunda daha yüksektir. Her iki süreçte de bireylerin yaşı arttıkça diş fırçalama sıklığında azalma olduğu görülmektedir. Yapılan çalışmalarda da yaşlıların ağız ve diş sağlığı konusundaki bilgi düzeyinin yetersiz olduğu ve çoğu yaşlı bireyin diş ipi ve diş fırçası gibi oral hijyen araçlarını kullanmadığı gösterilmiştir (20).

Eğitim düzeyi ile ağız ve diş sağlığı bilgisi ve davranışı arasında bir ilişki olduğu bilinmektedir (21). Eğitim düzeyi arttıkça bireylerin ağız ve diş sağlığı konusundaki bilgi ve farkındalıkları artmaktadır (22). Benzer şekilde bizim çalışmamızda da eğitim düzeyi arttıkça hem pandemi öncesi dönemde hem de pandemi sürecinde diş fırçalama sıklığının daha fazla olduğu görülmektedir.

Ağız gargaraları, sıklıkla mikrobiyal yükü azaltmak amacıyla kullanılan antiseptik ajanlardır.

Yapılan çalışmalarda, gargara kullanımının SARS-CoV-2 yayılma riskini azaltmaya yardımcı olabileceğini göstermiştir (23). 2020 yılında Keleş ve ark. (11) tarafından 18 yaş üzeri 1010 gönüllü ile yaptıkları çalışmada, katılımcıların %29'unun ağız gargarası kullanım sıklığının arttığını, %8'inin ağız gargarası kullanım sıklığının azaldığını tespit etmişlerdir. Bizim çalışmamızda ise pandemi öncesi dönemde bireylerin %15'i gargara kullandığını belirtirken, pandemi sürecinde %1,9'dur. Bulgularımız Keleş ve ark. çalışmasının aksine pandemi sürecinde gargara kullanımının anlamlı bir şekilde azaldığını göstermektedir.

Çalışma bulgularımıza göre "Pandemi sürecinde diş fırçalama sıklığınız azaldı mı?" sorusuna kadınların %30,5'ı evet derken erkeklerde bu oran %24,3'tür. Genel olarak COVID-19 hakkında daha bilgili ve önleyici tedbirlere karşı kadınların daha iyi bir uyum sergiledikleri bildirilse de çalışmamızın bulguları pandemi sürecinde kadınlarda diş fırçalama sıklığında azalma olduğunu göstermektedir (24,25).

Çalışmamızda bazı önemli limitasyonlar vardır. İlk olarak, bu çalışma Ekim-Aralık 2021 arasında yapılmıştır. Bu zaman aralığında pandeminin seyrinin değişken olması, çalışmanın en başında ve en sonunda anketlere verilen cevapları etkileyerek farklı sonuçlar elde etmemize neden olmuş olabilir. Başka limitasyonlar ise, katılımcıların COVID-19 geçirip geçirmediği bilgisinin olmaması ve ağız sağlığı davranışlarında görülen değişikliklerin nedenlerinin incelenmemesi sayılabilir.

SONUÇ

Çalışmamızın sonuçları, pandemi sürecinde bireylerin ağız ve diş sağlığı alışkanlıklarında değişikliklerin olduğunu göstermiştir. Pandemi sürecinde yaşanan korku, kaygı, stres gibi psikolojik faktörlerin, bireylerin günlük davranışlarını etkileyerek değişikliklere neden olmuş olabileceğini düşünmekteyiz. Ağız sağlığı ile genel sağlık arasındaki ilişkiyi göz önünde bulundurarak, bu etkilerin farkında olunmalı ve bireyler ağız ve diş sağlığının korunması,

geliştirilmesi konusunda bilinçlendirilmelidir.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması beyan etmemişlerdir.

Finansal Destek: Yazarlar finansal destek beyan etmemişlerdir.

KAYNAKLAR

1. Zhu N, Zhang D, Wang W, et al. A Novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. *N Engl J Med.* 2020;382(8):727-33.
2. Organization WH. Coronavirus disease 2019 (COVID-19): situation report, 67. 2020
3. <https://www.saglik.gov.tr/TR,64383/koronavirus-alacagimiz-tedbirlerden-guclu-degildir.html>
4. Zhou P, Yang XL, Wang XG, et al. A pneumonia outbreak associated with a new coronavirus of probable bat origin. *Nature.* 2020;579(7798):270-3.
5. Chen N, Zhou M, Dong X, et al. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. *Lancet.* 2020;395(10223):507-13
6. Wiersinga WJ, Rhodes A, Cheng AC, Peacock SJ, Prescott HC. Pathophysiology, transmission, diagnosis, and treatment of coronavirus disease 2019 (COVID-19): A review. *JAMA.* 2020;324(8):782-93
7. Güner, H. R., Hasanoğlu, İ., & Aktaş, F. (2020). COVID-19: Prevention and control measures in community. *Turkish Journal of medical sciences*, 50(9), 571-577.
8. Dewhurst FE, Chen T, Izard J, et al. The human oral microbiome. *J Bacteriol.* 2010;192(19):5002-17.
9. Tanik A, Demirci F, Doğan M, Doğru A. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve periodontal hastalık ilişkisi. *Dicle Tıp Dergisi.* 2015;42(2):274-8.
10. Kumar PS. From focal sepsis to periodontal medicine: a century of exploring the role of the oral microbiome in systemic disease. *J Physiol.* 2017;595(2):465-76.
11. Keleş ZH, Sancaklı HS. Evaluation of knowledge, attitude and behaviour on oral health through COVID-19 pandemic. *Meandros Med Dent J.* 2020;21(3):222-31.
12. Brondani B, Knorst JK, Tomazoni F, et al. Effect of the COVID-19 pandemic on behavioural and psychosocial factors related to oral health in adolescents: a cohort study. *Int J Paediatr Dent.* 2021;31(4):539-46
13. Lee YJ, Kang MI, Kim MG, et al. Analysis of influence on oral health behavior after wearing a mask due to COVID-19. *Annals of R.S.C.B.* 2021;5(6):13124-35.
14. Alperen E. COVID-19 Pandemisi Sürecinde Bireylerin Dental İşlemlere Yönelik Tutumlarının Demografik Değişkenler Açısından İncelenmesi. (Uzmanlık Tezi). Abant İzzet Baysal Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Bolu.2020.
15. Karaaslan F, Dikilitas A. The effect of coronavirus disease

2019 pandemic on oral health behavior of Turkish society. *J Oral Health Oral Epidemiol.* 2020;9(4):187-95.

16. Abu-Gharbieh E, Saddik B, El-Faramawi M, Hamidi S, Bashedi M. Oral Health Knowledge and Behavior among Adults in the United Arab Emirates. *Biomed Res Int.* 2019;2019:7568679.

17. Cori L, Bianchi F, Cadum E, Anthonj J. Risk Perception and COVID19. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(9):3114.

18. Xiang YT, Yang Y, Li W, et al. Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *Lancet Psychiatry.* 2020;7(3):228-9.

19. Lim GY, Tam WW, Lu Y, Ho CS, Zhang MW, Ho RC. Prevalence of depression in the community from 30 countries between 1994 and 2014. *Sci Rep.* 2018;12(1):2861

20. Razak PA, Richard KMJ, Thankachan RP, Hafiz KAA, Kumar KN, Sameer KM. Geriatric oral health: a review article. *J Int Oral Health.* 2014;6(6):110-6.

21. Toraman A, Karaçam K. COVID-19 pandemi sürecinde korku, sağlık kaygısı ve diş sağlığı bilgi düzeyleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. *Selcuk Dental Journal.* 2021;9(3):738-45.

22. Yılmaz C, Uygun LA. Covid-19 salgın döneminde ağız hijyen ürünlerinin kullanım alışkanlıklarının değerlendirilmesi. *Kocatepe Tıp Dergisi* 2023;24(4):433-42.

23. Vergara-Buenaventura A, Castro-Ruiz C. Use of mouthwashes against COVID-19 in dentistry. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2020;58(8):924-7.

24. Qutob N, Awartani F. Knowledge, attitudes and practices (KAP) towards COVID-19 among Palestinians during the COVID-19 outbreak: A cross-sectional survey. *PLoS ONE.* 16(1): e0244925.

25. Hezima A, Aljafari A, Aljafari A, Mohammad A, Adel I. Knowledge, attitudes, and practices of Sudanese residents towards COVID-19. *East Mediterr Health J.* 2020;26(6):646-51.

Kadınların Beden Memnuniyetsizliği, Yeme Bozukluğu Eğilimi ve Akdeniz Diyetine Uyumu Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Evaluation of the Relationship Between Body Dissatisfaction, Eating Disorder Tendency and Adherence to Mediterranean Diet in Women

Kezban ŞAHİN DEMİRCİ¹, Hacı Ömer YILMAZ²

ÖZ

Amaç: Bu çalışmada kadınların beden memnuniyetsizliği, yeme bozukluğu eğilimi ve Akdeniz diyetine uyumu arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Tanımlayıcı ve kesitsel türdeki bu çalışmaya 203 kadın katılmıştır. Araştırma anketinde tanıttıcı bilgi formu, Stunkard Vücut Derecelendirme Ölçeği, Akdeniz Diyeti Bağlılık Ölçeği ve REZZY Yeme Bozuklukları Ölçeği kullanılmıştır.

Bulgular: Kadınların ortalama yaşı 27±8 yıl ve beden memnuniyetsizlik oranı %20,2'dir. Beden memnuniyetsizliği olan kadınların ortalama REZZY Yeme Bozuklukları Ölçek skoru ve beden kütle indeksi, beden memnuniyeti olanlardan daha yüksektir ($p<0,05$). Akdeniz diyetine bağlılık düzeyi ise beden memnuniyet durumuna göre farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Ayrıca, beden memnuniyetsizliğinin yeme bozukluğu riskini anlamlı olarak 2,62 (GA: 1,30-5,28) kat artırdığı görülmüştür. Ancak beden kütle indeksi, yeme bozukluğunu etkileyen bağımsız bir faktör olarak değerlendirildiğinde beden memnuniyetsizliğinin yeme bozukluğu riski üzerindeki etkisinin azaldığı (Odds ratio: 1,89, $p>0,05$) saptanmıştır.

Sonuç: Kadınların beden memnuniyetsizlik durumu, artmış yeme bozukluğu riski ve vücut ağırlığıyla ilişkilidir. Ancak beden memnuniyet durumuna göre Akdeniz diyetine uyumları farklılık göstermemektedir. Olası mekanizmaların açıklanabilmesi için daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Akdeniz diyeti, beden kütle indeksi, beden memnuniyetsizliği, yeme bozukluğu, kadın

ABSTRACT

Aim: The aim of this study was to evaluate the relationship between body dissatisfaction, eating disorders and adherence to the Mediterranean diet in women.

Method: In this descriptive and cross-sectional study, 203 women participated. Descriptive information form, Stunkard Body Rating Scale, Mediterranean Diet Adherence Scale and REZZY Eating Disorders Scale were used in the research questionnaire.

Results: The mean age of the women was 27±8 years and the rate of body dissatisfaction was 20.2%. The mean REZZY Eating Disorders Scale score and body mass index of women with body dissatisfaction were higher than those with body satisfaction ($p<0.05$). The level of adherence to the Mediterranean diet did not differ according to body satisfaction status ($p>0.05$). In addition, body dissatisfaction significantly increased the risk of eating disorders by 2.62 (CI: 1.30-5.28) times, but the effect of body dissatisfaction decreased when body mass index was considered as a factor (Odds ratio: 1.89, $p>0.05$).

Conclusion: Body dissatisfaction status of women is associated with increased risk of eating disorders and body weight. However, adherence to the Mediterranean diet did not differ according to body satisfaction status. Further research is needed to explain possible mechanisms.

Keywords: Mediterranean diet, body mass index, body dissatisfaction, eating disorder, woman

Giriş

Beden imajı; bireyin kendi bedenine ilişkin algısı ile olumlu veya olumsuz duygu ve düşüncelerinin tamamını ifade etmektedir. Beden memnuniyetsizliği ise olumsuz beden imajı olarak tanımlanmaktadır (1). Sosyal medya

etkileşimleri, yaş, kadın cinsiyet, beden kütle indeksi (BKİ) düzeyinin artması gibi faktörler, beden memnuniyet düzeyini etkilemektedir (2, 3). Ek olarak, fiziksel görünüme verilen önem düzeyi ve sosyal medya kullanım yaygınlığı gibi faktörler göz önünde bulundurulduğunda özellikle kadınlar, erkeklere göre daha düşük beden memnuniyeti riski ile karşı karşıyadır (4).

Beden memnuniyetsizliği, bireylerin besin seçimlerini ve beslenme alışkanlıklarını olumsuz yönde etkileyebilmektedir (5). Ancak konu ile ilgili yapılan çalışmalarda çelişkili sonuçlar elde edilmiş olup beden memnuniyeti ve diyet kalitesi

1-Arş.Gör., Bandırma Onyediy Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Balıkesir, Türkiye

E-posta: ksahin@bandirma.edu.tr

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9278-9130>

2- Doç.Dr. Bandırma Onyediy Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Balıkesir, Türkiye.

E-posta: haciyilmaz@bandirma.edu.tr

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4597-7758>

Gönderim Tarihi:06.09.2024 - Kabul Tarihi: 03.12.2025

arasındaki ilişki net olarak ortaya konulmamıştır (6, 7). Meadows ve ark. yüksek miktarda doymuş yağ ve basit şeker içeren besinlerin tüketimi ile beden memnuniyetsizliği arasında pozitif ilişki olduğunu rapor etmiştir (8). Carrard ve ark. bedeninden memnun olmayan kadınların kahvaltı öğününü atlama oranının daha yüksek, meyve ve tam tahıllı ürün tüketiminin ise daha düşük olduğunu saptamış ancak bu durumun diyet kalitesini olumsuz yönde etkilemediğini bildirmiştir (6). İsviçre’de yapılan bir araştırmada ise beden memnuniyetsizliği, daha düşük karbonhidrat ve posa alımı ile ilişkilendirilmiş ve diyet kalitesini olumsuz yönde etkileyen bir faktör olarak değerlendirilmiştir (7).

Son yıllarda artan sayıda bilimsel kanıta göre beden memnuniyet düzeyinin; tıknırcasına yeme, kısıtlayıcı yeme davranışı, sağlıklı beslenme takıntısı gibi yeme davranışı bozukluklarının temel risk faktörlerinden biri olabileceği varsayılmaktadır (2, 9). Bununla birlikte tüm bu ilişkilerin çift yönlü olabileceği; sağlıksız beslenme davranışları, düşük diyet kalitesi ve yeme davranışı bozukluklarının da beden memnuniyetsizliğine neden olabileceği vurgulanmaktadır (10). Ancak bu konuda planlanmış ve yürütülmüş çalışma sayısı oldukça kısıtlıdır. Literatürdeki belirlenen boşluk doğrultusunda bu araştırmada; kadınların beden memnuniyetsizliği, yeme bozukluğu eğilimi ve Akdeniz diyetine uyumu arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Tanımlayıcı-kesitsel tasarımdaki bu araştırma, Haziran-Ekim 2024 tarihleri arasında 19 yaş ve üzerindeki kadınlar ile yürütülmüştür. Araştırmada basit rastgele örneklem seçim metodu kullanılmıştır. Örneklem sayısı G*Power 3.1.9.7 aracılığıyla %90 güç ve $\alpha=0,05$ anlamlılık düzeyi ile en az 199 olarak belirlenmiş ve araştırma 203 kadın katılımcı ile tamamlanmıştır (11-13). Verilerin toplanması amacıyla oluşturulan anket formu, sosyal medya araçları (Telegram, Twitter, Instagram vb.) ile kadınlara ulaştırılmış ve veriler çevrimiçi olarak toplanmıştır. Araştırmaya çevrimiçi erişime sahip olan ve çalışmaya katılmayı kabul eden kadınlar dahil edilmiş; 19

yaşın altında olan, hekim tarafından herhangi bir yeme bozukluğu tanısı alan kadınlar ise çalışmadan dışlanmıştır. Bireylerin birden fazla kez yanıt vermesini engellemek amacıyla Google üzerinden oturum açma seçeneği aktif edilmiştir.

Araştırma için T.C. Bandırma Onyedü Eylül Üniversitesi Rektörlüğü Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulundan 05/06/2024-798 tarihli ve sayılı etik kurul onayı alınmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul eden bireylerden Helsinki Deklarasyonuna uygun olarak online anket formunun başlangıcında çalışmaya katılmaya gönüllü olduklarına dair onam alınmıştır.

Veri Toplama Araçları

Araştırmaya katılan kadınlara uygulanan online anket formu; tanıtıcı bilgi formu, antropometrik ölçümler ve genel beslenme alışkanlıkları, Stunkard Vücut Derecelendirme Ölçeği, Akdeniz Diyetine Bağlılık Ölçeği (MEDAS) ve REZZY Yeme Bozuklukları Ölçeği olmak üzere beş bölümden oluşmaktadır. Bu bölümlere ek olarak anket formunun ilk bölümünde kadınlara araştırmanın amacı ve kapsamı hakkında ayrıntılı bilgi verilmiştir.

Tanıtıcı Bilgi Formu

Veri toplama formunun bu bölümünde kadınların yaş, öğrenim durumu, meslek, aylık geliri ve çalışma durumuna dair sorular yer almaktadır.

Antropometrik Ölçümler ve Genel Beslenme Alışkanlıkları

Kadınların vücut ağırlığı (kg) ve boy uzunluğu (cm) beyana dayalı olarak alınmıştır. Vücut ağırlığının (kg) boy uzunluğunun metre cinsinden karesine (m²) bölünmesi ile BKİ hesaplanmıştır. Elde edilen verilere göre bireyler, Dünya Sağlık Örgütü’nün BKİ referans değerlerine göre (<18,5 kg/m² “zayıf”; 18,5-24,9 kg/m² “normal”, 25,0-29,9 kg/m² “fazla kilolu/hafif şişman” ve $\geq 30,0$ kg/m² “obez”) sınıflandırılmıştır (14). Ek olarak anket formunun bu bölümünde kadınların bazı beslenme alışkanlıkları (ara ve ana öğün tüketme durumları vb.) sorgulanmıştır.

Stunkard Vücut Derecelendirme Ölçeği

Kadınların beden memnuniyetsizliği, Stunkard Vücut Derecelendirme Ölçeği ile değerlendirilmiştir. Ölçekte, bireylerin şu anki ve ideal olarak algılanan vücut figürleri arasında seçim yapabilecekleri, aşırı zayıflıktan obez olmaya kadar her iki cinsiyet için ayrı ayrı dokuz figür yer almaktadır. Bu araştırmada yalnızca kadınlara yönelik olan figür kullanılmıştır. Beden memnuniyetsizliği puanı, ideal vücut figürü puanı ile vücut figürü puanı arasındaki fark ile belirlenmektedir. Elde edilen 0 ve 1 puan beden memnuniyeti, >1 puan ise beden memnuniyetsizliği olarak tanımlanmaktadır (15).

Akdeniz Diyeti Bağlılık Ölçeği

Kadınların Akdeniz diyetine bağlılık düzeyi, Akdeniz Diyeti Bağlılık Ölçeği (MEDAS; Mediterranean Diet Adherence Screener) ile değerlendirilmiştir. Martínez-González ve ark. tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçeye uyarlanması, geçerlik ve güvenilirlik çalışması Pehlivanoğlu ve ark. tarafından yapılmıştır (16, 17). Ölçek 14 sorudan oluşmakta; bireylerin yemeklerinde kullandıkları temel yağ çeşidi, günlük tükettikleri zeytinyağı, meyve ve sebze, margarin-tereyağı, kırmızı et, şekerli içecek miktarlarını sorgulayan ve haftalık olarak tüketilen şarap, kuru baklagiller, balık-deniz ürünleri, sert kabuklu yemişler, şeker ve basit karbonhidrat ve beyaz etin kırmızı ete ne oranla tercih edildiğini sorgulan soruları içermektedir. Ölçek puanı; tüketim miktarına göre sorulan her soru için 1 veya 0 puan şeklinde değerlendirilmektedir, hesaplanan toplam puan ≥ 7 ise kabul edilebilir derecede Akdeniz diyetine uyum, toplam puan ≥ 9 ise yüksek derecede Akdeniz diyetine uyumlu şekilde değerlendirme yapılmaktadır (16).

REZZY Yeme Bozuklukları Ölçeği

Morgan ve ark. tarafından geliştirilen REZZY Yeme Bozuklukları Ölçeği, yeme bozuklukları riskinin taramasında kullanılan beş soruluk bir ölçektir (18). Ölçeğin Türk toplumu için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Aydemir ve ark. tarafından yapılmıştır (19). Ölçekte yeme kontrolü, yediklerini çıkarma durumu ve beden

memnuniyetsizliği sorgulanmaktadır. Evet cevabı verilen her madde 1 puan olacak şekilde, ölçekten 0 ile 5 puan alınabilmektedir ve 2 ve fazla puan yeme bozukluğu riski ile ilişkilendirilmektedir (19).

Verilerin Değerlendirilmesi*

Çalışma verilerin değerlendirilmesinde SPSS 25.0 paket programı kullanılmıştır. Veriler, sayı (n) yüzde (%), ortalama (\bar{X}) ve standart sapma (SD) şeklinde gösterilmiştir. Bağımsız iki grubun karşılaştırılmasında Independent Samples T testi ve kategorik değişkenler arasında anlamlı farklılık Ki-Kare testi ile belirlenmiştir. Sürekli nicel verilerin korelasyonu Pearson Korelasyon testi kullanılarak değerlendirilmiştir. Kadınlarda beden memnuniyetsizliğinin yeme bozukluğu gelişim riski üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi amacıyla İkili Lojistik Regresyon Analizi uygulanmıştır. Tüm istatistiksel testlerde güven aralığı %95,0 ve istatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Bulgular

Araştırmaya katılan kadınların sosyodemografik özellikleri ve genel beslenme alışkanlıklarına ilişkin bilgiler Tablo 1’de verilmiştir. Araştırmaya katılan kadınların beden memnuniyetsizlik oranı %20,2, yaş ortalaması 27 ± 8 yıldır. Beden memnuniyeti olan ve olmayan kadınlar arasında yaş grubu açısından anlamlı farklılık vardır. Bu farklılık, daha genç yaşta olan kadınların beden memnuniyeti oranının daha yüksek olması yönündedir ($p < 0,05$). Ek olarak kadınların çoğunluğunun lise ve altı öğrenim düzeyinde olduğu, %66,5’inin çalışmadığı ve %52,2’sinin gelirinin giderine eşit olduğu belirlenmiştir. Genel beslenme alışkanlıklarına göre ise kadınların %66,0’sı iki ana öğün, %49,2’si bir ara öğün tüketmektedir. En sık atlanan ana öğün öğle öğünü (%55,2) iken en sık atlanan ara öğün kuşluk ara öğünüdür (%40,4). Beden memnuniyeti olan gruptaki kadınların üç ana öğün tüketme oranı, diğer gruptan anlamlı derecede daha yüksektir ($p < 0,05$).

Tablo 1. Çevrimiçi anket, 2024; Kadınların sosyodemografik özellikleri ve genel beslenme alışkanlıkları, Balıkesir 2024

Sosyodemografik özellikler	Beden memnuniyeti (+) (n:162, %79,8)		Beden memnuniyeti (-) (n:41, %20,2)		Toplam (n:203)		p
	n	%	n	%	n	%	
Yaş grubu (yıl)							
19-25	104	64,2	17	41,5	121	59,6	0,008*
26-45	58	35,8	24	58,5	82	40,4	
Eğitim düzeyi							
Lise ve altı	79	48,8	19	46,3	98	48,3	0,962
Lisans	68	42,0	18	43,9	86	42,4	
Lisansüstü	15	9,2	4	9,8	19	9,4	
Çalışma durumu							
Çalışmıyor	111	68,5	24	58,5	135	66,5	0,226
Çalışıyor	51	31,5	17	41,5	68	33,5	
Gelir durumu							
Geliri giderinden az	48	29,6	11	26,8	59	29,1	0,825
Geliri giderine eşit	85	52,5	21	51,2	106	52,2	
Geliri giderinden fazla	29	17,9	9	22,0	38	18,7	
Tüketilen ana öğün sayısı							
1	2	1,2	4	9,8	6	3,0	0,009*
2	106	65,4	28	68,2	134	66,0	
3	54	33,4	9	22,0	63	31,0	
Ana öğün atlama durumu							
Atlamam	24	14,8	3	7,3	27	13,3	0,509
Kahvaltı	39	24,1	13	31,7	52	25,6	
Öğle	90	55,6	22	53,7	112	55,2	
Akşam	6	5,6	3	7,3	12	5,9	
Tüketilen ara öğün sayısı							
1	80	49,4	21	51,2	101	49,8	0,206
2	71	43,8	14	34,1	85	41,9	
3	11	6,8	6	14,6	17	8,4	
Ara öğün atlama durumu							
Atlamam	14	8,6	4	9,8	18	8,9	0,260
Kuşluk	71	43,8	11	26,8	82	40,4	
İkindi	30	18,5	110	24,4	40	19,7	
Gece	47	29,0	16	39,0	63	31,0	

* $p < 0,05$.

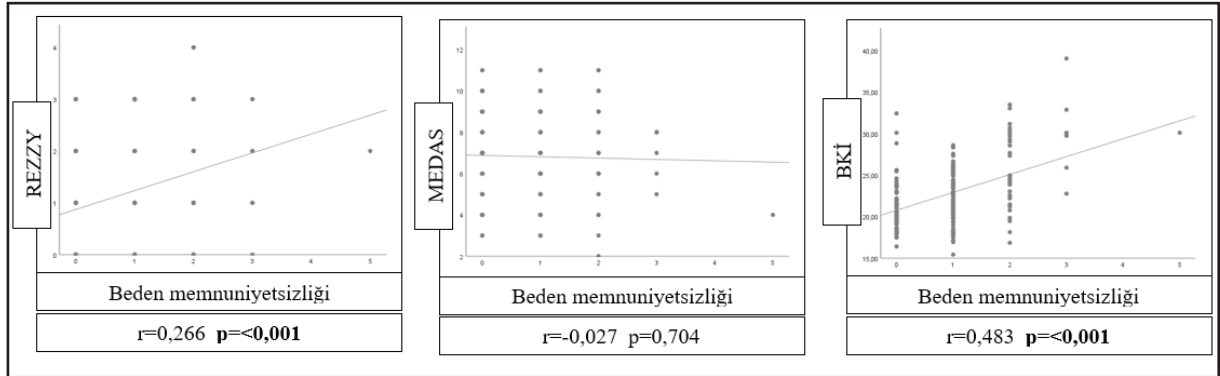
Kadınların beden memnuniyetine göre yeme bozukluğu riski, Akdeniz diyetine bağlılık düzeyi ve BKİ değerleri Tablo 2’de verilmiştir. Bedeninden memnun olmayan kadınların %56,1’inde, bedeninden memnun olan kadınların ise %32,7’sinde yeme bozukluğu riski vardır ($p < 0,05$). Beden memnuniyetsizliği olan kadınların REZZY skoru ($1,85 \pm 1,23$) ve BKİ’si ($26,11 \pm 4,79$ kg/m^2), bedeninden memnun olanların REZZY skoru ($1,04 \pm 1,08$) ve BKİ’sinden ($21,86 \pm 2,92$

kg/m^2) istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir ($p < 0,001$). Ek olarak beden memnuniyeti varlığına göre Akdeniz diyetine bağlılık düzeyi ve toplam MEDAS skoru arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p > 0,05$).

Tablo 2. Çevrimiçi anket, 2024; Kadınların beden memnuniyetine göre yeme bozukluğu, Akdeniz diyetine bağlılık düzeyi ve BKİ kategorizasyonu, Balıkesir 2024

REZZY ve MEDAS Skorları	Beden memnuniyeti (+)		Beden memnuniyeti (-)		Toplam		p
	n	%	n	%	n	%	
Yeme bozukluğu riski							
Yok	109	67,3	18	43,9	127	62,6	0,006 ^a
Var	53	32,7	23	56,1	76	37,4	
REZZY skoru ($\bar{X}\pm SD$)	1,04±1,08		1,85±1,23		1,20±1,15		<0,001 ^b
Akdeniz diyetine bağlılık düzeyi							
Düşük	78	48,1	19	46,3	97	47,8	0,903 ^a
Orta	46	28,4	11	26,8	57	28,1	
Yüksek	38	23,5	11	26,8	49	24,1	
MEDAS skoru ($\bar{X}\pm SD$)	6,78±2,02		6,98±2,19		6,82±2,05		0,584 ^b
BKİ kategorizasyonu							
Zayıf	21	13,0	2	4,9	23	11,3	<0,001 ^a
Normal	115	71,0	20	48,8	135	66,5	
Fazla kilolu	24	14,8	8	19,5	32	15,8	
Obez	2	1,2	11	26,8	13	6,4	
BKİ ($\bar{X}\pm SD$) (kg/m ²)	21,86±2,92		26,11±4,79		22,72±3,78		<0,001 ^b

^a Ki-Kare testi, ^b Independent Samples T test

Şekil 1. Beden memnuniyetsizliği, REZZY skoru, MEDAS skoru ve BKİ arasındaki ilişki, Balıkesir 2024

Beden memnuniyetsizliği ile REZZY skoru, MEDAS skoru ve BKİ arasındaki ilişki Şekil 1'de gösterilmiştir. Beden memnuniyetsizliği ile REZZY skoru ($r=0,266$) ve BKİ ($r=0,483$) arasında anlamlı derecede negatif ilişki ($p<0,001$) saptanırken MEDAS skoru arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Beden memnuniyetinin yeme bozukluğu riski üzerindeki etkisi Tablo 3'te verilmiştir. Elde edilen bulgular doğrultusunda; beden memnuniyetsizliği olan kadınların yeme

bozukluğu riskinin 2.62 (1,30-5,28) kat daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır ($p<0,05$). Beden memnuniyetsizliğinin yeme bozukluğu riski üzerindeki etkisi, sosyodemografik özellikler göz önünde bulundurulduğunda da devam etmiştir (Model 1) ($p<0,05$). Ancak beden kütle indeksi, yeme bozukluğunu etkileyen bağımsız bir faktör olarak analize dahil edildiğinde, beden memnuniyetsizliğinin yeme bozukluğu riski üzerindeki etkisi anlamlı bulunmamıştır (Model 2) ($p>0,05$).

Tablo 3. Çevrimiçi anket, 2024; Beden memnuniyetinin yeme bozukluğu riski üzerindeki etkisi, Balıkesir 2024

Lojistik Regresyon Modelleri	B	SH	Wald	OR	%95 Güven Aralığı		p
Crude	0,96	0,35	7,34	2,62	1,30	5,28	0,007*
Model 1	1,03	0,37	7,71	2,82	1,35	5,88	0,005*
Model 2	0,64	0,40	2,47	1,89	0,85	4,22	0,11

Crude: Beden memnuniyeti; Model 1: Crude + sosyodemografik özellikler (yaş grubu, eğitim düzeyi, çalışma durumu, gelir durumu); Model 2: Model 1 + BKİ.

Tartışma

Bu araştırma, kadınların beden memnuniyetsizliği, yeme bozukluğu riski ve Akdeniz diyetine uyumu arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amacıyla planlanmış ve yürütülmüştür. Elde edilen bulgular doğrultusunda yeme bozukluğu riski açısından BKİ'nin, beden memnuniyetsizliğinden daha önemli bir faktör olduğu sonucuna varılmıştır. Beden memnuniyet durumu ile Akdeniz diyetine bağlılık arasında ise anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Kadınlarda beden memnuniyetsizliğini etkileyen önemli faktörlerden biri yaştır. Özellikle genç yetişkinlik döneminde beden memnuniyetsizliği oranının daha yüksek olduğu belirtilmiştir (20). Yapılan bir çalışmada kadınlardaki beden memnuniyetsizliğinin yirmili yaşlarda daha şiddetli olabileceği bildirilmiştir (2). Başka bir çalışmada ise 18-25 yaş grubundaki kadınların yaklaşık %80,0'inin bedeninden memnun olmadığı ve ideal vücut ağırlıklarının daha altında bir vücut ağırlığında olmayı istedikleri rapor edilmiştir (3). Genç yetişkin yaş grubunun güzellik idealleri, sosyal medya baskısı ve beğenilme arzusunun, bu ilişkiyi açıklayabileceği düşünülmektedir (21, 22). Düşük beden memnuniyetinin kadınlarda düşük öz saygı, depresyon, anksiyete gibi olumsuz sağlık çıktılarının olduğu bilinmektedir (23). Bu çalışmada ise bedeninden memnun olma oranının, 19-25 yaş grubundaki kadınlarda daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu farklılık, çalışma popülasyonunda 19-25 yaş grubundaki bireylerin daha fazla olmasından kaynaklanmış

olabilir. Ek olarak yaşla birlikte vücut ağırlığı kaybının zorlaşması ve yağ dokusunun artması gibi değişiklikler de yüksek yaş grubunun beden memnuniyetsizliği oranının daha yüksek olmasına neden olmuş olabilir. Genel olarak beden memnuniyetsizliğinin nedenlerinin ele alınması ve yaşla birlikte meydana gelebilecek fiziksel değişimler konusunda yüksek yaş grubundaki kadınların bilgilendirilmesi, kadın sağlığının iyileştirilmesi açısından faydalı olabilir.

Diyet yapma, sağlıksız besin seçimleri, öğün atlama gibi beslenme ile ilişkili faktörler, beden memnuniyet durumuna göre değişebilmektedir (5, 21). Ek olarak beden memnuniyetsizliği, doymuş yağ ve basit şeker içeriği yüksek, posa içeriği düşük besinlerin tüketimi ile ilişkilendirilmiştir (6-8, 24). Ancak beden memnuniyetsizliği ve diyet kalitesi arasındaki ilişkiyi inceleyen sınırlı sayıda araştırma vardır ve mevcut araştırmaların sonuçları ise çelişkilidir (6, 7, 25). Chatelan ve ark. beden memnuniyet düzeyinin diyet kalitesini etkileyen bir faktör olduğunu belirtirken (7); Jackson ve ark. ile Carrard ve ark. diyet kalitesini etkilemediği sonucuna varmıştır (6, 25). Bu çalışmada da benzer şekilde beden memnuniyet durumu ile diyet kalitesi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Literatürde yer alan benzer çalışmalarda farklı sonuçların elde edilmesinin; beden memnuniyeti ve diyet kalitesi arasındaki ilişkinin çift yönlü olmasından ve her iki durumun değerlendirilmesi içinde farklı araçların kullanılmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Bu konu ile ilgili olası mekanizmaları aydınlatarak şekilde daha

fazla araştırmanın planlanması ve yürütülmesi gerekmektedir.

Beden memnuniyeti düzeyinin azalmasına neden olan en önemli faktörlerden birisi de artmış vücut ağırlığıdır (21). Alcolea ve ark. 16-50 yaş grubundaki kadınların artmış vücut ağırlığı göstergelerinden biri olan BKİ'nin artmasıyla beden memnuniyeti skorlarının azaldığını bildirmiştir (2). Benzer şekilde, Asil ve Canbolat (2022) ise üniversite öğrencilerinde yüksek BKİ'nin beden memnuniyetsizliğini artırdığını rapor etmiştir (26). Literatürle paralel olarak bu araştırmada da bedeninden memnun olmayan kadınların BKİ'si beden memnuniyeti olan kadınlara göre daha yüksek tespit edilmiştir. Bu durum, artmış vücut ağırlığı ve/veya obezitenin neden olduğu psikolojik stres ile ilişkili olabilir (27). Geçmişten günümüze kadar süregelen, özellikle son dönemlerde medyanında etkisiyle ideal erkek ve kadın bedeni tanımlamalarının yapılmasının önemli etkileri bulunmaktadır. Bu idealler genellikle güçlü irade ile ilişkilendirilmekte ve ideal dışında kalanlar sosyal damgalanmayla karşı karşıya kalabilmektedir (28). Ayrıca, kadınların zayıf, erkeklerin ise daha iri ve kaslı vücut yapısına sahip olma isteğinin yanı sıra beden memnuniyetlerinin vücut ağırlıkları ile ilişkisinin de yukarıda bahsedilen nedenlerden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Beden memnuniyetsizliği, yeme bozukluklarının hem bir risk faktörü (2, 9) hem de bir belirtisidir (4, 29). Andrés ve Saldaña, zayıf olma dürtüsü ile kısıtlayıcı yemenin beden memnuniyetsizliği ile sonuçlanabileceğini bildirmiştir (21). Ladwig ve ark. yeme bozukluğu olan kadınların beden memnuniyet düzeyinin daha düşük olduğunu bildirmiştir (4). Temple ve ark. ise yeme bozukluğu açısından yüksek risk grubunda olan kadınların beden memnuniyetlerinin ve bedenlerini takdir etme düzeylerinin daha düşük olduğu sonucuna varmıştır (29). Bu durum, beden memnuniyet durumu ile yeme bozukluğu gelişim riski arasında çift yönlü bir ilişki olabileceğini desteklemektedir. Kadınlardaki beden memnuniyetsizliği ve yeme bozukluğu arasındaki çift yönlü bu ilişkiye, adolesan, gebelik, gebelik sonrası dönemlerde meydana gelen fiziksel ve psikososyal değişimler

ile cinsiyet hormonları aracılık etmektedir (29, 30). Ancak yapılan bir araştırmada beden memnuniyetsizliğinin yeme bozukluklarının klinik riskini öngörmediği ve bedeni ile aşırı derecede meşgul olmanın klinik anlamda daha önemli olabileceği üzerinde durulmuştur (22). Bu araştırmada da, beden memnuniyetsizliği yeme bozukluğu gelişim riskini istatistiksel olarak yaklaşık üç kat artırmıştır. Ancak, yeme bozukluğu riskinin değerlendirilmesinde sosyo demografik ve beden memnuniyetsizliği değişkenlerine ek olarak BKİ'nin de bir faktör olarak göz önünde bulundurulmasıyla anlamlılık ortadan kalkmıştır. Diğer bir ifadeyle, kadınların yeme bozukluğu riskinin daha doğru belirlenmesinde sadece beden memnuniyet durumunun değil BKİ'lerinde dikkate alınması gerektiğini göstermektedir.

Çalışmanın Kısıtlılıkları: Çalışma verilerinin online, beyana dayalı ve kesitsel tasarımda elde edilmiş olması sonuçların genellenebilirliğini sınırlayabilir.

Sonuç ve Öneriler

Kadınların beden memnuniyet durumlarına göre yeme bozukluğu riski ve BKİ ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterirken Akdeniz diyetine bağlılık düzeylerinin benzer olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ek olarak beden memnuniyetsizlik düzeyi ile yeme bozukluğu riski ve BKİ değerleri arasında pozitif yönde anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Beden memnuniyetsizliğinin yeme bozukluğu riskini önemli düzeyde arttırdığı fakat BKİ'nin de dikkate alındığında bu durumun anlamlılık düzeyinin ortadan kalktığı belirlenmiştir. Elde edilen sonuçlar doğrultusunda, kadınların beden memnuniyet durumlarının belirtilen diğer faktörlerle neden-sonuç ilişkisini aydınlatmak uzun süreli ve deneysel çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Kaynaklar

1. Jiotsa B, Naccache B, Duval M, Rocher B, Grall-Bronnec M. Social media use and body image disorders: Association between frequency of comparing one's own physical appearance to that of people being followed on social media and body dissatisfaction and drive for thinness. *International journal of environmental research and public health*. 2021;18(6):2880.

2. Alcolea FG, López-Gil JF, López PJT. Adherence to the Mediterranean diet, level of physical activity and body dissatisfaction in subjects 16–50 years old in the Region of Murcia, Spain. *Clínica e Investigación en Arteriosclerosis (English Edition)*. 2021;33(1):10-8.
3. Aparicio-Martinez P, Perea-Moreno A-J, Martinez-Jimenez MP, Redel-Macías MD, Pagliari C, Vaquero-Abellan M. Social media, thin-ideal, body dissatisfaction and disordered eating attitudes: An exploratory analysis. *International journal of environmental research and public health*. 2019;16(21):4177.
4. Ladwig G, Tanck JA, Quitkat HL, Vocks S. Risks and benefits of social media trends: The influence of “fitspiration”, “body positivity”, and text-based “body neutrality” on body dissatisfaction and affect in women with and without eating disorders. *Body Image*. 2024;50:101749.
5. Rounsefell K, Gibson S, McLean S, Blair M, Molenaar A, Brennan L, et al. Social media, body image and food choices in healthy young adults: A mixed methods systematic review. *Nutrition & Dietetics*. 2020;77(1):19-40.
6. Carrard I, Bayard A, Grisel A, Chapparo CJ, Della Torre SB, Chatelan A. Associations between body weight dissatisfaction and diet quality in women with a body mass index in the healthy weight category: Results from the 2014-2015 Swiss National Nutrition Survey. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*. 2024.
7. Chatelan A, Carrard I. Diet quality in middle-aged and older women with and without body weight dissatisfaction: results from a population-based national nutrition survey in Switzerland. *Journal of nutritional science*. 2021;10:e38.
8. Meadows A, Nolan LJ, Higgs S. Self-perceived food addiction: Prevalence, predictors, and prognosis. *Appetite*. 2017;114:282-98.
9. Zhu LY, Troliv V, Miller AE, Bicaker E, Racine SE. Daily instability in body dissatisfaction in individuals with and without eating disorders. *Body Image*. 2024;49:101688.
10. Zhang T, Wang K, Gu T, Zhang Y, Zhang X. Body dissatisfaction and restricted diet in chinese adolescents: a longitudinal analysis. *Psychology Research and Behavior Management*. 2023:4003-13.
11. Smith JM, Smith JE, McLaughlin EA, Belon KE, Serier KN, Simmons JD, et al. Body dissatisfaction and disordered eating in Native American, Hispanic, and White college women. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. 2020;25:347-55.
12. Güler Ç, Akın L, Akın A, T Akşit B, Akgün S, Altuntaş KH, et al. Halk sağlığı temel bilgiler 3: Hacettepe Üniversitesi Yayınları; 2015.
13. Sümbüloğlu V. SK. Klinik ve saha araştırmalarında örnekleme yöntemleri ve örnekleme büyüklüğü. Ankara, Türkiye: Hatiboğlu Yayınevi; 2005. 122 p.
14. Organization WH. Obesity: preventing and managing the global epidemic: report of a WHO consultation. 2000.
15. Aj S. Use of the Danish adoption resister for the study of obesity and thinness. *Genetics of neurological and psychiatric disorders*. 1983.
16. Pehlivanoğlu EFÖ, Balcıoğlu H, Ünlüoğlu İ. Akdeniz diyeti bağlılık ölçeği 'nin türkçe 'ye uyarlanması geçerlilik ve güvenilirliği. *Osmangazi Tıp Dergisi*. 2020;42(2):160-4.
17. Martínez-González MÁ, Corella D, Salas-Salvadó J, Ros E, Covas MI, Fiol M, et al. Cohort profile: design and methods of the PREDIMED study. *International journal of epidemiology*. 2012;41(2):377-85.
18. Morgan JF, Reid F, Lacey JH. The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders. *Bmj*. 1999;319(7223):1467-8.
19. Aydemir Ö, Köksal B, Sapmaz SY, Yüceyar H. Kadın üniversite öğrencilerinde REZZY Yeme Bozuklukları Ölçeği Türkçe formunun güvenilirlik ve geçerliliği/Reliability and validity of Turkish form of SCOFF Eating Disorders Scale. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2015;16:31.
20. Eck KM, Quick V, Byrd-Bredbenner C. Body dissatisfaction, eating styles, weight-related behaviors, and health among young women in the United States. *Nutrients*. 2022;14(18):3876.
21. Andrés A, Saldaña C. Body dissatisfaction and dietary restraint influence binge eating behavior. *Nutrition Research*. 2014;34(11):944-50.
22. Askew AJ, Peterson CB, Crow SJ, Mitchell JE, Halmi KA, Agras WS, et al. Not all body image constructs are created equal: Predicting eating disorder outcomes from preoccupation, dissatisfaction, and overvaluation. *International Journal of Eating Disorders*. 2020;53(6):954-63.
23. Rodgers R, Salès P, Chabrol H. Psychological functioning, media pressure and body dissatisfaction among college women. *European review of applied psychology*. 2010;60(2):89-95.
24. Pushpa BS, Abdul Latif SN, Sharbini S, Murang ZR, Ahmad SR. Nutrition education and its relationship to body image and food intake in Asian young and adolescents: a systematic review. *Frontiers in Nutrition*. 2024;11:1287237.
25. Jackson AM, Parker L, Sano Y, Cox AE, Lanigan J. Associations between body image, eating behavior, and diet quality. *Nutrition and Health*. 2024;30(1):93-102.
26. Asil E, Canbolat E. Üniversite öğrencilerinde beden memnuniyetsizliği ve etkileyen faktörler. *Beslenme ve Diyet Dergisi*. 2022;50(2):39-47.
27. Puhl RM, Himmelstein MS, Pearl RL. Weight stigma as a psychosocial contributor to obesity. *American Psychologist*. 2020;75(2):274.
28. Selensky JC, Carels RA. Weight stigma and media: An examination of the effect of advertising campaigns on weight bias, internalized weight bias, self-esteem, body image, and affect. *Body Image*. 2021;36:95-106.
29. Temple S, Hogervorst E, Witcomb G. Differences in menopausal quality of life, body appreciation and body dissatisfaction between women at high and low risk of an eating disorder. 2024.
30. Vincent C, Bodnaruc AM, Prud'homme D, Olson V, Giroux I. Associations between menopause and body image: A systematic review. *Women's Health*. 2023;19:17455057231209536.

Obez Bireylerde Konstipasyon Şiddetinin Yaşam Kalitesine Etkisi ve Alternatif Çözüm Yöntemleri

The Effect of Constipation Severity on Quality of Life in Obese Individuals and Alternative Solution Methods

Rukiye BURUCU¹, Fatma KOFAL², Mehmet R. KILIÇ³, Nazife N. TANIR⁴

ÖZ

Amaç: Bu araştırmanın amacı, obez bireylerin konstipasyon şiddetinin yaşam kalitesine etkisinin ve konstipasyona çözüm arayışlarının belirlenmesidir.

Gereç ve Yöntemler: Tanımlayıcı ve ilişki arayıcı bir çalışmadır. Evren, araştırmanın yapılacağı hastanede polikliniğe gelenler hastalardır. Örneklem bu gruptaki 106 obez bireydir. Veriler Kasım 2023- Şubat 2024 tarih aralığında "Sosyodemografik Bilgi Formu", "Konstipasyon Değerlendirme Ölçeği" ve "Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeği ile toplanmıştır.

Bulgular: Katılımcıların çoğu kadın (%53,8), bilinen bir kronik hastalığı bulunmayan (%63,2) bireylerdir. Yaş ortalaması 42.77±13.800 (Min-Max:19-65), beden kütle indeksi ortalaması 36.2424±4.19 (Min-Max:30,36-52,54)'dur. Grupta konstipasyon yaşayanların oranı %34,9, konstipasyon değerlendirme ölçeği puan ortalaması 4,6132±4,369, konstipasyon yaşam kalitesi ölçek puan ortalaması 36,2424±4,191'dir. Tüketilen ortalama sıvı miktarı ise 2202,36±778,961 ml'dir.

Sonuç: Obezitenin bireylerin konstipasyon şiddetine ve yaşam kalitelerine etkisi hafif düzeydedir. Konstipasyona bağlı yaşam kalitesini etkileyen etkenler vardır ve çözüm amacıyla bazı besinler kullanılmaktadır. Bu araştırmanın en önemli sonucu bireylerde artan BKİ'nin konstipasyon şiddetini artırması ve yaşam kalitesini olumsuz etkilemesidir.

Anahtar Kelimeler: Obezite, konstipasyon, yaşam kalitesi, hemşirelik

1-Öğretim Üyesi, Konya Necmettin Erbakan Üniversitesi Seydişehir Kamil Akkanat Sağlık Bilimleri Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği ABD

E-posta: rukiyeburucu@gmail.com, ORCID ID: 0000-0002-9284-5486

2-Konya Necmettin Erbakan Üniversitesi Seydişehir Kamil Akkanat Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü Öğrencisi, Konya, Türkiye

E-posta: fatma1kofal@gmail.com, ORCID ID: 0000-0002-7041-4407

3-Hemşire, Mekanize Piyade Tuğay Komutanlığı Birinci Basamak Muayene Merkezi, Mardin, Türkiye

E-posta: kilicmehmetrasit866@gmail.com,

ORCID ID: 0000-0003-4298-176X

4-Konya Necmettin Erbakan Üniversitesi Seydişehir Kamil Akkanat Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü Öğrencisi, Konya, Türkiye

E-posta: nazifenisaa0@gmail.com, ORCID ID: 0000-0001-8576-7662

Gönderim Tarihi:08.08.2024 - Kabul Tarihi: 03.12.2025

ABSTRACT

Purpose: The aim of this study was to determine the effect of severity of constipation on quality of life and the search for solutions to constipation in obese individuals.

Materials and Methods: This is a descriptive and correlational study. The population was the patients who came to the outpatient clinic in the hospital where the study was conducted. The sample is 106 obese individuals in this group. Data were collected between November 2023 and February 2024 with the "Sociodemographic Information Form", "Constipation Assessment Scale" and "Constipation Quality of Life Scale".

Results: Most of the participants were female (53.8%) and had no known chronic disease (63.2%). The mean age was 42.77±13.800 (Min-Max: 19-65) and the mean body mass index was 36.2424±4.19 (Min-Max: 30.36-52.54). The rate of those who experienced constipation in the group was 34.9%, the mean constipation assessment scale score was 4.6132±4.369, and the mean constipation quality of life scale score was 36.2424±4.191. The mean amount of fluid consumed was 2202.36±778.961 ml.

Conclusion: The effect of obesity on the severity of constipation and quality of life of individuals is mild. There are factors that affect the quality of life due to constipation and some nutrients are used for solution. The most important result of this study is that increasing BMI increases the severity of constipation and negatively affects quality of life.

Keywords: Obesity, constipation, quality of life, nursing

GİRİŞ

Obezite, her geçen gün sıklığı artan önemli bir sağlık sorunudur. Bireylerde fazla enerji alımı ya da enerjinin yıkımının az olmasına bağlı beden kütle indeksinin (BKİ) >30 olması obezite olarak adlandırılır. Obezite bireylerde sağlık maliyetini artırır (1), hastalık durumunda iyileşmeyi geciktirir (2,3), tekrarlı hastane yatışlarını artırır (3).

Obez bireyler birçok sorun yaşar bunlardan biri de konstipasyondur. Konstipasyon, bağırsak hareketlerinin ve dışkılama sıklığının azaldığı,

sertleşmiş dışkılama, dışkılama süresinde ıkınma gibi semptomlarla kendini gösteren bir sağlık sorunudur (4). Obezite iç organlarda aşırı duyarlılığın ve kronik inflamasyonun artmasıyla bağırsakların çalışmasını etkileyerek konstipasyona sebep olabilir (5). Konstipasyon için; fiziksel aktivitede eksiklik, ileri yaş, beslenme şekli, psikolojik faktörler, bazı ilaçların kullanımı, bazı hastalıklar ve cinsiyetin risk faktörü olduğu belirtilmiştir. Risk faktörlerinden biri de obezitedir (5,6). Konstipasyon bireyde baş ağrısı, yorgunluk, karında şişkinlik ağrı, iştahsızlık, bulantı, kusma vs gibi olumsuz durumlara sebep olur (7). Bu sorunlarla birlikte bireyin yaşam kalitesini olumsuz etkiler (8). Bireyin yaşam kalitesinin artması için sorunların çözülmesi, konstipasyona çözüm üretilmesi gerekir (9).

Konstipasyon birey için önemli bir sorundur. Konstipasyonun çözümü için Polietilen glikol, sodyum pikosülfat, linaklotid, plekanatid ve prukaloprid gibi ajanları içeren ilaçlar kullanılır (10). Tıbbi tedavinin yanında alternatif yöntemler de kullanılmaktadır. Bunlar; akupunktur noktalarına bası uygulanması (11), direkt akupunktur uygulaması (12), prebiyotik ve lifli gıdaların kullanılması, Çin Tıbbı'ndaki bazı bitkisel ürünler, karın masajı, abdominal elektriksel stimülasyon (13), karın masajında bazı yağların kullanılması (8,14) vs.'dir. Bunların yanında inek sütünün beslenmeden çıkartılması (13), kayısı tüketiminden (15), erik tüketiminden destek alınması (16), zeytin yağı, keten tohumu yağı gibi bazı yağların tüketilmesidir (17)we briefly describe the general features of constipation, our understanding of its physiopathology, and its diagnosis and treatment, focusing on chronic kidney disease (CKD. Konstipasyonun giderilmesi ya da yönetilmesinde uygun hemşirelik girişimleri de etkilidir. Bu girişimler; beslenmenin düzenlenmesi, sıvı alımının artırılması, hareketliliğin artırılması (18). akupresör, aroma terapi ve masaj, öz yönetim eğitimi (19), bağırsak alışkanlığı kazandırılması (20) ve kaliteli bir hemşirelik bakımındadır (21). Bu girişimlerle bireyde hem konstipasyona engel olmak hem de var olan konstipasyonu yönetmek mümkün olabilir (22)

Literatürde konstipasyonun bireylerin yaşam

kalitesine etkisinin incelendiği (8,9) ve obez bireylerde konstipasyona çözüm amacıyla girişimlerin uygulandığı çalışmalar yer almaktadır (8,11). Obezitenin konstipasyon için bir risk faktörü olabileceği açıklanmıştır (4). Ancak obez bireylerin konstipasyon şiddeti, bunun yaşam kalitesini nasıl etkilediği ve konstipasyona çözüm arayışlarının incelendiği bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle bu çalışmanın literatüre katkı sunacağı düşünülmektedir.

Amaç: Obez bireylerin konstipasyon şiddetinin yaşam kalitesine etkisinin ve konstipasyona çözüm arayışlarının belirlenmesidir.

Araştırma soruları:

1. Obez bireylerde konstipasyon görülme oranı nedir?
2. Obez bireylerin konstipasyon şiddeti nasıldır ve neler etkilemektedir?
3. Obez bireylerin yaşam kaliteleri nasıldır ve neler etkilemektedir?
4. Obez bireylerin obeziteye yönelik çözüm arayışlarında kullandıkları yöntemler nelerdir?
5. Obez bireylerin konstipasyon şiddeti yaşam kaliteleri arasında bir ilişki var mıdır?

Gereç ve Yöntem

Bu araştırma tanımlayıcı ve ilişki arayıcı bir çalışmadır.

Evren: Evren, araştırmanın yapılacağı hastanede kan alma birimine gelen tüm bireylerdir.

Örnekleme: Örneklemin belirlenmesinde konstipasyonun yaşam kalitesine etkisinin bakıldığı bir çalışmanın verilerinden faydalanılmıştır. Söz konusu çalışmada regresyon modeline 8 değişken (Gastrointestinal bir sorunun varlığı, ilaç kullanımı, defekasyon alışkanlığı, defekasyon sıklığı vs) dahil edilmiş, bunlardan üçünün (İlaç kullanımı, defekasyon alışkanlığı, defekasyon sıklığı) yordayıcı olduğu açıklanmıştır ($R^2=0,263$) (23). Söz konusu çalışmadan elde edilen R^2 değeri kullanılarak G*Power 3.1.9.4. paket programında güç analizi yapılmıştır. Bu analize göre örneklemin 0,356 etki büyüklüğü, 0,05 hata payı ve 0,951 güç

ile en az 53 kişi olması gerektiği saptanmıştır. Sayı literatüre göre %100 artırılmış (24) ve çalışma 106 kişi ile tamamlanmıştır. Bu çalışmanın gücü 0.99'dur.

Dahil edilme kriterleri: 18 yaş üstü olmak, BKI>30 olmak, çalışmaya katılmaya istekli olmak

Dışlama kriterleri: İletişim engelinin olması, bilişsel sorununun olması, obezite cerrahisi geçirmiş olması, karaciğer yetmezliği/siroz tanısının olması, hemodiyaliz tedavisine devam ediyor olması

Verilerin Toplanması

Veriler; "Sosyodemografik Bilgi Formu", "Konstipasyon Değerlendirme Ölçeği" ve "Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeği" nden oluşan anket formu ile araştırmacılar tarafından yüz yüze toplanmıştır.

Sosyodemografik Bilgi Formu

Araştırmacılar tarafından literatüre dayalı olarak hazırlandı (8,11,14). Bu form; Boy, ağırlık, yaş, cinsiyet, medeni durum, gelir durumu, eğitim durumu, ek bir hastalığın varlığı, düzenli kullandığı ilacın varlığı, konstipasyon yaşama durumu, konstipasyonu ne kadar süredir yaşadığı, konstipasyonu hangi durumlarda yaşadığı, her gün dışkılama girişiminin olması durumu ve sıklığı, dışkılama sıklığı, dışkılama sorununa çözüm amacıyla kullanılan yöntem, beslenme alışkanlığı, sıvı tüketimi, fiziksel aktivite durumunun sorgulandığı 25 sorudan oluşmaktadır.

Konstipasyon Değerlendirme Ölçeği

Ölçeğin amacı konstipasyon ile ilgili rahatsızlığı ve bağırsak hareketinin kolaylığını belirlemektir. McMillan ve Williams (1989) tarafından geliştirilmiştir. Son üç güne yönelik verileri öz bildirim yoluyla değerlendirmeyi sağlar. Sekiz maddeden oluşur. Ölçek sırasıyla; 0=problem yok, 1=hafif problem, 2=ciddi problem olarak puanlanır. Ölçekten alınan toplam puan 0 ile 16 arasında değişir. Ölçekten alınabilecek yüksek puanlar, konstipasyonun şiddetinin yoğun olduğunu gösterir. Orijinal ölçekte Cronbach $\alpha=0.70$ 'dir. Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması

Demir Doğan ve Aktuğ (2017) tarafından yapılmıştır. Türkçe ölçeğin ve Cronbach alfa katsayısı 0.784'dir (25). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.885'tir.

Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeği

Ölçek, Marquis ve ark. tarafından (2005) konstipasyonu olan bireylerin yaşam kalitesini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Orijinal ölçek dört alt boyuta sahiptir; "fiziksel rahatsızlık" alt boyutunda 4 soru (1-2-3-4), "psikososyal rahatsızlık" alt boyutunda 8 soru (5-6-7-8-9-10-11-12), "endişe/kaygı" alt boyutunda 11 soru (13-14-15-16-17-18-19-20-21-22-23), "memnuniyet" alt boyutunda 5 soru (24-25-26-27-28) yer alır. Toplam 28 soru bulunmaktadır. Ölçekteki 18, 25, 26, 27 ve 28. soruları ters puanlanır. Beşli likert tipinde olan ölçekten alınabilecek puan 28-140 arasındadır, yüksek puan yaşam kalitesinin kötü olduğunu açıklamaktadır (26). Ölçeğin Türkçe geçerlik güvenirliği Dedeli ve ark (2007) yapılmıştır. Türkçe Ölçeğin Cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0.91'dir (27). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.90'dır.

Verilerin Toplanması

Hastanede poliklinik muayenesine gelen hastaların pek çoğu kan alma birimine yönlendirilmektedir. Kan alma biriminde farklı sağlık sorunu yaşayan bireylere de sağlıklı ama basit bir sebeple hastaneye muayene olmaya gelmiş olan bireye de ulaşmak mümkündür. Söz konusu poliklinik iç hastalıkları ve endokrin ve metabolizma hastalıkları polikliniklerine hizmet vermektedir. Özellikle obezite sorunu yaşayan bireylere sıklıkla kan tahlili istendiği için kan alma biriminde bireylere erişimin daha kolay olacağı düşünülmüştür. Veriler kan alma biriminin yanında ayrılmış bir odada toplanmıştır. Bireylerin öncelikle kan verme işlemini tamamlaması beklenmiş, ardından görüşme odasına alınmıştır. Bu odada hastalarla yüz yüze görüşülmüş, odada sadece hasta ve araştırmacı yer almış, hastanın mahremiyeti sağlanmıştır. Dahil edilme kriterlerine uygun olan bireylere araştırma hakkında bilgi verilmiş, kabul etmeleri durumunda birey görüşme odasına alınarak aydınlatılmış onam formu imzalatılmış

ve veriler toplanmıştır. Veriler Kasım 2023-Şubat 2024 tarih aralığında toplanmıştır. Verilerin toplanması 15-20 dk sürmüştür.

Bağımlı değişkenler: Konstipasyon yaşam kalitesi, konstipasyon şiddeti

Bağımsız değişkenler: Bireylerin sosyodemografik özellikleri, hastalığa bağlı özellikleri, günlük sıvı alım miktarı, hareketlilik düzeyi, beslenme alışkanlığı.

Etik Boyut

Araştırma için bilimsel araştırmalar etik kurulundan araştırma izni (2022/372- ID: 12801), hastaneden uygulama izni alınmıştır (E-14567952-900-632). Katılımcıların yazılı onamları alınmış, Helsinki Deklerasyonu'na uyulmuştur. Raporlama STROBE kontrol listesine uygun yapılmıştır.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Çalışma verilerinin bir tek kurumdan toplanmış olması bir sınırlılıktır, sonuçlar tüm obez bireylere genellenemez.

Verilerin Analizi

Verilerin analizinde IBM SPSS (Statistical Package for Social Science) 25.0 paket programı kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi olarak $p < 0,05$, güven aralığı %95 kabul edildi. Normallik analizleri için Kolmogorov Smirnov test sonuçlarına bakıldı. Normal dağılımlar için Independent Samples T Test, One-Way ANOVA, Pearson Korelasyon Analizi, normal dağılmayanlarda Mann Whitney-U, Kruskal-Wallis ve Spearman Korelasyon Analizleri kullanıldı; korelasyon katsayısı $r = 0,1-0,3$ arası zayıf, $r = 0,3-0,7$ arası orta, $r = 0,7-1,0$ arası yüksek düzeyde ilişkiyi göstermektedir (28). Varyanslar homojen değilse Welch Testi, homojen olanlarda ANOVA istatistiğinin p değeri kullanıldı. Çoklu karşılaştırmalar için varyanslar homojen değilse Tamhane's, homojen olanlarda Tukey HSD test istatistiği kullanıldı.

Bulgular

Tablo 1: Obez bireylerin sosyodemografik özellikleri (n:106), Konya-2024

Değişkenler		Ortalama± SS	Min-max
Yaş		42,77±13,800	19-65
BKI		36,2424±4,191	30,36- 52,54
		N	%
Cinsiyet	Erkek	49	46,2
	Kadın	57	53,8
Eğitim durumu*	Okuryazar değil	6	5,7
	İlköğretim	31	41,5
	Ortaöğretim	44	29,2
	Lisans ve üstü	25	23,6
Gelir durumu*	Gelir<Gider	4	3,8
	Gelir=Gider	59	55,7
	Gelir>Gider	43	40,6
Fiziksel egzersiz yapma sıklığı	Hiçbir zaman	34	32,1
	Bazen	48	45,3
	>3 gün/hafta	24	22,6

Katılımcıların yaş ortalaması 42.77±13.800, BKI ortalaması 36.2424±4.19, çoğu kadın (%53.8), ortaöğretim düzeyinde eğitime sahip (%29,2), geliri giderine eşit olan bireylerdir (%55,7), çoğu bazen (%45,3) fiziksel aktivite yaptığını belirtmiştir (Tablo 1).

Katılımcıların çoğu bilinen bir kronik hastalığı bulunmayan (%63.2) bireylerdir Konstipasyon değerlendirme ölçeği (KDÖ) puan ortalaması 4,6132±4,369, konstipasyon yaşam kalitesi (KYK) puan ortalaması 36,2424±4,191, günlük tüketilen sıvı miktarı 2202.36±778.961'dir. Grupta konstipasyon yaşayanların oranı %34.9'dur. Katılımcıların %34.0'nın düzenli dışkılama alışkanlığı olduğu ve % 32.1'inin konstipasyona için farklı çözüm arayışlarının bulunduğu ve hiçbir zaman egzersiz yapmayanların ise %32.1 olduğu saptandı. Katılımcılara ait sayısal verilerin min-max değerleri de tabloda ayrıca verilmiştir. Konstipasyona çözüm için kullandıkları ürünler ve ayrıntıları tablo 2'de verilmiştir (Tablo 2).

Konstipasyon yaşam kalitesinin; KYK memnuniyet alt boyutu dışında KYK'nın hem toplam puan hem

de diğer alt boyutlarında “bazen fiziksel egzersiz yapanlarda” daha kötü olduğu belirlendi. Aynı grubun konstipasyon şiddetini daha fazla algıladığı görüldü. İlk öğretim düzeyinde eğitime sahip, gelir<gider olan, “bazen egzersiz yapanlarda” konstipasyon şiddeti daha yüksektir. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$) (Tablo 3).

Konstipasyon yaşam kalitesinin; konstipasyon yaşayan, düzenli dışkılama alışkanlığı olan, konstipasyon için farklı çözüm arayışı olmadığını belirten ama zeytinyağı, kayısı, komposto tüketenlerde daha kötü olduğu belirlendi. Aynı grupların konstipasyon şiddetini daha fazla algıladığı görüldü. Sadece “erik tükettiğini” bildiren grupta KYK puanı açısından fark yokken grubun KDÖ puanı erik tüketen grupta daha yüksekti. Aradaki fark anlamlıdır ($p<0.05$) (Tablo 4).

Yapılan korelasyon analizinde; BKİ ile KYK toplam puan arasında ilişki tespit edilmemiştir ($p>0,05$). BKİ ile KYK fiziksel rahatlık arasında ($r:0.231$), KYK sosyal rahatlık ($r:0.209$), KYK memnuniyet arasında ($r:0,267$) pozitif yönde düşük düzeyde bir ilişki tespit edilmiştir. Konstipasyon şiddeti ve KYK toplam puanı ($r>0,747$) ve KYK fiziksel rahatlık ($r:0,817$) arasındaki ilişki pozitif yönde ve yüksek düzeydedir. Konstipasyon şiddeti ile KYK sosyal rahatlık ($r:0,683$) ve KYK kendine saygı arasındaki ($r:0,488$) ilişki pozitif yönde ve orta düzeydedir ($p<0.05$). Yaş ve tüketilen sıvı miktarı ile KYK ve KDÖ arasında bir ilişki tespit edilmemiştir ($p>0,05$) (Tablo 3). Artan BKİ bireylerin konstipasyon şiddetini artırmakta ve konstipasyon yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Konstipasyon şiddeti bireylerin yaşam kalitelerini etkilemektedir.

Tablo 2: Obez bireylerin sağlık durumları ile ilgili özellikleri (n:106) , Konya-2024

Değişkenler	Ortalama± SS	Min-max	
Tüketilen Sıvı Miktarı (ml)	2202,36±778,961	1000-5000	
Toplam KDÖ	4,6132±4,369	0,00-15,00	
Toplam KYK	36,2424±4,191	28,00-107,00	
KYK Fiziksel Rahatlık	8,7358±3,877	4,00-17,00	
KYK Sosyal Rahatlık	15,0094±6,850	8,00-37,00	
KYK Memnuniyet	14,8868±4,254	11,00-47,00	
KYK Kendine Saygı	28,7264±9,233	5,00-25,00	
	N	%	
Kronik hastalığın varlığı	Evet	39	36,8
	Hayır	67	63,2
Konstipasyon yaşama durumu	Evet	37	34,9
	Hayır	69	65,1
Düzenli dışkılama alışkanlığının varlığı	Evet	36	34,0
	Hayır	70	66,0
Konstipasyona çözüm arayışı	Evet	34	32,1
	Hayır	72	67,9
Zeytinyağı tüketimi	Evet	26	24,5
	Hayır	80	75,5
Kayısı tüketimi	Evet	42	39,6
	Hayır	64	60,4
Erik tüketimi	Evet	23	21,7
	Hayır	83	78,3
Komposto tüketimi	Evet	24	22,6
	Hayır	82	77,4
Kuru meyve tüketimi	Evet	15	14,2
	Hayır	91	85,8
Alınan sıvı miktarının artırılması	Evet	18	17,0
	Hayır	88	83,0

Tablo 3: Katılımcıların sosyodemografik özelliklerinde göre ölçek puanlarının dağılımı (n:106) , Konya-2024

Değişkenler	KYYK										KDD	
	Toplam	Fiziksel Rahatlık	Sosyal Rahatlık	Memnuniyet	Kendine Saygı	Toplam	Fiziksel Rahatlık	Sosyal Rahatlık	Memnuniyet	Kendine Saygı		Toplam
	Mean±SD	t	Medyan (Min-Max)	p	t	Medyan (Min-Max)	p	t	Medyan (Min-Max)	p	t	Medyan (Min-Max)
Cinsiyet	Erkek	67.35±18.38	0.59	55,65(4-17)	1291,00	56,28(8-30)	1620,50	51,49(5-23)	1298,00	49,41(11-47)	1196,00	54,40(0-15)
	Kadın	67.37±18.22	0.995*	51,65(4-16)	0,501**	51,11(8-37)	0,383**	55,23(5-25)	0,203**	57,02(11-46)	0,203**	52,73(0-12)
Eğitim durumu ^a	Okuryazar değil	69.50±9.91	0.914	50,67(5-14)	0,643	46,67(9-17)	0,876	52,08(10-20)	1,512	78,42(31-37)	10,521	41,25(0-7)
	İlköğretim	71.41±15.43	0.887****	53,82(4-16)	0,887****	52,42(8-37)	0,831****	58,84(5-25)	0,680****	62,94(15-46)	0,015****	58,10(0-12)
	Ortaöğretim	65.15±20.33	0.448***	51,48(4-17)		52,74(8-30)		50,06(5-21)		49,31(11-47)		52,72(0-15)
	Lisans ve üstü	65.68±18.90		57,34(4-16)		57,82(8-29)		53,28(5-23)		43,20(11-43)		52,12(0-14)
Gelir durumu ^b	Gelir<Gider	79.00±11.51	0.638	55,63(4-14)	0,045	77,38(8-30)	3,960	66,00(15-19)	3,503	75,00(23-38)	8,391	58,13(2-9)
	Gelir=Gider	69.16±16.20	0.125****	53,01(4-17)	0,978****	55,59(11-26)	0,138****	48,67(5-21)	0,174****	59,19(11-47)	0,015****	52,45(0-15)
	Gelir>Gider	63.79±20.64		53,98(4-16)		48,41(8-37)		58,97(25-20)		43,69((11-43)		54,51(0-14)
Fiziksel egzersiz yapma sıklığı ^b	Hiçbir zaman	68.70±13.95	7.1230	49,94(4-15)	10,040	46,41(8-37)	10,847	47,59(5-25)	2,922	66,99(17-46)	23,897	45,84(0-12)
	Bazen	72.08±18.83	0.001***	62,97(4-17)	0,007****	64,07(8-30)	0,004****	53,67(5-21)	0,232****	56,78(11-47)	0,000****	62,42(0-15)
>3 gün/hafta	56.00±18.04		39,60(4-13)		42,40(8-25)		61,54(5-23)			27,83(11-38)		46,52(0-12)

*Independent Simple T test, **Mann-Whitney U Test, *** One Way Anova, ****Kruskal Wallis, ^aTamhane's, ^bTukey HSD

Tablo 4: Katılımcıların sağlık durumları ile ilgili özelliklerinde göre ölçek puanlarının dağılımı (n:106) , Konya-2024

Değişkenler	KYK										KDÖ		
	Toplam	t	Fiziksel Rahatlık	Sosyal Rahatlık	Memnuniyet	Kendine Saygı	Toplam	t	Medyan (Min-Max)	t	Medyan (Min-Max)	p	
Kronik hastalığın varlığı	Evet	67.67±18.77	0.285	54,37(4-16)	1272.50	51,94(8-37)	1245.50	58,08(5-25)	1128.00	55,35(11-43)	234.50	57,05(0-14)	1168.00
	Hayır	67.18±18.02	0.895*	52,99(4-17)	0.823**	54,41(8-30)	0.686**	50,84(5-21)	0.240**	52,43(11-47)	0.637**	51,43(0-15)	0.359**
Konstipasyon yaşama durumu	Evet	78.43±14.33	1.953	73,88(4-16)	522.50	69,59(8-37)	681.00	56,81(8-25)	1154.00	67,84(13-47)	746.00	77,66(0-15)	382.50
	Hayır	61.42±17.34	0.000*	42,57(4-17)	0.000**	44,87(8-30)	0.000**	51,72(5-21)	0.415*	45,81(11-43)	0.000**	40,54(0-11)	0.000**
Düzenli dışkılama alışkanlığının varlığı	Evet	77.97±14.78	1.885	73,86(4-17)	527.00	65,92(8-37)	813.00	54,03(8-25)	1241.00	70,11(13-46)	662.00	76,76(0-14)	422.50
	Hayır	61.90±17.46	0.000*	43,03(4-14)	0.000**	47,11(8-29)	0.003**	53,23(5-25)	0.899**	44,96(11-47)	0.000**	41,54(0-15)	0.000**
Konstipasyona çözüm için çözüm arayışı	Evet	59.52±16.05	0.222	37,36(4-16)	672.00	39,00(8-27)	726.00	53,50(5-21)	1171.50	43,03(11-46)	859.00	39,11(0-14)	729.50
	Hayır	71.50±17.50	0.001*	60,17(4-17)	0.000**	59,42(8-37)	0.001**	52,77(5-25)	0.909**	57,57(11-47)	0.023**	59,37(0-15)	0.001**
Zeytinyağı tüketimi	Evet	75.31±20.41	1.028	69,52(4-17)	623.50	63,08(8-37)	791.00	44,94(5-25)	817.50	70,00(11-47)	611.00	71,37(0-15)	575.50
	Hayır	64.78±16.77	0.001*	48,29(4-15)	0.002**	50,39(8-30)	0.064**	56,28(5-25)	0.101**	48,14(11-46)	0.002**	47,69(0-12)	0.001**
Kayısı tüketimi	Evet	73.54±14.43	5.791	63,73(4-16)	872.00	57,40(8-30)	1131.50	53,05(7-25)	1310.00	65,80(15-47)	787.00	61,30(0-15)	971.50
	Hayır	63.48±19.49	0.005*	46,13(4-17)	0.004**	50,18(8-37)	0.231**	52,97(5-21)	0.989**	44,80(11-46)	0.001**	47,68(0-12)	0.024**
Erik tüketimi	Evet	71.39±15.57	1.305	66,26(4-16)	661.00	55,39(8-29)	911.00	57,04(7-25)	873.00	58,37(15-47)	842.50	65,65(0-15)	575.00
	Hayır	66.24±18.81	0.232*	49,96(4-17)	0.024**	52,98(8-37)	0.736**	52,52(5-21)	0.531**	52,15(11-46)	0.390**	50,13(0-12)	0.030**
Komposto tüketimi	Evet	70.55±15.17	2.830	56,80(4-16)	807.50	51,84(8-29)	887.50	45,16(7-23)	740.50	65,25(15-47)	621.50	60,11(0-15)	734.50
	Hayır	66.70±19.11	0.043*	51,35(4-17)	0.449**	52,68(8-37)	0.907**	54,47(5-25)	0.197**	49,08(11-46)	0.025**	50,46(0-12)	0.178**
Kuru meyve tüketimi	Evet	72.27±15.96	1.159	69,37(4-16)	444.50	58,10(8-29)	613.50	47,67(7-21)	595.00	58,90(11-47)	601.50	72,67(0-15)	395.00
	Hayır	66.55±18.51	0.262*	50,88(4-17)	0.030**	52,74(8-37)	0.527**	54,46(7-25)	0.426**	52,61(11-46)	0.462**	50,34(0-12)	0.008**
Alınan sıvı miktarının artırılması	Evet	61.67±18.06	0.072	50,92(4-15)	545.50	43,50(8-23)	621.00	52,44(5-21)	773.00	47,17(11-41)	678.00	61,31(0-12)	651.50
	Hayır	68.52±18.12	0.146*	54,03(4-17)	0.694**	55,55(8-37)	0.125**	53,72(5-25)	0.873**	54,80(11-47)	0.337**	51,90(0-15)	0.232**

*Independent Simple T test, **Mann-Whitney U Test, ***One Way Anova, ****Kruskal Wallis, †Tamhane's, ††Tukey HSD

Tablo 5: Ölçek puanları ve bazı değişkenler arasındaki ilişki , Konya-2024

Değişkenler		KYK						KDÖ
			Fiziksel Rahatlık	Sosyal Rahatlık	Memnuniyet	Kendine Saygı	Toplam	
	Yaş	r	,067	,004	-,055	,067	,193*	,200*
		P	,494 ^a	,966	,574	,497	,047	,040
	BKI	r	,231*	,209*	,267**	,057	,148	,238*
		P	,017 ^a	,032	,006	,563	,130	,014
	Tüketilen Sıvı Miktarı	r	,020	-,091	-,059	,005	,169	-,116
		P	,839	,354	,551	,960	,083	,236
KYK	Toplam	r	1,000	,841**	,868**	,266**	,767**	,747**
		P	.	,000	,000	,006	,000	,000
	Fiziksel Rahatlık	r	,841**	1,000	,766**	,193*	,497**	,817**
		P	,000	.	,000	,047	,000	,000
	Sosyal Rahatlık	r	,868**	,766**	1,000	,136	,484**	,683**
		P	,000	,000	.	,166	,000	,000
	Memnuniyet	r	,266**	,193*	,136	1,000	-,022	,115
		P	,006	,047	,166	.	,824	,242
	Kendine Saygı	r	,767**	,497**	,484**	-,022	1,000	,488**
		P	,000	,000	,000	,824	.	,000

^aPearson korelasyon, ^bSperman korelasyon

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Tartışma

Bu araştırmada obez bireylerin yaşadığı konstipasyonun şiddeti, konstipasyon yaşam kalitesi ve konstipasyona yönelik uygulamaları değerlendirilmiştir. Bu çalışmaya katılan obez bireylerin yaklaşık %35'i konstipasyon yaşamaktadır. Dünya genelinde yetişkinlerde konstipasyon prevalansı %16,6 olarak bildirilmiştir (29,30)

Fakat yapılan çalışmalar obez bireylerde konstipasyon prevalansının %37-50 arasında olduğunu göstermektedir (31,32). Obez bireylerin konstipasyon yaşama oranının >50 olduğunu açıklayan çalışma da mevcuttur (32). Bu çalışmada da benzer şekilde obez bireylerin %30'undan fazlasında konstipasyonun görüldüğü sonucuna ulaşılmıştır. Obez bireylerin normal kiloda olanlardan daha fazla konstipasyon yaşadığı söylenebilir.

Bireyin yaşadığı konstipasyon; günlük aktivitelerini gerçekleştirmesine engel olurken (33), bireyde başka hastalıklara zemin oluşturarak (34) bireyin daha sık hastaneye gitmesine ve sağlık giderlerinin artmasına neden olup yaşam kalitesini olumsuz etkiler (35). Genel olarak bakıldığında bireyin yaşadığı konstipasyon yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (36,37)5, or 10 g/day, FOS at doses of 10 and 20 g/day, or placebo at 5 g/day for one month. We compared improvements in gastrointestinal function after the intervention using the Bristol Stool Form Scale (BSFS). Yapılan bir çalışmada artan BKI ile konstipasyon arasında pozitif bir ilişkinin varlığı açıklanmıştır (38). Ayrıca BKI arttıkça dışkıının kıvamının da arttığı bildirilmiştir (39). Bu çalışmada da bireylerin yaşadığı konstipasyonun yaşam kalitesini olumsuz etkilediği sonucu elde edilmiştir. Bireyde BKI arttıkça konstipasyonun şiddetinin arttığı, artan konstipasyon şiddetinin bireyin yaşam kalitesini olumsuz etkilediği söylenebilir.

Konstipasyonu artıran etkenlerden biri düzenli dışkılama alışkanlığının bulunmamasıdır (24). Özellikle erken yaşlardan itibaren kazanılan düzenli dışkılama alışkanlığı konstipasyona engel olmada oldukça etkilidir (40). Sabah saatlerinde düzenli tuvalet alışkanlığının bulunması konstipasyonu azaltırken (41) düzensiz dışkılama alışkanlığının varlığı ise artırmaktadır (42). Bu çalışmada farklı olarak katılımcıların dışkılama alışkanlığının varlığının bireylerin KYK ve KDÖ puanlarını olumsuz yönde etkilediği tespit edilmiştir.

Bireyler konstipasyonu gidermek amacı ile farklı besinler alma yoluna gitmektedirler (29,30). Konstipasyonu yaşayan bireyler bu sorunlarına çözüm için kayısı tüketmeyi (44), erik tüketmeyi denemektedir. Genel olarak bakıldığında lif, sorbitol ve (poli)fenol bakımından zengin olan bu meyvelerin bağırsak mikrobiyotasını ve bağırsak hareketliliğini etkileyerek konstipasyon için çözüm olabileceği belirtilmektedir (45). Konstipasyona çözüm alternatifi olarak kullanılan besinlerden biri de zeytinyağıdır. Zeytinyağı ile karın masajı yapılması (46), lavman uygulanmasında zeytinyağı kullanılması (47), zeytin yağının besin olarak tüketilmesi konstipasyona çözüm amaçlı uygulanabilmektedir (48). Bu çalışmadaki bireylerin konstipasyona bağlı rahatsızlığı gidermek amacı ile zeytinyağı, kayısı, erik, komposto tükettikleri söylenebilir.

Sonuç

Obez bireylerin yaklaşık %30'dan fazlası konstipasyon yaşamaktadır, yaşadıkları konstipasyon 16 puan üzerinden 4 puandır. Konstipasyon obez bireylerin konstipasyona bağlı yaşam kalitelerini hafif düzeyde etkilemektedir. Bireylerin hem KYK'sı hem de KDÖ'sü dışkılama alışkanlığından ve konstipasyona çözüm amacıyla aldıkları ek besinlerden etkilenmektedir. Obez bireylerin % 32.1'i konstipasyona çözüm için farklı besinlerden faydalanmaktadır. Sık kullanılan besinler zeytinyağı, kayısı, erik, kompostodur. Bu araştırmanın en önemli sonucu bireylerde artan BKİ'nin konstipasyon şiddetini artırması ve yaşam kalitesini olumsuz etkilemesidir.

Öneriler

Hemşirelerin her hastayı obezite yönünden değerlendirmesi ve bireyi bilgilendirmesi ve destek olması uygun olacaktır. Hemşireler obez bireylerin daha fazla konstipasyon yaşıyor olduğunun bilinciyle hastalarını takip etmeli ve gerekli bakımı uygulamalıdır. Bunun yanında hemşireler tarafından toplumda obeziteye ve konstipasyonun yönetimine yönelik taramalar ve farkındalık eğitimleri düzenlenebilir. Bu eğitimlere öğrencilerin dahil edilmesi onların da farkındalığını artıracaktır.

KAYNAKLAR

1. d'Errico M, Pavlova M, Spandonaro F. The economic burden of obesity in Italy: a cost-of-illness study. *Eur J Heal Econ [Internet]*. 2022 Mar 4;23(2):177–92. Available from: <https://link.springer.com/10.1007/s10198-021-01358-1>
2. Stefura T, Droś J, Kacprzyk A, Wierdak M, Proczko-Stepaniak M, Szymański M, et al. Influence of Preoperative Weight Loss on Outcomes of Bariatric Surgery for Patients Under the Enhanced Recovery After Surgery Protocol. *Obes Surg [Internet]*. 2019 Apr 10;29(4):1134–41. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s11695-018-03660-z>
3. Sergesketter AR, Geng Y, Shammass RL, Denis G V, Bachelder R, Hollenbeck ST. The Association Between Metabolic Derangement and Wound Complications in Elective Plastic Surgery. *J Surg Res [Internet]*. 2022 Oct;278:39–48. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0022480422001652>
4. Aziz I, Whitehead WE, Palsos OS, Törnblom H, Simrén M. An approach to the diagnosis and management of Rome IV functional disorders of chronic constipation. *Expert Rev Gastroenterol Hepatol [Internet]*. 2020 Jan 2;14(1):39–46. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/17474124.2020.1708718>
5. Mahadeva S. Obesity and functional gastrointestinal disorders: What is the link? *J Gastroenterol Hepatol [Internet]*. 2023 Mar 10;38(3):344–5. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jgh.16158>
6. Yurtdaş G, Acar-Tek N, Akbulut G, Cemali Ö, Arslan N, Beyaz Coşkun A, et al. Risk Factors for Constipation in Adults: A Cross-Sectional Study. *J Am Coll Nutr [Internet]*. 2020 Nov 16;39(8):713–9. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/07315724.2020.1727380>
7. Birimoglu Okuyan C, Bilgili N. Effect of abdominal massage on constipation and quality of life in older adults: A randomized controlled trial. *Complement Ther Med [Internet]*. 2019 Dec;47:102219. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0965229919308787>
8. Faghihi A, Zohalinezhad ME, Najafi Kalyani M. Comparison of the Effects of Abdominal Massage and Oral Administration of Sweet Almond Oil on Constipation and Quality of Life among Elderly

- Individuals: A Single-Blind Clinical Trial.* Capurso C, editor. *Biomed Res Int* [Internet]. 2022 Jan 21;2022(1). Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1155/2022/9661939>
9. Olgun S, Eser İ. The Effect of Abdominal Massage on Chronic Constipation and Constipation Quality of Life in Elderly: A Randomized Controlled Trial. *Int J Caring Sci.* 2022;15(1):316–24.
 10. Chang L, Chey WD, Imdad A, Almario C V, Bharucha AE, Diem S, et al. American Gastroenterological Association-American College of Gastroenterology Clinical Practice Guideline: Pharmacological Management of Chronic Idiopathic Constipation. *Gastroenterology* [Internet]. 2023 Jun;164(7):1086–106. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0016508523005139>
 11. Guo M, Le X, Qin-yu W, Ye M, Sheng-qiang Z, Yao X, et al. Effectiveness and Safety of Acupoint Catgut Embedding for the Treatment of Poststroke Constipation: A Systematic Review and Meta-Analysis. Liu Z, editor. *Evidence-Based Complement Altern Med* [Internet]. 2022 Jul 5;2022:1–10. Available from: <https://www.hindawi.com/journals/ecam/2022/8080297/>
 12. Yao J peng, Chen L ping, Xiao X jun, Hou T hui, Zhou S yuan, Xu M min, et al. Effectiveness and safety of acupuncture for treating functional constipation: An overview of systematic reviews. *J Integr Med* [Internet]. 2022 Jan;20(1):13–25. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2095496421001011>
 13. Wegh CAM, Baaleman DF, Tabbers MM, Smidt H, Benninga MA. Nonpharmacologic Treatment for Children with Functional Constipation: A Systematic Review and Meta-analysis. *J Pediatr* [Internet]. 2022 Jan;240:136–149.e5. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0022347621008830>
 14. Aydinli A, Karadağ S. “Effects of abdominal massage applied with ginger and lavender oil for elderly with constipation: A randomized controlled trial.” *EXPLORE* [Internet]. 2023 Jan;19(1):115–20. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1550830722001525>
 15. Jaafar HJ. Effects of Apricot and Apricot Kernels on Human Health and Nutrition: A Review of Recent Human Research. *Tech Biochem* [Internet]. 2021 Aug 4;2(2):139–62. Available from: <https://techniumscience.com/index.php/biochemmed/article/view/4328>
 16. Zhuang G, Linmei S. Progress of Research on the Effect of Fruits on Intestinal Motility and Constipation Treatment. *J Contemp Med Pract* [Internet]. 2022 Jul 1;4(7). Available from: http://www.bryanhousepub.org/src/static/pdf/JCMP-2022-4-7_23.pdf
 17. Ramos CI, Nerbass FB, Cuppari L. Constipation in Chronic Kidney Disease: It Is Time to Bridge the Gap. *Kidney Dial* [Internet]. 2022 May 3;2(2):221–33. Available from: <https://www.mdpi.com/2673-8236/2/2/23>
 18. Patiraki E, Katsaragakis S, Dreliozzi A, Prezerakos P. Nursing Care Plans Based on NANDA, Nursing Interventions Classification, and Nursing Outcomes Classification: The Investigation of the Effectiveness of an Educational Intervention in Greece. *Int J Nurs Knowl* [Internet]. 2015/10/17. 2017;28(2):88–93. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26472136>
 19. Nakano K, Kanno Y, Kajiwara K, Kobayashi M, Morikawa M, Matsuda Y, et al. Nursing Support for Constipation in Patients with Cancer: A Scoping Review. *J Palliat Med* [Internet]. 2024 Jul 29; Available from: <https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/jpm.2024.0071>
 20. Li J, Zhang D, Zhang Y, Li C, Fan X, Yu Q, et al. Improving the nursing quality of non-pharmacological interventions for elderly constipation patients in the hospital: a best practice implementation project. *JBI Evid Implement* [Internet]. 2024 Oct 22; Available from: <https://journals.lww.com/10.1097/XEB.0000000000000478>
 21. Christensen ME, Klette MIB, Hansen BS. Constipation in the critically ill. *Int J Crit Care* [Internet]. 2023 Dec 1;17(3):22–68. Available from: <https://wfccn-ijcc.com/index.php/ijcc/article/view/51>
 22. Gupta R. Managing Constipation in Children: A Comprehensive Approach for Community Nurses. *J Med Clin Nurs Stud* [Internet]. 2023 Dec 31;1–8. Available from: <https://oaskpublishers.com/assets/article-pdf/managing-constipation-in-children-a-comprehensive-approach-for-community-nurses.pdf>
 23. Bulbul E, Cepken T, Caliskan F, Palabiyik B, Sayan C, Kazancioglu R. The quality of life and comfort levels of hemodialysis patients with constipation: A descriptive and <scp>cross-sectional</scp> study. *Hemodial Int* [Internet]. 2022 Jul 21;26(3):351–60. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/hdi.13009>
 24. Yıldırım Kaptanoğlu A. Sağlık Alanında Hipotezden Teze. *1st ed.* İstanbul: Beşir Kitabevi, İstanbul; 2013. 38–58 p.
 25. Aktuğ C. Validity And Reliability Of The Turkish Version Of Constipation Assessment Scale In Nursing Students. *Eurasian J Fam Med* [Internet]. 2017;6(2):72–6. Available from: <https://search.trdizin.gov.tr/en/yayin/detay/311203/validity-and-reliability-of-the-turkish-version-of-constipation-assessment-scale-in-nursing-students>
 26. Marquis P, De La Loge C, Dubois D, McDermott A, Chassany O. Development and validation of the Patient Assessment of Constipation Quality of Life questionnaire. *Scand J Gastroenterol* [Internet]. 2005 May 8;40(5):540–51. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/00365520510012208>
 27. Dedeli Ö, Turan İ, Fadilloğlu Ç, Bor S. Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. *MN Dahili Tıp Bilim.* 2007;2(1–2):36–43.
 28. Harrison V, Kemp R, Brace N, Snelgar R. *SPSS for psychologists.* 7th ed. New York: Bloomsbury Publishing; 2021. 153 p.
 29. Walke MP, Sakharkar S. Review on Constipation in Adults. *Int J Curr Res Rev* [Internet]. 2021;13(10):84–8. Available from: https://ijcrr.com/uploads/3732_pdf.pdf
 30. Gandhi RH, Gunjal SB. Effect of aerobic exercise along with core muscle strengthening in young individuals with constipation: randomized controlled trial. *Int J Res Med Sci* [Internet]. 2023 Jul 29;11(8):2857–62. Available from: <https://www.msjonline.org/index.php/ijrms/article/view/11934>
 31. Uspenskiy YP, Baryshnikova N V, Niyazov RM, Kizimova OA.

- Disorders of circadian rhythms of defecation in obese patients. *Exp Clin Gastroenterol* [Internet]. 2022 Oct 5;(3):68–73. Available from: <https://www.nogr.org/jour/article/view/1958>
32. Chaichanavichkij P, Vollebregt PF, Keshishian K, Knowles CH, Scott SM. The Clinical Impact of Obesity in Patients With Disorders of Defecation: A Cross-Sectional Study of 1,155 Patients. *Am J Gastroenterol* [Internet]. 2023 Dec;118(12):2247–57. Available from: <https://journals.lww.com/10.14309/ajg.0000000000002400>
33. Wenjie Xu, Shanshan Xu, Ruobing Feng, Li Zeng. Yunpi Tongbian Fang alleviates slow transit constipation induced by loperamide by regulating intestinal microbiota and short-chain fatty acids in rats. *Cell Mol Biol* [Internet]. 2023 Oct 31;69(10):23–9. Available from: <https://cellmolbiol.org/index.php/CMB/article/view/4946>
34. Duan T, Wang X, Dong X, Wang C, Wang L, Yang X, et al. Broccoli-Derived Exosome-like Nanoparticles Alleviate Loperamide-Induced Constipation, in Correlation with Regulation on Gut Microbiota and Tryptophan Metabolism. *J Agric Food Chem* [Internet]. 2023 Nov 8;71(44):16568–80. Available from: <https://pubs.acs.org/doi/10.1021/acs.jafc.3c04150>
35. Al Nou'mani J, Al Alawi AM, Al-Maqbali JS, Al Abri N, Al Sabbri M. Prevalence, Recognition, and Risk Factors of Constipation among Medically Hospitalized Patients: A Cohort Prospective Study. *Medicina (Kaunas)* [Internet]. 2023 Jul 23;59(7). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/37512158>
36. Corsetti M, Brown S, Chiarioni G, Dimidi E, Dudding T, Emmanuel A, et al. Chronic constipation in adults: Contemporary perspectives and clinical challenges. 2: Conservative, behavioural, medical and surgical treatment. *Neurogastroenterol Motil* [Internet]. 2021 Jul;33(7). Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/nmo.14070>
37. Yi W, Wang Q, Xue Y, Cao H, Zhuang R, Li D, et al. Xylo-oligosaccharides improve functional constipation by targeted enrichment of *Bifidobacterium*. *Food Sci Nutr* [Internet]. 2024;12(2):1119–32. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/fsn3.3827>
38. Macêdo MIP, Albuquerque M de FM, Tahan S, Morais MB de. Is there any association between overweight, physical activity, fat and fiber intake with functional constipation in adolescents? *Scand J Gastroenterol* [Internet]. 2020 Apr 2;55(4):414–20. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/00365521.2020.1749878>
39. Baryshnikova N V., Sousova Y V., Ivanova AS. Heartburn and constipation in overweight patients. *Med Alph* [Internet]. 2020 Sep 23;(17):11–4. Available from: <https://www.med-alphabet.com/jour/article/view/1619>
40. Singhal PK, Gupta P, Mathur M. The effects of lifestyle changes like diet, toilet habits, physical activity and others in children with functional constipation. *Int J Contemp Pediatr* [Internet]. 2023 Oct 26;10(11):1673–9. Available from: <https://www.ijpediatrics.com/index.php/ijcp/article/view/5727>
41. Caetano AC, Costa D, Silva-Mendes S, Correia-Pinto J, Rolanda C. Constipation: Prevalence in the Portuguese community using Rome IV—Associated factors, toilet behaviours and healthcare seeking. *United Eur Gastroenterol J* [Internet]. 2022 May 22;10(4):376–84. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ueg2.12221>
42. Alkan S, Çakır M, Varman A. The correlation between medical students' bowel habits and chronic constipation. *J Med Palliat Care* [Internet]. 2023 Jun 28;4(3):219–23. Available from: <https://dergipark.org.tr/en/doi/10.47582/jompac.1283740>
43. Fedorin MM, Livzan MA, Gaus O V. Clinical stigmas of irritable bowel syndrome associated with obesity and overweight. *Med Alph* [Internet]. 2023 Jun 27;(11):18–24. Available from: <https://www.med-alphabet.com/jour/article/view/3146>
44. Vakili M, Ahmadipour S, Rahmani P. Concise review: Herbal remedies and herbal plants for constipation in children. *Biomed Res Ther* [Internet]. 2018 May 15;5(5):2260–7. Available from: <http://www.bmrat.org/index.php/BMRAT/article/view/438>
45. Katsirma Z, Dimidi E, Rodriguez-Mateos A, Whelan K. Fruits and their impact on the gut microbiota, gut motility and constipation. *Food Funct* [Internet]. 2021;12(19):8850–66. Available from: <https://xlink.rsc.org/?DOI=D1FO01125A>
46. Faghihi A, Najafi SS, Hashempour MH, Najafi Kalyani M. The Effect of Abdominal Massage with Extra-Virgin Olive Oil on Constipation among Elderly Individuals: A Randomized Controlled Clinical Trial. *Int J community based Nurs midwifery* [Internet]. 2021 Oct;9(4):268–77. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34604396>
47. Yokoi A, Kamata N. The usefulness of olive oil enema in children with severe chronic constipation. *J Pediatr Surg* [Internet]. 2021 Jul;56(7):1141–4. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S002234682100258X>
48. Garcia-Serrano S, Ho-Plagaro A, Santiago-Fernandez C, Rodríguez-Díaz C, Martín-Reyes F, Valdes S, et al. An Isolated Dose of Extra-Virgin Olive Oil Produces a Better Postprandial Gut Hormone Response, Lipidic, and Anti-Inflammatory Profile than Sunflower Oil: Effect of Morbid Obesity. *Mol Nutr Food Res* [Internet]. 2021 Nov 18;65(22). Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/mnfr.202100071>

ARAŞTIRMA / Research Articles

Duygu Düzenleme Güçlüğü'nün Ayrılma Anksiyetesi ve Belirsizliğe Tahammülsüzlük İlişkisindeki Aracı Rolü: COVID-19 Pandemisi Döneminde Toplum ve Sağlık Çalışanları Örneklemini Karşılaştırması

The Mediating Role of the Emotion Regulation Difficulty in the Relationship Between Separation Anxiety and Intolerance of Uncertainty: A Comparison of Community and Healthcare Professionals Samples in the COVID-19 Pandemic Period

Emel ÇULHA¹ Miray AKYUNUS²

ÖZ

Bu araştırmanın amacı, COVID-19 pandemisinde sağlık çalışanları ile toplum örnekleminin, belirsizliğe tahammülsüzlük, yetişkin ayrılma anksiyetesi belirtileri, duygu düzenleme güçlüğü ve yaygın anksiyete belirtileri açısından karşılaştırılması; ayrıca belirsizliğe tahammülsüzlük ve yetişkin ayrılma anksiyetesi arasındaki ilişkide duygu düzenleme güçlüğü'nün aracı rolünün incelenmesidir. Araştırmaya, 265'i sağlık çalışanı ve 260'ı sağlık çalışanı olmayan 525 yetişkin katılmıştır. Veriler; Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Ölçeği, Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği ve Yaygın Anksiyete Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Grup karşılaştırmaları için bağımsız örneklem t-testi, aracılık modeli için ise yaygın anksiyete değişkeninin etkisi kontrol edilerek PROCESS makro (Model 4) kullanılmıştır. Bulgular, sağlık çalışanlarının belirsizliğe tahammülsüzlük düzeylerinin ve ayrılma anksiyetesi belirtilerinin sağlık çalışanı olmayanlara göre daha yüksek olduğunu göstermiştir. İki grupta da, duygu düzenleme güçlüklerinin, belirsizliğe tahammülsüzlük ve ayrılma anksiyetesi arasındaki ilişkide aracı rolü olduğu bulunmuştur. Sonuçlar, sağlık çalışanlarının benzeri salgın süreçlerinin psikolojik etkileri açısından risk altında olabileceğini ve ayrılma anksiyetesine yönelik müdahalelerde belirsizlikle baş etme ve duygu düzenleme becerilerinin geliştirilmesinin önemini göstermiştir.

Anahtar Kelimeler: yetişkin ayrılma anksiyetesi, belirsizliğe tahammülsüzlük, duygu düzenleme güçlüğü, sağlık çalışanları, COVID-19

ABSTRACT

The aim of this study is to compare healthcare workers and the general population during the COVID-19 pandemic in terms of intolerance of uncertainty, adult separation anxiety symptoms, emotion regulation difficulties, and generalized anxiety symptoms. It also examines the mediating role of emotion regulation difficulties in the relationship between intolerance of uncertainty and adult separation anxiety. The study included 525 adults, with 265 healthcare workers and 260 non-healthcare workers. Data were collected using the Adult Separation Anxiety Scale, Intolerance of Uncertainty Scale, Difficulties in Emotion Regulation Scale, and Generalized Anxiety Scale. Independent samples t-tests were used for group comparisons, and for the mediation model, the effect of generalized anxiety was controlled using the PROCESS macro (Model 4). Findings revealed that healthcare workers had significantly higher levels of intolerance of uncertainty and separation anxiety symptoms compared to non-health workers. In both groups, emotion regulation difficulties mediated the relationship between intolerance of uncertainty and separation anxiety. Results suggest that healthcare workers may be at risk for the psychological impacts of similar pandemic situations, highlighting the importance for coping skills with uncertainty and emotion regulation skills in interventions targeting separation anxiety.

Keywords: adult separation anxiety, intolerance of uncertainty, difficulty in emotion regulation, healthcare professionals, COVID-19

1. Giriş ve Amaç

Yetişkin ayrılma anksiyetesi belirtileri, diğer psikolojik belirtilerle örtüşebildiğinden, klinik değerlendirmelerde zaman zaman göz ardı edilebilmektedir (1). Bu durumun, yetişkin ayrılma anksiyetesinin çocukluk çağı formundan ayrı ve nispeten yeni bir psikopatoloji kavramı olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Literatürde bu bozukluğa ilişkin çalışmalar

kısıtlı olmakla birlikte, ayrılma anksiyetesi üzerinde etkili olabilecek potansiyel faktörler tanımlanmaktadır. Bu faktörlerden biri, belirsizliğe tahammülsüzlük olarak öne çıkmaktadır. Araştırmacılar, belirsizliğe tahammülsüzlüğün, diğer anksiyete türlerinde olduğu gibi ayrılma anksiyetesi belirtilerine de katkıda bulunabilecek önemli bir faktör olduğuna dikkat çekmektedir. Ancak, bu ilişkinin altında yatan mekanizmalar henüz tam olarak aydınlatılamamış ve konuya ilişkin ampirik çalışmalar yetersiz kalmıştır (2, 3). Sonuç olarak, belirsizliğe tahammülsüzlük ve ayrılma anksiyetesi arasındaki ilişkinin incelenerek bu ilişkide rol oynayabilecek aracı

1-Klinik Psikolog, Çanakkale, Türkiye

E-mail: emellculha@gmail.com ORCID: 0000-0001-9923-3960

2-Doç. Dr., Bahçeşehir Üniversitesi, Psikoloji Bölümü, İstanbul, Türkiye

E-mail: makyunus@gmail.com ORCID: 0000-0002-8999-7075

Gönderim Tarihi: 20.11.2024 - Kabul Tarihi: 03.12.2025

mekanizmaların ampirik olarak araştırılması alana katkı sağlayabilir.

Bu araştırmada duygu düzenleme g c l ğ n n belirsizliğe tahammülsüzlük ile ayrılma anksiyetesi ilişkisindeki aracı rolü incelenmiştir. İşlevsel olmayan duygu düzenleme becerilerinin, birçok psikolojik belirtiye zemin hazırladığı bilinmektedir (4). Tehdit ve tehlike karşısında duygusal tepkiler verilmesi normal ve uyumlu s reer olmakla birlikte, COVID-19 pandemisinde olduğu gibi tehditin belirsiz ve öngörülemez olduğu koşullarda bu süreçler bozularak, psikolojik işlevler üzerinde olumsuz etkilere yol açabilir (5). Nitekim bu dönemde yaşanan belirsizliklerin, bireylerin ilişkilere yönelik kaygılarını artırdığı; özellikle yakın ilişki içinde olunan kişilerden ayrılma ihtimalinin ayrılma anksiyetesi belirtilerini tetiklediği gösterilmiştir (6,7) Güncel bir araştırma ise, pandemi sürecinde belirsizliğe tahamm ls zl kteki artışın, anksiyete ve diğer psikolojik belirtilerle ilişkili olduğunu ve duygu düzenleme g c l ğ n n bu ilişkide aracı rol üstlendiğini göstermektedir (8). Bu bulgular ışığında, benzer bir aracı mekanizmanın ayrılık anksiyetesi belirtilerini de açıklayabileceği öngörülmektedir.

Araştırmanın yürütüldüğü COVID-19 pandemisinin psikolojik süreçler üzerinde önemli ölçüde olumsuz etkiler yarattığı bilinmektedir (9). Pandeminin yol açtığı olumsuzluklar karşısında, belirsizliğe tahammülsüzlük ve duygu düzenleme g c l ğ n n psikolojik belirtilerin gelişiminde risk faktörleri olarak ortaya çıktığı görülmektedir (8). Özellikle, tehlike içeren ortamlara maruz kalma ve sevilen kişilerin kaybedilme riskinin arttığı durumlarda, bireylerin belirsizlik ve ayrılma anksiyetesi yaşama olasılığının arttığı gözlemlenmiştir (6). Pandemi döneminde, mesleki gereklilikler nedeniyle yüksek riskli ortamlarda bulunmak durumunda olan ve diğer gruplara göre daha dezavantajlı konumda olan sağlık çalışanları özel bir risk grubunu oluşturur (10).

Bu çalışmanın temel amacı, belirsizliğe tahammülsüzlük, duygu düzenleme gücülüğü ve ayrılma anksiyetesinin pandemi koşullarında hangi mekanizmalarla işlediği ve hangi gruplarda

daha yoğun görüldüğünün incelenmesidir. Bu çerçevede araştırma amaçları; (a) COVID-19 pandemisi döneminde sağlık çalışanları ve toplum örneklemini belirsizliğe tahammülsüzlük, duygu düzenleme gücülüğü, ayrılma anksiyetesi ve yaygın anksiyete belirtileri açısından karşılaştırmak ve (b) belirsizliğe tahammülsüzlük ile ayrılma anksiyetesi arasında duygu düzenleme g c l ğ n n aracı rolünü incelemektir. Bulgular, ileride yaşanabilecek başka salgın koşullarında uygulanmak üzere geliştirilecek önleyici ve destekleyici müdahale programlarının öncelikli hedef gruplarını ve içeriğini belirlemeye katkı sağlayacaktır. Araştırmanın hipotezleri şu şekilde oluşturulmuştur:

(H1) Sağlık alışanı olan kişilerin ayrılma anksiyetesi, belirsizliğe tahammülsüzlük, duygu düzenleme gücülüğü ve yaygın anksiyete belirti düzeyleri sağlık çalışanı olmayan katılımcılardan daha yüksektir.

(H2) Yaygın anksiyete belirtilerinin etkisi kontrol edildiğinde, hem sağlık çalışanları hem de toplum örnekleminde, belirsizliğe tahamm ls zl kte artış, duygu düzenleme g c l ğ nde artış aracılığıyla ayrılma anksiyetesi belirtilerinde artışa yol açar.

2. Genel Bilgiler

Ayrılma anksiyetesi, sevilen kişilerden uzak, ayrı kalmaya ilişkin duyulan yoğun korku ve kaygı olarak tanımlanmaktadır.  nceki yıllarda ayrılma anksiyetesinin yalnızca çocukluk dönemine özgü olduğu düşünülmüştür. Ardından yetişkinlerde de görülebileceği anlaşılarak yaş kriteri kaldırılmış ve ayrılma anksiyetesi yeni bir kategoriye dahil edilmiştir (11,12). Görece yeni bir tanı kategorisi olduğu için, yetişkin ayrılma anksiyetesi ile yürütülen görgül araştırmalar sınırlı kalmıştır. Dolayısıyla, ayrılma anksiyetesi ile ilişkili olabilecek bazı bireysel eğilimlerin araştırılmasının, ayrılma anksiyetesinin doğasının aydınlatılmasında önemli olduğu düşünülmektedir. Anksiyete bozuklukları belirtilerinin g c l  yordayıcılarından biri olan belirsizliğe tahammülsüzlük, yaygın anksiyete belirtileriyle de ilişkili faktörlerden biridir (13,14).

Belirsizliğe tahammülsüzlük kavramı, bireylerin belirsizlik içeren durumlara karşı olumsuz yanıt verme eğilimi olarak tanımlanmaktadır (15). Belirsizliğe tahammülsüzlük ve ayrılma anksiyetesi ilişkisini inceleyen ilk araştırmada, yakınlarımızın belli bir durum sonucu zarar görme ihtimalinin neredeyse her zaman bulunduğu ve bu kişilerin kalıcı/geçici yokluğunda bu duruma yönelik bir belirsizlik yaşanabildiği belirtilmiştir. Yaşanan belirsiz duruma bağlı olarak da ayrılmaya dair duyulan kaygı ve korkunun artabileceği ileri sürülmüştür (16). Bireyler, bu belirsizliği gidermek adına sık telefon görüşmeleriyle sevdiklerini arama gibi güvenliği teyit edici davranışlar sergileyebilmektedirler (17). Ülkemizde yürütülen bir araştırmada belirsizliğe tahammülsüzlüğün ayrılık anksiyetesi yaşayan bireylerin psikolojik süreçleri üzerinde belirleyici bir etkiye sahip olduğu ifade edilmiş ve aralarındaki ilişki gösterilmiştir (18). Dolayısıyla, belirsizliğe tahammül veya tahammülsüzlüğün ayrılma anksiyetesi belirtileriyle baş etmede önemli bir rolü olduğu düşünülmektedir.

Bu dinamik, özellikle COVID-19 pandemisi sürecinde daha görünür hale gelmiştir. Sevilen birinin beklenmedik hastalığı ya da ani kaybı gibi travmatik yaşantılar, ayrılma anksiyetesi belirtilerini tetikleyebilecek, belirsizlik içeren durumlardır (1,19,20). Ayrıca, COVID-19 pandemisi sürecinde, acil servis gibi ortamların hasta yakınlarında ayrılma anksiyetesiyle birlikte belirsizlik hissini de tetiklemesi, bu ilişkinin giderek daha fazla araştırmaya konu olduğunu göstermektedir (6). Son dönemde yapılan araştırmalar, pandemi sürecinde belirsizliğe tahammülsüzlük düzeylerindeki artışın anksiyete ile ilişkili belirtileri artırdığını göstermektedir (6,7).

Duygu düzenleme güçlüğü, belirsizliğe tahammülsüzlük ve anksiyete ile bağlantılı psikolojik belirtiler arasındaki ilişkiye aracı edebilecek önemli bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır. Çünkü belirsizliğe tahammülsüzlük, olumsuz bir duygu yönelimine yol açarak, kaygı, endişe gibi belirtilerin oluşumuna zemin hazırlamaktadır (21). Aslında, bireylerin olumsuz duyguları düzenleme konusunda yaşadığı

güçlükler ile, belirsizliğe tahammül etmedeki zorlukları eş zamanlı olarak artış göstermektedir (22). Aynı zamanda, etkin olmayan duygu düzenleme stratejilerinin, kişilerde ayrılma anksiyetesi belirtilerini artıran bir faktör olduğu saptanmıştır (23,24). Dolayısıyla, belirsizliğe tahammülsüzlük, kişilerde duygu düzenleme güçlüğü artıran ayrılma anksiyetesi belirtilerinin gelişimine yol açabilir.

COVID-19 pandemisi, salgının boyutunun küresel olması nedeniyle bireylerin psikolojik süreçleri üzerinde anksiyete ve depresyon başta olmak üzere pek çok olumsuz etkiyi beraberinde getirmiştir (9, 25,26,27). Bu dönem, yalnızca COVID-19 pandemisine bağlı olmasa da; belirsizliklerin yoğunlaştığı, bireylerin sevdikleriyle eskisi gibi rahatça bir araya gelemediği ve yakınlarını kaybetme tehlikesiyle karşı karşıya kaldığı bir süreçtir (26,28,29).

Pandeminin psikolojik etkileri toplumun genelinde etkili olsa da, sağlık çalışanları gibi bazı gruplar mesleki koşulları nedeniyle bu etkilere karşı diğerlerine kıyasla daha savunmasız olabilirler (10). Pandemi sırasında artan görev yükü, enfekte olma riski, bulaş riski nedeniyle yakınlarından uzak kalma, ev dışında konaklama ve sosyal izolasyon bu dönemin ağır koşulları arasında yer almaktadır (30,31). Bulaş riskine yönelik kaygılar ve sosyal mesafe önlemleri sebebiyle, sağlık çalışanlarının COVID-19 pandemisi sürecinde ayrılma anksiyetesi düzeylerinde, pandemi öncesine kıyasla artış yaşandığı gösterilmiştir (32). Ülkemizde yürütülen bir çalışmada, sağlık çalışanlarında pandemi döneminde artan anksiyete düzeylerinin, duygu düzenleme güçlükleriyle bir arada görülebileceği bulunmuştur (33). Ayrıca, pandeminin sağlık çalışanları üzerindeki psikolojik etkilerinin anlaşılmasında belirsizliği tolere etme becerisinin önemli olduğu sonucuna ulaşılmıştır (34).

Bu bilgiler ışığında, COVID-19 pandemisi döneminden en fazla etkilenen gruplardan birinin sağlık çalışanları olduğu düşünülmektedir. Bu kişilerin yukarıda sayılan stres faktörlerine maruziyetleri dolayısıyla COVID-19 pandemisi döneminde belirsizliğe tahammülsüzlük, duygu

düzenleme güçlüğü, ayrılma anksiyetesi belirti düzeyleri ve yaygın anksiyete seviyelerinin toplum örneklemine göre daha yüksek olması beklenmektedir. Araştırma bulgularında karıştırıcı olabilecek yaygın anksiyete değişkeninin etkisi, bu çalışmada istatistiki olarak kontrol edilmiştir. Bunun bir nedeni belirsizliğe tahammülsüzlüğün yaygın anksiyete bağlamında temel bir belirleyici olarak tanımlanmasıdır (35). Aynı zamanda, geniş çaplı komorbidite araştırmaları, yaygın anksiyetenin ayrılma anksiyetesi belirtileriyle sıklıkla bir arada görüldüğünü göstermektedir (36).

3. Yöntem

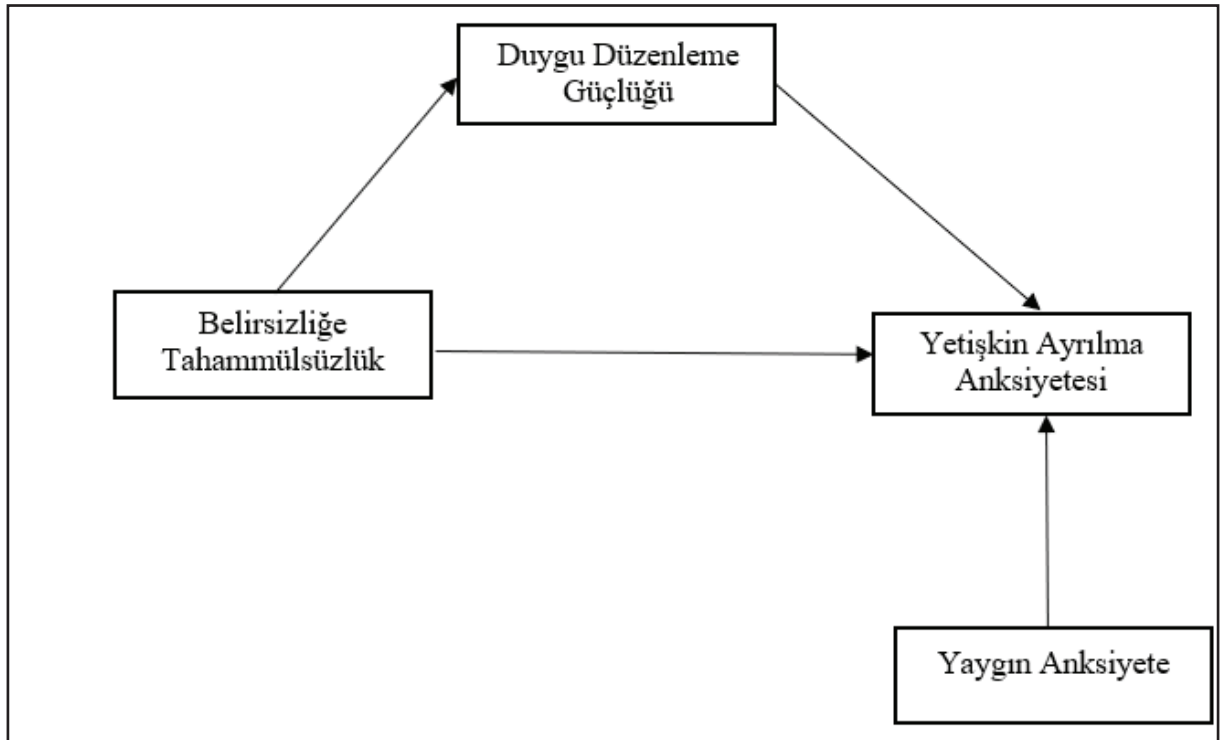
3.1. Araştırma Modeli

Bu araştırma kesitsel örneklem ile ilişkisel inceleme yöntemine dayanmakta olup, iki

aşamadan oluşmaktadır. İlk aşamada, sağlık çalışanı olan ve olmayan grubun, belirsizliğe tahammülsüzlük, duygu düzenleme güçlüğü, ayrılık anksiyetesi ve yaygın anksiyete belirtileri açısından farklılıkları incelenmiştir. İkinci aşamada ise, her iki grup için Şekil 1’de sunulan aracılık modeli ayrı ayrı test edilmiştir.

3.2. Örneklem Seçimi

Çalışmanın  rneklem sayısı G*Power 3.1.9.7 versiyonu regresyon için olası g  analizi yapılarak belirlenmiştir (37). Güvenirlik oranı (0.95), örneklem hatası (0.05), orta etki büyüklüğü (0.03) seçilerek hedeflenen minimum örneklem sayısı 238 olmuştur. Karşılaştırmalı bir araştırma modeli oluşturulduğu için gruplar arası eşitliğin sağlanması ve bulguların geçerliliğinin artması hedeflenerek toplamda 525 katılımcıya ulaşılmıştır.



Şekil 1. Sağlık alışanları ve Toplum  rnekleme için Ayrı Ayrı Test Edilen Aracılık Modeli

Araştırma örneklemini, 19-77 yaş aralığında olan ($Ort= 33.62$, $SS= 10.43$), 525 gönüllü katılımcıdan oluşmaktadır. Araştırmada 261 erkek (%49.7) ve 264 kadın (%50.3) yer almaktadır. Örneklemin 265'ini (%50.5) sağlık çalışanları, 260'ını (%49.5) ise sağlık çalışanı olmayan katılımcılardan oluşan toplum örneklemini oluşturmaktadır.

3.3. Veri Toplama

3.3.1 Kullanılan Ölçekler

Sosyodemografik Bilgi Formu

Oluşturulan sosyodemografik bilgi formu aracılığıyla katılımcılardan yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek bilgisi, gelir durumu gibi sosyodemografik bilgileri ve tanı durumu, aşı durumu, kayıp durumu, pandemi hastanesi veya biriminde çalışma durumu, risk grubunda olan biriyle yaşama durumu gibi COVID-19 pandemisi dönemindeki bilgilerine ilişkin yanıtlar alınmıştır.

Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği- Kısa Form (BTÖ-12)

Ölçeğin kısa formu geliştirilirken Freeston ve arkadaşlarının geliştirdiği 27 maddelik Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği esas alınmıştır (38). Ölçeğin kısa formu Carleton ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş ve 12 maddeden oluşturulmuştur (39). 5'li Likert tipe sahip olan ölçekten alınabilen toplam puan 12-60 aralığında değişmektedir. Ölçekten alınan puanlar yükseldikçe kişilerin öz bildirimine dayanan belirsizliğe tahammülsüzlük düzeyi de yükselmektedir. Ölçek iç tutarlılık kat sayısı normal örnekleme .91, klinik örnekleme ise .92 olarak hesaplanmıştır (39). Bununla birlikte ölçeğin 27 madde olan orijinal hali ile korelasyonu .96'dır. Ölçek uyarlaması Sarıçam ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilmiştir (40). Ölçeğin Türkçe versiyonunda da orijinalindekiyle paralel şekilde engelleyici ve ileriye yönelik kaygı olarak iki alt boyut bulunmaktadır. Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı ölçeğin toplamı için .88, alt boyutlarda ileriye yönelik kaygı için .84, engelleyici kaygı için .77 olarak bulunmuştur. Test-tekrar test güvenilirliği toplam ölçek için .74 olarak hesaplanmıştır. Ölçüt geçerliği araştırmasında ise belirsizliğe tahammülsüzlüğün Eğitim Stresi Ölçeği

ile pozitif; Başa Çıkma Esnekliği Ölçeği ile negatif yönde ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Mevcut çalışmada envanterin toplam puanı kullanılmış, güvenirlik katsayısı ise .88 olarak bulunmuştur.

Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Ölçeği (YAA-27)

Manicavasagar ve arkadaşları tarafından geliştirilen 27 maddelik bu ölçek 4'lü Likert tipi puanlama üzerinden değerlendirilmektedir (41). Ölçeğin alt boyutu bulunmamaktadır. Katılımcıların öz bildirimine dayalı olan ölçekte, ölçekten alınan puanlar arttığında yetişkinlik döneminde yaşanan ayrılık anksiyetesi belirtilerinin yüksek düzeyde olduğunu görülmektedir. Ölçeğin güvenirlik geçerlik çalışması Diriöz ve meslektaşları tarafından gerçekleştirilmiş ve Cronbach alfa kat sayısı .93 olarak hesaplanmıştır (42). Ölçeğin orijinalindeki gibi güvenirlik ve geçerlik çalışmasında da tek boyutlu yapının olduğu görülmüştür. Benzer ölçek geçerliği ölçütü olarak Ayrılma Anksiyetesi Belirtileri İçin Yapılandırılmış Görüşme, Ayrılma Anksiyetesi Belirti Envanteri, Yaşam Boyu Panik Agorafobik Spektrum Ölçeği, Kaygı Duyarlılığı İndeksi kullanılmıştır. Ayırt edici geçerlik ölçütü için ise Panik Bozukluk Şiddeti Ölçeği kullanılmıştır. Ölçeğin bu ölçekler ile pozitif yönlü bir ilişkisinin olduğu saptanmıştır (42). Araştırmamızda ölçeğin iç tutarlılık kat sayısının .93 olduğu görülmüştür.

Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği - Kısa Form (DDGÖ-16)

Gratz ve Roemer (43) tarafından oluşturulan 36 maddelik Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeğinin 16 maddelik kısa versiyonunu Bjureberg ve meslektaşları geliştirmiştir (44). Araştırmada belirtilen kısa form kullanılmıştır. 5'li Likert tipe puanlamaya sahip olan ölçek strateji, açıklık, dürtü, amaç, kabul etmeme olarak beş alt boyuttadır. İç tutarlılığı için belirlenen Cronbach alfa katsayısı .92'dir. Ölçeğin Türkçe uyarlaması Yiğit ve Güzey-Yiğit tarafından yapılmıştır ve Cronbach alfa katsayısının orijinal halinde olduğu şekilde .92 olarak hesaplandığı görülmüştür (45). Alt boyutlar özelinde Cronbach alfa katsayılarının .78-.87 aralığında olduğu anlaşılmıştır. Toplam puan kullanılabilen bu ölçekte, ölçekten alınan puanlar arttıkça duygu düzenleme güçlüğü arttığı

görülmektedir. Ölçeğin güvenirliğini belirlemek için uygulanan Guttman yarıya bölme güvenilirlik katsayısı .88 olarak belirlenmiştir. Ölçeğin yapı geçerliliğini test etmek amacıyla DDGÖ-16 puanları ile duygusal dışavurum ve duygusal kaçınma arasında ilişki incelenmiştir. DDGÖ-16 puanları ve alt boyutları ile duygusal kaçınma arasında pozitif yönlü ilişki bulunurken, duygusal dışavurum arasında negatif yönlü bir ilişkinin varlığı saptanmıştır (45). Mevcut çalışmada toplam puanı kullanılan ölçeğin güvenirlik katsayısı .94 olarak hesaplanmıştır.

Yaygın Anksiyete Bozukluğu Testi (YAB-7)

Ölçek, yaygın anksiyete bozukluğu düzeyinin  l mlenmesi amacıyla DSM-IV-TR kriterleri esas alınarak Spitzer ve diğerleri tarafından geliştirilmiştir (46). Tek faktörlü yapıdaki ölçekte 7 madde yer almaktadır ve ölçek 4'l  Likert tipindedir. Anksiyete Şiddeti değerlendirmesinde toplam puan 0 ile 4 arasında hafif düzey, 5 ile 9 arasında orta düzey, 10 ile 14 arasında yüksek düzey ve 15 ile 21 arasında ciddi anksiyete Şeklinde belirlenmektedir. Ölçeğin orijinalinde Cronbach alfa katsayısı .93 olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin Türkçe uyarlaması Konkan ve arkadaşları tarafından geekleşmiş, Cronbach alfa değer .85 olarak hesaplanmıştır (47). Orijinalindeki gibi güvenirlik ve geçerlik çalışmasında da tek faktörlü yapının korunduğu görülmüştür. Ölçeğin geçerliliği değerlendirildiğinde diğer anksiyete ölçekleri olarak yer alan Durumluk ve Sürekli Kaygı ile bir ilişkisi olduğu saptanmış; Beck Depresyon  leği ile de korelasyonunun olduğu görülmüştür. Mevcut araştırmada, YAB-7 herhangi bir tanıyı saptama amacıyla yer almazken, yalnızca yaygın anksiyete belirtilerini değerlendirebilmek amacıyla kontrol değerkeni olarak kullanılmıştır. Mevcut araştırmada ölçeğin güvenirlik katsayısı .91 olarak bulunmuştur.

3.4. Veri Toplama Yöntemi

Araştırmada insan katılımcıların kullanımı dolayısıyla, Işık Üniversitesi Etik Kurul'undan onay alındıktan sonra (12.04.2021 tarihli - 3176 sayılı) veri toplama aşamasına geçilmiş, katılımcılardan bilgilendirilmiş onam çerçevesinde

katılım onayı alınmıştır. Veri toplama süreci 2021 yılı Nisan ayında başlamış, 2021 yılı Ağustos ayında sonlanmıştır. Araştırmada yer alacak gönüllü kişilere, uygun örnekleme ve kartopu örnekleme yöntemiyle internet üzerinden (sosyal medya platformları kullanılarak) yapılan araştırma daveti ile Google Forms aracılığıyla ulaşılmıştır. Bilgilendirilmiş Onam Formu ve araştırmada yer alan ölçekler katılımcılara evrimii (online) anket yoluyla sunulmuştur. Araştırmanın işleme kriteri kapsamında yetişkin (18 yaş ve üzeri) gönüllü katılımcılar araştırmaya dahil edilmiş, psikiyatrik tanıya sahip olan ve halihazırda psikiyatrik ilaç kullanan bireylerin verileri araştırmaya dahil edilmemiştir.

3.5. İstatistiksel Değerlendirme

Araştırmadan elde edilen veriler, öncelikle Microsoft Excel programından IBM SPSS Statistics V.26 programına aktarılmış, analizler SPSS programı ve Process makro eklentisi ile geçekleştirilmiştir. İşleme kriterlerini sağlamayan kişilerin verileri analizlerin dışında tutulmuştur. U ve kayıp değerlerin tespitinin ardından, ilk olarak araştırmada yer alan ölçüm araçlarının normallik dağılımı, basıklık (kurtosis) arpıklık (skewness) değerleri ve histogram grafikleri ile değerlendirilmiştir. Tabachnick ve arkadaşları, basıklık arpıklık değerleri +1.5-1.5 aralığında yer alan verilerin normal dağılıma uygun olduğunu ifade etmektedirler (48). Elde edilen verilerin bu aralıktaki olduğu görülmüştür. Betimsel istatistik analizleri kapsamında değerkenlerin ortalama, standart sapma ve frekansları incelenmiştir. Ardından, sağlık çalışanları ve toplum örnekleminin gruplar arası farklılıklarının incelenmesi için bağımsız gruplar t-test analizi geçekleştirilmiştir. Değerkenler arasındaki ilişkiler, Pearson korelasyon analizi ile saptanmıştır. Son olarak, yaygın anksiyete belirtilerinin etkisi kontrol edilerek geçekleştirilen aracılık modeli, process makro eklentisi (Model 4) ile yürütülmüştür (49). Belirtilen bu aracılık analizinin bulguları, 5000 yeni örnekleme dayalı hesaplanan güven aralıklarının incelenmesi ile değerlendirilmiştir. Mackinnon ve arkadaşları, bu yöntemde güven aralığı değerlerinin arasında sıfır (0) değerinin yer almaması durumunda anlamlı etkiye ulaşılacağını ileri sürmektedir (50).

4. Bulgular

4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

Araştırmaya katılan kişilerin medeni durum, eğitim durumu, gelir durumu, yaşadığı yer, kimlerle yaşadığı gibi demografik bilgileri ve

çalıştığı kurum/ünite, risk grubundaki biriyle yaşama, aileden pandemi nedeniyle ayrı yaşama, tanı alma, aşı olma durumu gibi COVID-19 pandemisi dönemine ilişkin bilgileri Tablo 1 ve Tablo 2’de gruplar için ayrı ayrı verilmiştir.

Tablo 1. Sağlık Çalışanlarının Sosyodemografik Özellikleri (N=265), İstanbul, 2021

Demografik Özellikler		N	%
Cinsiyet	Kadın	142	53.6
	Erkek	123	46.4
Medeni Durum	Evli	117	44.2
	Bekar	83	31.3
	İlişkisi var	54	20.4
	Boşanmış/Eşinden Ayrı/Dul	11	4.1
Eğitim Durumu	Lise ve daha düşük eğitim	5	1.9
	Üniversite	163	61.5
	Yüksek lisans ve üzeri eğitim	97	36.6
Gelir Durumu	Düşük	19	7.2
	Orta	207	78.1
	Yüksek	39	14.7
Yaşanılan Yer	Büyükşehir	167	63.0
	İl	68	25.7
	İlçe	30	11.3
Kimlerle Yaşadığı	Eş ve/veya çocuklar ile	111	41.9
	Aile (anne, baba ve (varsa) kardeş)	69	26.0
	Yalnız	58	21.9
	Arkadaş ile	17	6.4
	Partner ile	4	1.5
	Çocuk/Çocuklar ile	3	1.1
	Akraba	1	0.4
	Diğer	2	0.8
Pandemi Hastanesi veya COVID-19 Ünitesinde Çalışma	Evet	156	58.9
	Hayır	109	41.1
COVID-19 Risk Grubundaki Biriyle Yaşama	Evet	106	40.0
	Hayır	159	60.0
COVID-19 Nedeniyle Aile ve Yakınlardan Ayrı Yaşama	Evet	146	55.1
	Hayır	119	44.9
COVID-19 Tanısı Alma Durumu	Evet	63	23.8
	Hayır	202	76.2
COVID-19 Aşısı Olma Durumu	Evet	213	80.4
	Hayır	52	19.6
COVID-19 Nedeniyle Kayıp Durumu	Evet	255	96.2
	Hayır	10	3.8

Tablo 2. Toplum Örnekleminin Sosyodemografik Özellikleri (N=260), İstanbul, 2021

Demografik Özellikler		N	%
Cinsiyet	Kadın	122	46.9
	Erkek	138	53.1
Medeni Durum	Evli	93	35.8
	Bekar	90	34.6
	İlişkisi var	57	21.9
	Boşanmış/Eşinden Ayrı/Dul	20	7.7
Eğitim Durumu	Lise ve daha düşük eğitim	43	16.5
	Üniversite	184	70.8
	Yüksek lisans ve üzeri eğitim	33	12.7
Gelir Durumu	Düşük	41	15.8
	Orta	192	73.8
	Yüksek	27	10.4
Yaşanılan Yer	Büyükşehir	156	60.0
	İl	44	16.9
	İlçe	60	23.1
Kimlerle Yaşadığı	Eş ve/veya çocuklar ile	93	35.8
	Aile (anne, baba ve (varsa) kardeş)	101	38.8
	Yalnız	35	13.5
	Arkadaş ile	10	3.8
	Partner ile	9	3.5
	Çocuk/Çocuklar ile	7	2.7
	Akraba	1	0.4
	Diğer	4	1.5
COVID-19 Risk Grubundaki Biriyle Yaşama	Evet	91	35.0
	Hayır	169	65.0
COVID-19 Nedeniyle Aile ve Yakınlardan Ayrı Yaşama	Evet	54	20.8
	Hayır	206	79.2
COVID-19 Tanısı Alma Durumu	Evet	18	6.9
	Hayır	242	93.1
COVID-19 Aşısı Olma Durumu	Evet	18	6.9
	Hayır	242	93.1
COVID-19 Nedeniyle Kayıp Durumu	Evet	256	98.5
	Hayır	4	1.5

4.2. Bağımsız Gruplar T-test ile Grup Farklılıklarının İncelenmesi

Sağlık çalışanları ve sağlık çalışanı olmayan toplum örneklemini katılımcılarının duygu düzenleme güçlükleri, yaygın anksiyete belirtileri, belirsizliğe tahammülsüzlük ve ayrılma anksiyetesi belirtileri ölçümlerindeki puan farklılıklarını araştırmak amacıyla bağımsız gruplar t-testleri kullanılmıştır. Bulgular Tablo 3'te gösterilmiştir. Araştırma değişkenlerinin birbiri ile güçlü ilişki göstermesi

beklendiğinden, bu analizde kritik anlamlılık düzeyi, karşılaştırılan sonuç değişkeni sayısına uyarlanarak 0.0125 (0.05/4) olarak belirlenmiştir. Bulgulara göre, sağlık çalışanı olan katılımcıların ayrılma anksiyetesi belirtileri ve belirsizliğe tahammülsüzlük ölçümünden aldığı puanlar ($p < .0125$), gönüllü toplum örnekleminde yer alan kişilere göre daha yüksektir. Sağlık çalışanları ve toplum örneklemini arasında duygu düzenleme güçlüğü ve yaygın anksiyete belirtileri açısından fark bulunmasa da, anlamlılığın sınır düzeyde karşılanmadığı (sırasıyla $p = .013$, $p = .014$) görülmüştür.

Tablo 3. Sağlık Çalışanı Olan ve Sağlık Çalışanı Olmayan Katılımcıların Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi, Belirsizliğe Tahammülsüzlük, Duygu Düzenleme Güçlüğü ve Yaygın Anksiyete Belirtileri Puanlarının Karşılaştırılması, İstanbul, 2021

	Meslek	N	Ort	SS	t	df	p	Güven Aralığı Düşük - Yüksek
YAA	Sağlık Çalışanı	265	31.98	15.80	2.75	523	.006	1.064 - 6.382
	Sağlık Çalışanı Değil	260	28.25	15.18				
BTÖ	Sağlık Çalışanı	265	41.52	8.90	3.15	513.910	.002	.978 - 4.223
	Sağlık Çalışanı Değil	260	38.92	9.98				
DDGÖ	Sağlık Çalışanı	265	41.55	15.16	2.49	521.468	.013	.674 - 5.696
	Sağlık Çalışanı Değil	260	38.36	14.09				
YAB	Sağlık Çalışanı	265	8.88	5.41	2.46	523	.014	.231 - 2.050
	Sağlık Çalışanı Değil	260	7.74	5.18				

Not: SS= Standart Sapma, Not: YAA= Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Envanteri, BTÖ= Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği Kısa Form, DDGÖ= Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği Kısa Form, YAB= Yaygın Anksiyete Belirtileri Testi

4.3. Pearson Korelasyon Analizi

Araştırmada yer alan değişkenlerin ilişkilerini incelemek üzere yürütülen Pearson korelasyon analizine dair bulgulara Tablo 4 ve Tablo 5'te yer verilmiştir. Araştırma değişkenlerinin bazılarında gruplar arası farklılıkların bulunduğu göz önüne alındığında, sağlık çalışanları ve toplum örnekleminde korelasyonel ilişkiler her bir örneklem grubu için ayrı ayrı incelenmiştir. Buna göre, sağlık çalışanları örnekleminde ayrılma anksiyetesinin, belirsizliğe tahammülsüzlük ($r=.55$), duygu düzenleme güçlüğü ($r=.56$) ve yaygın anksiyete belirtileriyle ($r=.63$) pozitif yönde anlamlı ilişkiye sahip olduğu görülmüştür ($p < .001$). Paralel şekilde toplum örnekleminde de ayrılma anksiyetesi belirtilerinin, belirsizliğe tahammülsüzlük ($r=.45$), duygu düzenleme güçlüğü ($r=.59$) ve yaygın anksiyete belirtileri ile pozitif yönde anlamlı ilişkiye sahip olduğu bulunmuştur ($p < .001$).

Tablo 4. Sağlık Çalışanlarının Toplam Ölçek Puanları Arasındaki Korelasyon Değerleri, İstanbul, 2021

Değişkenler	1.	2.	3.	4.
1.YAA Toplam	1			
2.BTÖ Toplam	.55*	1		
3.DDGÖ Toplam	.56*	.57*	1	
4.YAB Toplam	.63*	.57*	.69*	1

Not: YAA= Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Envanteri, BTÖ= Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği Kısa Form, DDGÖ= Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği Kısa Form, YAB= Yaygın Anksiyete Belirtileri Testi * $p \leq .001$

Tablo 5. Toplum Örnekleminin Toplam Ölçek Puanları Arasındaki Korelasyon Değerleri, İstanbul, 2021

Değişkenler	1.	2.	3.	4.
1.YAA Toplam	1			
2.BTÖ Toplam	.45*	1		
3.DDGÖ Toplam	.59*	.49*	1	
4.YAB Toplam	.45*	.54*	.71*	1

Not: YAA= Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Envanteri, BTÖ= Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği Kısa Form, DDGÖ= Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği Kısa Form, YAB= Yaygın Anksiyete Belirtileri Testi * $p \leq .001$

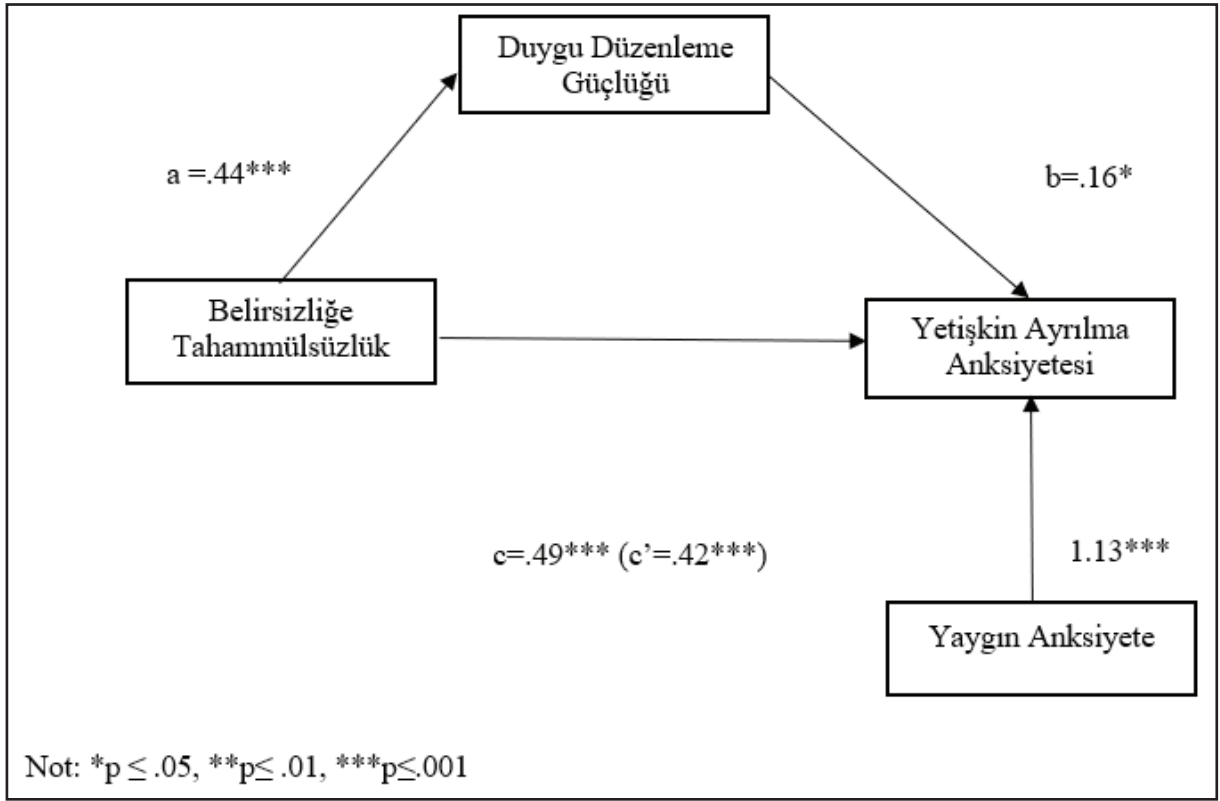
4.4. Process Makro ile Aracı Model Analizi

Sonuçlar, sağlık çalışanları grubunda ayrılma anksiyetesi belirtileri ve belirsizliğe tahammülsüzlük arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi için ileriye sürülen aracılık modelinin anlamlı bulunduğunu göstermiştir. Belirsizliğe tahammülsüzlük, duygu düzenleme güçlüğü aracılığıyla ayrılma anksiyetesi belirtilerinde %46 düzeyinde varyans açıklamaktadır [$F(3,261) = 75.1, p < .001$]. Şekil

2’de belirtildiği üzere belirsizliğe tahammülsüzlük, duygu düzenleme güçlüğü değişkenini pozitif yönlü olacak şekilde (a yolu; $\beta = .44$, $SH = .09$, $t = 4.97$, $p < .001$ CI [.26, .61]) yordamaktadır. Duygu düzenleme güçlüğü ayrılma anksiyetesi belirtilerini pozitif yönde yordamaktadır (b yolu; $\beta = .16$, $SH = .07$, $t = 2.32$, $p = .021$ CI [.02, .30]). Araştırmanın bağımlı değişkeni üzerinde etkisi olabileceği  n görülen ve araştırma modeline kontrol değişkeni (covariate) olarak dahil edilen yaygın anksiyete belirtileri de ayrılma anksiyetesi belirtileri ile pozitif yönde ilişkili bulunmuştur ($\beta = 1.13$, $SH = .19$, $t = 5.91$, $p < .001$ CI [.76, 1.52]).  ne sürülen aracılık modelinde belirsizliğe tahammülsüzlüğün, ayrılma anksiyetesi belirtileri üzerinde toplam etkisinin yanında (c yolu; $\beta = .49$, $SH = .10$, $t = 4.96$, $p < .001$ CI [.30, .69]), aynı zamanda doğrudan (c’ yolu; $\beta = .42$, $SH = .10$, $t = 4.09$, $p < .001$ CI [.22, .62]) ve duygu düzenleme güçlükleri aracılığı ile dolaylı etkisinin olduğu ve bu etkinin anlamlı olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Bkz. Tablo 6).

Toplum  rneklemleri grubunda, ayrılma anksiyetesi belirtileri ve belirsizliğe tahammülsüzlük arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi için ileriye sürülen aracılık modelinin anlamlı olduğu görülmüştür. Belirsizliğe tahammülsüzlük, duygu düzenleme güçlüğü aracılığı ile ayrılma anksiyetesi belirtilerinde %41 düzeyinde varyans açıklamaktadır [$F(3,256)=58.7$, $p < .001$]. şekil 3’te gösterildiği gibi belirsizliğe tahammülsüzlük, duygu düzenleme güçlüğü değişkenini pozitif yönlü olacak şekilde (a yolu; $\beta = .29$, $SH = .07$, $t = 4.38$, $p < .001$ CI [.16, .43]) yordamaktadır. Duygu düzenleme güçlüğü, ayrılma anksiyetesi belirtilerini pozitif yönde yordamaktadır (b yolu; $\beta = .39$, $SH = .08$, $t = 5.07$, $p < .001$ CI [.24, .54]). Kontrol değişkeni kapsamında modele eklenen yaygın anksiyete belirtilerinin de ayrılma anksiyetesi belirtileriyle pozitif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur ($\beta = .59$, $SH = .20$, $t = 2.87$, $p = .004$ CI [.18, .99]). Ayrıca,  ne sürülen aracı rol modelinde belirsizliğe tahammülsüzlüğün, ayrılma anksiyetesi belirtileri üzerinde toplam etkisinin yanında (c yolu; $\beta = .40$, $SH = .09$, $t = 4.65$, $p < .001$ CI [.23, .57]), aynı zamanda doğrudan (c’ yolu; $\beta = .29$, $SH = .09$, $t = 3.36$, $p <$

.001 CI [.12, .45]) ve duygu düzenleme güçlükleri aracılığı ile dolaylı etkisinin olduğu bulunmuştur. Bu etkinin anlamlı olduğu görülmüştür (Bkz. Tablo 7).

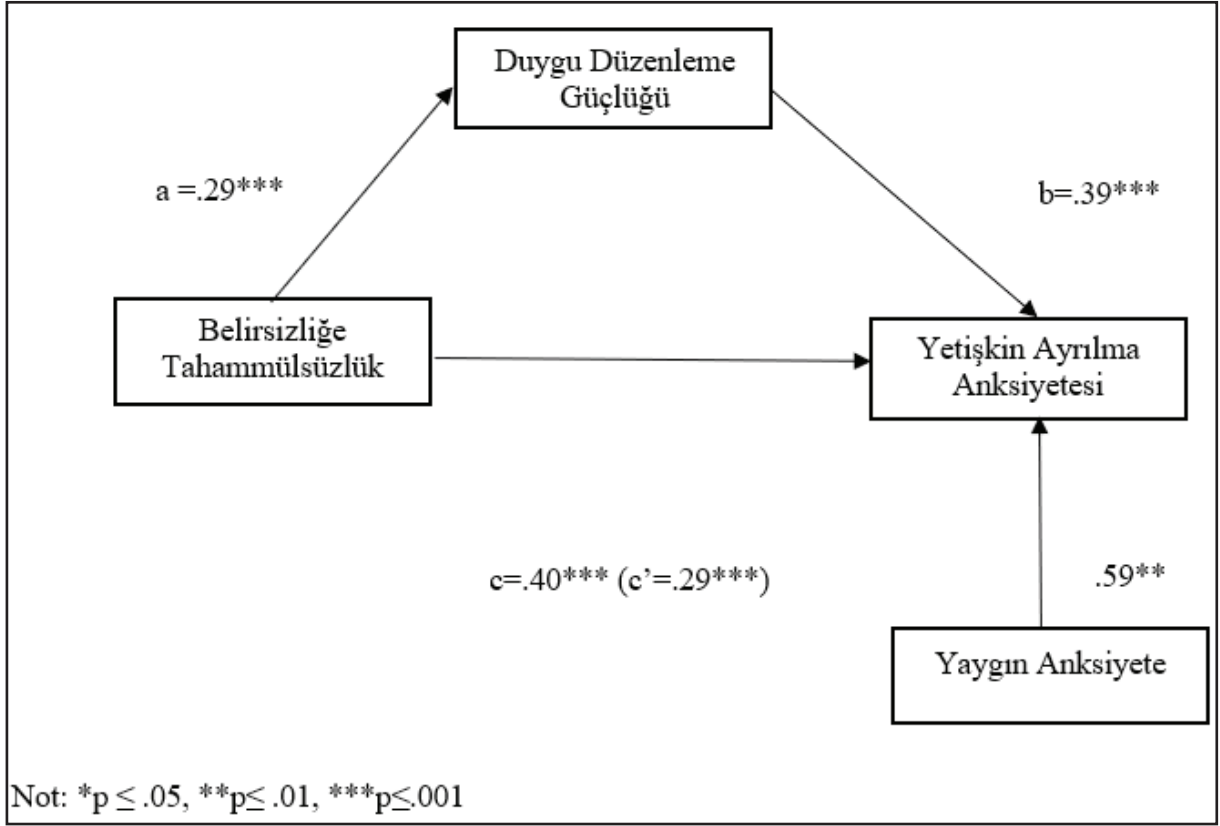


Şekil 2. Sağlık Çalışanlarında Duygu Düzenleme Güçlüğü Aracılığıyla Belirsizliğe Tahammülsüzlük ve Ayrılma Anksiyetesi Belirtileri Arasındaki İlişkinin Standardize Edilmemiş Katsayıları

Tablo 6. Sağlık Çalışanları Grubunda Duygu Düzenleme Güçlüğü Aracılık Modelinin Bootstrapping Değerleri, İstanbul, 2021

Doğrudan ve Dolaylı Etki			Güven Aralığı Değerleri	
	β	SH	Düşük (LLCI)	Yüksek (ULCI)
Bağımsız Değişken: BTÖ				
Dolaylı Etki (DDGÖ)	.07	.04	.00	.15
Doğrudan Etki	.42	.10	.22	.62

Not: β = Standardize Olmayan Beta Katsayıları, SH = Standart Hata, BTÖ = Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği, DDGÖ = Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği



Şekil 3. Toplum Örnekleminde Duygu Düzenleme Güçlüğü Aracılığıyla Belirsizliğe Tahammülsüzlük ve Ayrılma Anksiyetesi Belirtileri Arasındaki İlişkinin Standardize Edilmemiş Katsayıları, İstanbul, 2021

Tablo 7. Toplum Örnekleminde Duygu Düzenleme Güçlüğü Aracılık Modelinin Bootsraping Değerleri, İstanbul, 2021

Doğrudan ve Dolaylı Etki	β	SH	Güven Aralığı Değerleri	
			Düşük (LLCI)	Yüksek (ULCI)
Bağımsız Değişken: BTÖ				
Dolaylı Etki (DDGÖ)	.11	.04	.04	.20
Doğrudan Etki	.29	.09	.12	.45

Not: β = Standardize Olmayan Beta Katsayıları, SH = Standart Hata, BTÖ = Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği, DDGÖ = Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği

5. Tartışma

Bu araştırma, COVID-19 pandemisi döneminde sağlık çalışanlarının ayrılma anksiyetesi belirti düzeyleri ve belirsizliğe tahammülsüzlük düzeylerinin, gönüllü toplum örnekleminde yer alan katılımcılara kıyasla daha yüksek olduğunu göstermiştir. Mevcut literatürde, sağlık çalışanı olan ve sağlık çalışanı olmayan kişilerin yetişkin

ayrılma anksiyetesi belirtileri bakımından karşılaştırıldığı bir araştırma ile karşılaşılmalıdır. Ancak, sağlık çalışanlarının salgın döneminde farklı anksiyete türleri ve diğer psikolojik belirtiler bakımından incelendiği çalışmaların, araştırma bulgularımızın yorumlanmasına yardımcı olabileceği düşünülmektedir. Örneğin, sağlık alanında çalışan kişilerin bu dönemde psikolojik belirtiler için yüksek risk taşıyan bir

grup olduğu (27,51), pandemiden psikolojik olarak daha fazla etkilendiği başka çalışmalarda da gösterilmiştir (10,52). Kang ve arkadaşları, sağlık personelinin pandemiye ailelerinden ayrı kalma, yalnızlık gibi bazı zorunlu nedenlere bağlı olarak daha yüksek seviyede psikolojik belirtiler gösterdiği görüşündedir (53). Ayrılma anksiyetesi özelinde sağlık çalışanlarıyla yürütülen çalışmalar, araştırmacıların bilgisi dahilinde kısıtlı olsa da, ulaşılan bir çalışmada COVID-19 pandemisi döneminde hizmet veren sağlık çalışanlarının ayrılma anksiyetesi ve duygu düzenleme güçlüklerinin bulaş riski ve sosyal mesafe önlemleri dolayısıyla pandemi öncesine göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (32). Bazı araştırmalarda ise, COVID-19 pandemisi döneminde artış gösteren anksiyete düzeylerine, duygu düzenleme alanında yaşanan güçlüklerin eşlik ettiği tespit edilmiştir (33,51). Ancak, mevcut araştırmada duygu düzenleme güçlüğü puanları meslek grubuna göre anlamlı şekilde farklılaşmamıştır. Bunun bir nedeni, araştırmanın gerçekleştirildiği süreçte vaka sayılarının oldukça hızlı bir şekilde artması, dolayısıyla yakın kaybı ya da sevilen kişilerin zarar görme ihtimali gibi durumların, yoğun duygusal tepkileri toplumun genelinde ortaya çıkarması olabilir. Ortaya çıkan yaygın anksiyete belirtileri ve duygusal tepkileri düzenleme güçlükleri, sağlık çalışanı olsun olmasın tüm toplumu etkilemiş olabilir. Nitekim, sağlık çalışanları ve toplum örnekleminin karşılaştırıldığı bir başka araştırmada, yaygın anksiyete düzeylerinin mesleğe göre anlamlı şekilde farklılaşmadığı gösterilmiştir (27). Anlamsız bulguların bir diğer nedeni, bağımlı değişkenler arasındaki güçlü korelasyonel ilişkilerin gözetilmesi ile Tip 1 hata ihtimalinin kontrol edilmesi için kritik anlamlılık düzeyinde yapılan düzeltme olabilir. Grup farklılıklarının incelendiği analizlerde, kritik anlamlılık düzeyinin (.05/sonuç değişkeni sayısı) .0125 ile belirlenmesiyle, yaygın anksiyete belirtileri ve duygu düzenleme güçlükleri için grup farklılıkları sınır düzeyde anlamsız bulunmuştur (sırasıyla $p = .014$ ve $p = .013$). P değeri sınır düzende anlamsız bulunduğu, bir diğer anlamlılık testi olan ve örneklem büyüklüğünden daha az etkilenen güven aralığı değerleri incelenebilir.

Güven aralığı değerleri arasında 0 değerinin bulunmaması, anlamlı bulguya işaret eder. Mevcut bulgularda güven aralığı değerleri arasında 0 yer almadığından, katılımcı sayısının artırılması halinde bu değişkenlerde de gruplar arası fark bulunma ihtimali olabilir (54). Bu konuda, daha geniş örneklerle benzer dönemlerde yürütülen araştırmaların, bir risk grubu olarak sağlık çalışanlarının toplumun diğer kesiminden nasıl farklılaştığının anlaşılmasında fayda sağlayacağı düşünülmektedir.

Korelasyon analizi bulguları, her iki grupta da belirsizliğe tahammülsüzlük, yaygın anksiyete, duygu düzenleme güçlükleri ve ayrılma anksiyetesi değişkenleri arasında pozitif yönlü güçlü ilişkilerin varlığını göstermiştir. Mevcut literatürde de benzer bulgular yer almaktadır (16,55,56).

Aracı model testleri ise, hem sağlık çalışanları hem toplum örneklemini grubunda belirsizliğe tahammülsüzlüğün, ayrılma anksiyetesi belirtileri üzerinde doğrudan etkisinin yanı sıra, duygu düzenleme güçlüğü aracılığı ile oluşan dolaylı etkisinin de anlamlı olduğunu göstermiştir. Her iki modelde de pandemi döneminde artış göstermesi beklenen ve sonuç değişkeni ile yüksek korelasyon gösteren yaygın anksiyete belirtilerinin etkisi istatistiksel olarak kontrol edilmiş, yordayıcı değişkenlerin ayrılma anksiyetesi üzerindeki etkileri yaygın anksiyete belirtilerinden ayrıştırılmıştır. Sonuçlara göre, her iki grupta da belirsizliğe tahammülsüzlükteki artış, yetişkin ayrılma anksiyetesindeki artış ile doğrudan ilişkilidir. Bununla birlikte, belirsizliğe tahammülsüzlük duygu düzenleme güçlüğündeki artış aracılığı ile ayrılma anksiyetesi belirtilerindeki artışa yol açmaktadır. Araştırmacılara göre, çoğu psikolojik belirti problemleri duygu düzenleme kalıplarını içermekte olup, belirsizliğe tahammülsüzlük de olumsuz bir duygu yönelimine yol açarak endişe gibi çeşitli psikolojik belirtileri ortaya çıkarmaktadır (21,57). Güncel bir boylamsal çalışmada ise, belirsizliğe tahammülsüzlüğün anksiyete ve depresyon gibi psikolojik belirtiler üzerindeki etkisinin, duygu düzenleme süreçleri aracılığıyla gerçekleştiği gösterilerek nedensellik ilişkisi desteklenmiştir

(58). Literatürdeki diğer araştırmalar da belirsizliğe tahammülsüzlük ve duygu düzenleme g c l ğ n n ayrılma anksiyetesi belirtileriyle ilişkisini desteklemektedir (16,24,59).

Mevcut çalışmada test edilen aracılık modelinin iki örnekleme de açıkladığı varyans oranı karşılaştırıldığında, farklılıklar görülmektedir. Sağlık alışanı örnekleminde modelin ayrılma anksiyetesini açıklama oranı %46'dır. Toplum örneklemini test edildiğinde ise açıklanan varyans oranı %41 olmuştur. Bu farklılık, pandemide  n safhada yer alan sağlık çalışanlarının belirsizliklerle başa çıkma yükünün daha fazla olmasıyla açıklanabilir. Karşılaşılan belirsizlikler ve zorlayıcı durumların sağlık alışanlarında psikolojik belirtileri arttırdığına dair bulgular literatürde yer almaktadır. İngiltere'de sağlık çalışanları arasında yürütülen bir araştırmada, belirsizliğe tahammülsüzlük sağlık alışanlarında psikolojik sıkıntının g c l  bir yordayıcısı olarak bulunmuştur (60). Pandemi sürecinde özellikle acil servis gibi ortamlarda, belirsizliğe tahamm ls zl kteki artış, ayrılma anksiyetesindeki artış ile ilişkilendirilmiştir (6). Belirsizliğin bireyin kaygısını artıran önemli bir faktör olduğu, özellikle karantina/izolasyon süreci, aile ve yakınlara hastalığı bulaştırma endişesi, yoğun mesai gibi mesleki faktörlerin sağlık çalışanı olan bireylerde belirsizliğe tahammülsüzlüğü artırarak psikolojik sıkıntılarını yaşama ihtimalini yükselttiği ifade edilmiştir (61). Benzer şekilde, pandeminin bireyleri sosyal bağlardan ayrılma ve izolasyon deneyimlerine karşı bir anda daha savunmasız bıraktığı; bu deneyimlerin de ayrılma anksiyetesi ile doğrudan ilişkili olabileceği ifade edilmektedir (62). Dolayısıyla belirsizliğe tahamm ls zl kteki artış, hem genel psikolojik belirtileri hem de ayrılma anksiyetesi seviyelerini artırırken, bunun duygu düzenleme gücülüğü gibi olası hangi faktörlerle gerçekleştiğinin anlaşılması literatüre katkı sunmaktadır.

Belirsizliğe tahammülsüzlük, olumsuz duygular ve ayrılma anksiyetesi, kuramsal çerçevede birbiriyle ilişkili görünse de, bu değişkenlerin bir arada ele alındığı ampirik çalışmaların sınırlı olduğu ifade edilmektedir (3). Mevcut model testi

bulguları, belirsizliğe tahammülsüzlük ve duygu düzenleme g c l klerinin ayrılma anksiyetesi üzerindeki etkisinin toplum ve sağlık çalışanları örnekleminde benzer mekanizmalarla işlediğini; ancak bu etkinin sağlık çalışanları üzerinde daha g c l  olabileceğini desteklemektedir. Buna göre, pandemi koşullarında artan belirsizliğe tahammülsüzlük, duygu düzenleme g c l klerinde artış aracılığıyla ayrılık anksiyetesi belirtilerini şiddetlendirmektedir. Sağlık alışanları ise bu konuda özel bir risk grubunu oluşturmaktadır.

Mevcut literatür kapsamında, yaygın anksiyete bağlamında belirsizliğe tahammülsüzlüğün temel bir yapı olarak yer aldığı yaygın bir görüş olmuştur (35). Yaygın anksiyete ve belirsizliğe tahammülsüzlük kavramlarının birbiriyle ilişkili olduğu, çeşitli araştırmalarla desteklenmektedir (16,63). Yetişkinlikte yaşanan ayrılma anksiyetesi belirtilerinin de özellikle yaygın anksiyete belirtileri ile yüksek düzeyde komorbidite gösterdiği literatürde yer almaktadır (36,64,65).

Araştırmamızda, birbirleriyle ilişkisi test edilen iki değişken üzerinde de etkisinin olması öngörülen bir diğer faktörün istatistiki açıdan kontrol edildiği durumda dahi aracılık modelinin anlamlı olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Özetle mevcut sonuçlar, dirençli bir istatistik metoduyla test edilen aracı rol hipotezinin desteklendiğini göstermiştir. Dolayısıyla mevcut araştırma bulguları, COVID-19 gibi küresel salgın dönemlerinde toplumda yaygın olarak gözlemlenen anksiyete artışından ayrıştırılan ayrılma anksiyetesini yordayan belirsizliğe tahammülsüzlük ve duygu düzenleme gücülüğü faktörlerinin etkisinin işleyişini ortaya koymuş, sağlık çalışanlarının ise bu kapsamda bir risk grubu olabileceğini göstermiştir.

6. Sonuç ve  neriler

Sonuçlara göre, sağlık çalışanları, ayrılma anksiyetesi ve belirsizliğe tahammülsüzlük ölçümlerinden, sağlık çalışanı olmayan gönüllü katılımcılara kıyasla daha yüksek puanlar almıştır. Ayrıca, her iki örnekleme de duygu düzenleme g c l ğ n n, belirsizliğe tahammülsüzlük ile yetişkin ayrılma anksiyetesi arasındaki

ilişkide aracı rolünün olduğu anlaşılmıştır. Duygu düzenleme gücü, yaygın anksiyete, ayrılma anksiyetesi belirtileri ve belirsizliğe tahammülsüzlük değişkenlerinin pozitif yönlü ilişkilerinin olduğu saptanmıştır. Araştırmacılar, yetişkin ayrılma anksiyetesi belirtilerinin, klinik gözlemlerde kimi zaman diğer psikolojik belirtilerle karıştığını ve klinisyenler tarafından göz ardı edilebildiğini ifade etmektedirler (1). Bu çalışmayla, ayrılma anksiyetesinin doğasının ve belirsizliğe tahammülsüzlükle ilişkisinin aracı bir faktörle aydınlatıldığına, bu yolla literatüre katkı sağlandığına inanılmaktadır. COVID-19 pandemisi döneminin, tamamen COVID-19'a özgü olmasa da içinde bir ölçüde belirsizlik barındırdığı, kişilerde duygusal reaksiyonlara neden olduğu ve anksiyete önde gelmek üzere farklı psikolojik semptomlara zemin hazırladığı söylenebilir. Dolayısıyla, mevcut araştırmanın özellikle sağlık alanında görev yapan kişiler için olmak üzere, risk gruplarına yönelik müdahale ve destek çalışmalarına katkı sağlar nitelikte olabileceği düşünülmektedir. Bu dönemde, sağlık çalışanlarının ne tür bir desteğe ihtiyaç duyduğunun belirlenmesinin, karşılanmamış ihtiyaçlar varsa bunların tespit edilmesi ve giderilmesinde fayda sağlayacağı söylenebilir. Bu kişiler, pandemi sürecinde bu çalışmada kontrol edilmemiş olan işle alakalı çevresel ortam, yoğun mesai süreleri, koruyucu ekipman yetersizliği, iş yükü gibi nedenlerle de olumsuz etkiler yaşıyor olabilirler. Böyle bir durumda, çalışma programında organizasyonel açıdan gerekli düzenlemelerin yapılmasının bu kişilerin algıladığı iş doyumu, motivasyon ve iş tatminini artırarak psikolojik süreçler üzerinde de olumlu etkiler sağlayacağı düşünülmektedir. Sağlık çalışanlarının, pandemi gibi kriz dönemlerinde, rutin aralıklarla tekrarlanan ruhsal belirti tarama testlerinden geçmesi şeklinde önleyici olabilecek müdahalelerin gerçekleştirilmesi de önerilebilir. Son olarak, araştırmanın pandeminin psikolojik süreçlere etkisinin anlaşılması bakımından dikkate değer sonuçlar ortaya koyarak ileride yaşanabilecek benzer küresel salgın durumlarına hazırlık açısından faydalı olduğuna inanılmaktadır. Bu çerçevede, uygulanacak koruyucu ve müdahale temelli

çalışmalarda, belirsizliğe tahammül kapasitesini artırma ve işlevsel duygu düzenleme becerilerini kazandırmaya yönelik çalışmaların geliştirilecek programlara dahil edilmesi değerlendirilmelidir.

7. Kısıtlılıklar

Mevcut araştırmanın birtakım sınırlılıklar içinde değerlendirilmesi gereklidir. Öncelikle, örneklemin sosyodemografik özellikleri göz önüne alındığında, gruplar arasında bazı verilerin dengeli dağılmadığı görülmüştür. Örneğin, çalışmamızda yer alan kişilerin büyük kısmının büyükşehirde ikamet ettiği, gelir düzeyini orta düzey olarak bildirdiği ve daha öncesinde kendilerine COVID-19 tanısı koyulmadığı saptanmıştır. Bunun yanı sıra, eğitim ve medeni durum değişkenlerinde, alt gruplar dengeli dağılım göstermemektedir. Dolayısıyla, demografik özelliklerdeki çeşitliliğin sınırlı olması, bulguların genellenebilirliğini sınırlamaktadır. Gelecekte yürütülecek bilimsel çalışmalara, bu tür grup dağılımlarının toplumu temsili açısından gözetilmesi önerilmektedir. Çalışmamızdaki katılımcılardan kronik hastalık bilgisi alınmamış, sadece aile bireylerinde COVID-19 için riskli grupta olan birinin olup olmadığı sorgulanmıştır. Bu dönemde kişisel olarak risk bulundurup bulundurmamak da kişilerin algıladığı riski artıracak bir etken olarak düşünülebilir. Dolayısıyla, bu durum araştırmanın sınırlılıkları içinde değerlendirilmelidir. Özetle, kişilere pandemi süreci boyunca öznel biçimde kendilerini ne düzeyde risk altında bulduklarının sorgulanmasının önemli olduğuna inanılmaktadır. Çalışmamızın işleme-dışlama kriterleri içinde değerlendirilen, katılımcıların psikiyatrik tanı sahibi olup olmama durumu çalışmada yer alan kişilerin öz bildirimine dayanmıştır. Psikiyatrik tanıya sahip olan ve psikiyatrik ilaç kullanımı olan bireyler çalışmanın dışında tutularak analizlere dahil edilmemiştir. Buna rağmen, çalışmada psikiyatrik değerlendirme sonucu bir işleme-dışlama yapılamaması, kimi tanıların raporlanamaması ve dolayısıyla çalışmadan dışlanamaması ihtimalini doğurmuş olabilir. Ayrıca, çalışmamızda ölçeklerin toplam puanları kullanılmıştır. İleride yürütülecek çalışmalarda araştırmacılara belirsizliğe tahammülsüzlüğün

iki, duygu düzenleme güçlüğü'nün beş alt boyutunu analizlerine katmaları önerilmekte; bu şekilde gerçekleştirilecek analizlerin alana önemli katkılar sunacağı düşünülmektedir.

Yürütülen bu araştırma, COVID-19 pandemisi döneminde gerçekleştirilmiş olsa da, ölçeklerin bireylerde belirsizliğe tahammülsüzlüğü, duygu düzenleme güçlüğü'nü, ayrılma anksiyetesi ve yaygın anksiyeteyi spesifik biçimde COVID-19 pandemisine dair ölçmediği unutulmamalıdır. Örneğin, araştırmada yer alan kişilerin pandemi haricinde kariyer, ekonomi, özel hayat gibi başka durumlar sebebiyle belirsizlik yaşayabileceği, ayrılma anksiyetesi deneyimleyebileceği ve duygu düzenleme alanında zorluk çekebileceği göz önüne alınmalıdır. Sağlık çalışanlarının ise yoğun çalışma, belirli prosedür ve düzenlemelere tabi olma gibi mesleki şartlar nedeniyle daha fazla psikolojik sıkıntı yaşayabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Bu durumda, araştırma bulgularımızın üzerinde COVID-19 pandemisi döneminin etkisi olsa dahi, gelecekteki çalışmalara araştırmamızda yer alan değişkenlerin pandemiye yönelik ölçüm sağlayacak şekilde geliştirilmesi önerilebilir. Son olarak, pandemi dönemi küresel çapta yaşanan bir süreç olup toplumun genelini etkilemiş olsa da, başta sağlık çalışanları olmak üzere psikolojik süreçler üzerindeki etkisinin anlaşılması için daha fazla karşılaştırmalı model çalışmasına ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

1. Bögels, S. M., Knappe, S., & Clark, L. A. (2013). Adult separation anxiety disorder in DSM-5. *Clinical psychology review*, 33(5), 663-674. doi: 10.1016/j.cpr.2013.03.0062.
2. Wheaton, M. G. & Kaiser, N. (2021). Anxiety sensitivity and intolerance of uncertainty as factors related to adult separation anxiety disorder symptoms. *International Journal of Cognitive Therapy*, 14(3), 473-484. <https://doi.org/10.1007/s41811-021-00114-w>.
3. Iannattone, S., Spaggiari, S., Di Riso, D., & Bottesi, G. (2024). Profiles of intolerance of uncertainty, separation anxiety, and negative affectivity in emerging adulthood: A person-centered approach. *Journal of Affective Disorders*, 345, 51-58.
4. D'Avanzato, C., Joormann, J., Siemer, M., & Gotlib, I. H. (2013). Emotion regulation in depression and anxiety: examining diagnostic specificity and stability of strategy use. *Cognitive Therapy and Research*, 37(5), 968-980. <https://doi.org/10.1007/s10608-013-9537-0>.

5. Mertens, G., Gerritsen, L., Duijndam, S., Salemink, E., & Engelhard, I. M. (2020). Fear of the coronavirus (COVID-19): Predictors in an online study conducted in March 2020. *Journal of anxiety disorders*, 74, 102258.
6. Arslan, S., Delice, O., Ozpolat, G., & Omeroglu, M. (2021). Evaluation of patient relatives applying to the emergency department in terms of intolerance to uncertainty and adult separation anxiety during the COVID-19 pandemic process. *Minerva Psychiatry*, 62(3), 186-193. <https://doi.org/10.23736/S2724-6612.21.02183-7>
7. Romeo, A., Novello, F., & Castelli, L. (2022). Intolerance to uncertainty and adult separation anxiety in relatives of COVID-19 inpatients. *Minerva Psychiatry*, 63, 311-313.
8. Godara, M., Everaert, J., Sanchez-Lopez, A., Joormann, J., & De Raedt, R. (2023). Interplay between uncertainty intolerance, emotion regulation, cognitive flexibility, and psychopathology during the COVID-19 pandemic: a multi-wave study. *Scientific Reports*, 13(1), 985.
9. Cao, W., Fang, Z., Hou, G., Han, M., Xu, X., Dong, J., & Zheng, J. (2020). The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China. *Psychiatry research*, 287, 112934. doi: 10.1016/j.psychres.2020.112934
10. Hacımusalar, Y., Kahve, A. C., Yasar, A. B. & Aydin, M. S. (2020). Anxiety and hopelessness levels in COVID-19 pandemic: A comparative study of healthcare professionals and other community sample in Turkey. *Journal of Psychiatric Research*, 129, 181-188. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.07.024>.
11. Amerikan Psikiyatri Birliği. (1995). *Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM-IV) (E. Köroğlu, Çev.) Hekimler Yayın Birliği*. (1994, 4. Baskı).
12. Amerikan Psikiyatri Birliği. (2013). *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı (DSM-5) Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı (E. Köroğlu, Çev.) Hekimler Yayın Birliği*. (2013, 5. Baskı).
13. Qi, W., Mingxue, C., Jinxia, W., Lihui, H., & Yi, L. (2025). Intolerance of Uncertainty and Anxiety: A Perspective Based on Conditioned Fear. *Journal of Psychological Science*, 48(3), 589.
14. Larochelle, S., Dugas, M. J., Langlois, F., Gosselin, P., Belleville, G., & Bouchard, S. (2025). Intolerance of Uncertainty and Emotion Dysregulation as Predictors of Generalized Anxiety Disorder Severity in a Clinical Population. *Journal of Clinical Medicine*, 14(5), 1502.
15. Dugas, M. J., Schwartz, A. & Francis, K. (2004). Intolerance of uncertainty, worry, and depression. *Cognitive Therapy and Research*, 28(6), 835-842. <https://doi.org/10.1007/s10608-004-0669-0>.
16. Boelen, P. A., Reijntjes, A., & Carleton, R. N. (2014). Intolerance of uncertainty and adult separation anxiety. *Cognitive Behaviour Therapy*, 43(2), 133-144. <https://doi.org/10.1080/16506073.2014.888755>.
17. Wheaton, M. G. & Kaiser, N. (2021). Anxiety sensitivity and intolerance of uncertainty as factors related to adult separation anxiety disorder symptoms. *International Journal of Cognitive Therapy*, 14(3), 473-484. <https://doi.org/10.1007/s41811-021-00114-w>.
18. Degirmenci, S., Kosger, F., Altinoz, A. E., Essizoglu, A., &

Aksaray, G. (2019). The relationship between separation anxiety and intolerance of uncertainty in pregnant women. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 33(17), 2927–2932. <https://doi.org/10.1080/14767058.2018.1564030>.

19. Manicavasagar, V., & Silove, D. (2020). *Separation Anxiety Disorder in Adults: Clinical Features, Diagnostic Dilemmas and Treatment Guidelines*. Academic Press.

20. Pini, S., Abelli, M., Shear, K.M., Lari, L., Gesi, C., Muti, M., ... & Cassano, G.B. (2010). Frequency and clinical correlates of adult separation anxiety in a sample of 508 outpatients with mood and anxiety disorders. *Acta Psychiatr Scand*, 122(1), 40–46. doi: 10.1111/j.1600-0447.2009.01480.x

21. Ouellet, C., Langlois, F., Provencher, M. D. & Gosselin, P. (2019). Intolerance of uncertainty and difficulties in emotion regulation: Proposal for an integrative model of generalized anxiety disorder. *European Review of Applied Psychology*, 69(1), 9-18. <https://doi.org/10.1016/j.erap.2019.01.001>.

22. Del Valle, M. V., Zamora, E. V., Andrés, M. L., Irturia Muñiz, M. J., & Urquijo, S. (2020). Dificultades de regulación emocional e intolerancia a la incertidumbre en estudiantes universitarios. *Quaderns de Psicologia*, 22(2), 1594. doi: 10.5565/rev/psicologia.1594

23. Cabral, J., Matos, P. M., Beyers, W., & Soenens, B. (2012). Attachment, emotion regulation and coping in Portuguese emerging adults: A test of a mediation hypothesis. *The Spanish Journal of Psychology*, 15(3), 1000-1012. https://doi.org/10.5209/rev_sjop.2012.v15.n3.39391.

24. Aydemir, C. (2018). The mediating role of emotion regulation in relation to perceived parental psychological control and adult separation anxiety. *Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Bahçeşehir Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul*.

25. Benatti, B., Albert, U., Maina, G., Fiorillo, A., Celebre, L., Girone, N. ... & Dell'Osso, B. (2020). What happened to patients with obsessive compulsive disorder during the COVID-19 pandemic? A multicentre report from tertiary clinics in northern Italy. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 720. doi: 10.3389/fpsyt.2020.00720

26. Tang, W., Hu, T., Hu, B., Jin, C., Wang, G., Xie, C., ... & Xu, J. (2020). Prevalence and correlates of PTSD and depressive symptoms one month after the outbreak of the COVID-19 epidemic in a sample of home-quarantined Chinese university students. *Journal of Affective Disorders*, 274, 1-7. doi: 10.1016/j.jad.2020.05.009

27. Huang, Y. & Zhao, N. (2020). Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: a web-based crosssectional survey. *Psychiatry Research*, 288, 112954. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112954>.

28. Karasu, F. (2020). Koronavirüs (COVID-19) vakaları artarken salgının ön safındaki bir yoğun bakım hemşiresi: “cephede duran kahramanlar”. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 24(1), 11-14. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/1095451>.

29. Yerköy, A. ve Okur, F. (2020) Covid-19 pandemisinde gizli kahramanlar: hemşire liderler. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 6(3), 625-638. <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/1473922>.

30. Gökçe, A. (2022). Covid-19 pandemi sürecinin sağlık sektörü çalışanları üzerindeki psikososyal yansımaları: nitel bir araştırma. *Çalışma ve Toplum*, 3(74), 1833-1860.

31. Li, J., Xu, J., Zhou, H., You, H., Wang, X., Li, Y., ... & Gu, J. (2021). Working conditions and health status of 6,317 front line public health workers across five provinces in China during the COVID-19 epidemic: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 21(1), 1-14.

32. Bettinsoli, M. L., Di Riso, D., Napier, J. L., Moretti, L., Bettinsoli, P., Delmedico, M., ... & Moretti, B. (2020). Mental health conditions of Italian healthcare professionals during the COVID-19 disease outbreak. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 12(4), 1054-1073. <https://doi.org/10.1111/aphw.12239>

33. Söğütü, Y., Söğütü, L. & Göktas, S. (2021). Relationship of COVID-19 pandemic with anxiety, anger, sleep and emotion regulation in healthcare professionals. *Journal of Contemporary Medicine*, 11(1), 1-9. <https://doi.org/10.16899/jcm.804329>.

34. Di Trani, M., Mariani, R., Ferri, R., De Berardinis, D., & Frigo, M. G. (2021). From resilience to burnout in healthcare workers during the COVID-19 emergency: the role of the ability to tolerate uncertainty. *Frontiers in Psychology*, 12, 987. doi: 10.3389/fpsyg.2021.64643.

35. Dugas, M. J., Gagnon, F., Ladouceur, R. & Freeston, M. H. (1998). Generalized anxiety disorder: A preliminary test of a conceptual model. *Behaviour Research and Therapy*, 36(2), 215–226. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(97\)00070-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(97)00070-3).

36. Shear, K., Jin, R., Ruscio, A. M., Walters, E. E. & Kessler, R. C. (2006). Prevalence and correlates of estimated DSM-IV child and adult separation anxiety disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *American Journal of Psychiatry*, 163(6), 1074-1083. <https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.6.1074>.

37. Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A. & Lang, A.G. (2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*, 41(4), 1149-1160. doi:10.3758/BRM.41.4.114.

38. Freeston, M. H., Rhéaume, J., Letarte, H., Dugas, M. J., & Ladouceur, R. (1994). Why do people worry? *Personality and Individual Differences*, 17(6), 791–802. doi: 10.1016/0191-8869(94)90048-5

39. Carleton, R. N., Norton, M. P. J., & Asmundson, G. J. (2007). Fearing the unknown: A short version of the Intolerance of Uncertainty Scale. *Journal of anxiety disorders*, 21(1), 105-117. doi: 10.1016/j.janxdis.2006.03.014

40. Sarıçam, H., Erguvan, F. M., Akin, A. ve Akça, M. Ş. (2014). Belirsizliğe tahammülsüzlük ölçeği (BTÖ-12) türkçe formu: Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Route Educational and Social Science Journal*, 1(3), 149-157. <https://doi.org/10.17121/ressjournal.109>.

41. Manicavasagar, V., Silove, D., Wagner, R. (2003) A self-report questionnaire for measuring separation anxiety in adulthood. *Comprehensive Psychiatry*, 44(2), 146-153. doi:10.1053/comp.2003.50024

42. Diriöz, M., Alkın, T., Yemez, B., Onur, E. ve Eminağaoğlu, P.

N. (2012). Ayrılma anksiyetesi belirti envanteri ile yetişkin ayrılma anksiyetesi anketinin Türkçe versiyonunun geçerlik ve g venirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 23(2), 108-116. <https://www.turkpsikiyatri.com/Data/UnpublishedArticles/d03cyc.pdf>.

43. Gratz, K. L. & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41-54. <https://doi.org/10.1007/s10862-008-9102-4>.

44. Bjureberg, J., Lj tsson, B., Tull, M. T., Hedman, E., Sahlin, H., Lundh, L. G., Bj rehed, J., DiLillo, D., Messman-Moore, T., Gumpert, C.H., & Gratz, K. L. (2016). Development and validation of a brief version of the difficulties in emotion regulation scale: the DERS-16. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 38(2), 284-296. <https://doi.org/10.1007/s10862-015-9514-x>.

45. Yiğit, İ. & Yiğit, M. G. (2019). Psychometric properties of Turkish version of difficulties in Emotion Regulation Scale-Brief Form (DERS-16). *Current Psychology*, 38(6), 1503-1511. <https://doi.org/10.1007/s12144-017-9712-7>.

46. Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. & L we, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092-1097. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>.

47. Konkan, R., şenormancı,  ., G c l , O., Aydın, E. ve Sungur, M. Z. (2013). Yaygın Anksiyete Bozukluğu-7 (YAB-7) Testi Türkçe uyarlaması, geçerlik ve g venirliği. *N ropsikiyatri Arşivi*, 50(1), 53-59. <https://doi.org/10.4274/npa.y6308>.

48. Tabachnick, B. G., Fidell, L. S., & Ullman, J. B. (2007). *Using multivariate statistics* (Vol. 5, pp. 481-498). Boston, MA: Pearson.

49. Hayes, A. F. (2013). *Introduction to Mediation, Moderation, and Conditional Process Analysis: A Regression-Based Approach*. Guilford Press.

50. MacKinnon, D. P., Lockwood, C. M. & Williams, J. (2004). Confidence limits for the indirect effect: Distribution of the product and resampling methods. *Multivariate Behavioral Research*, 39(1), 99-128. https://doi.org/10.1207/s15327906mbr3901_4.

51. Ekinci, İ., & Ekinci, E. (2021). Covid-19 Pandemi Döneminde Sağlık alışanlarında Anksiyete, Depresyon, Duygu Düzenleme G c l ğ  ve Uyku Kalitesinin İncelenmesi. *Medical Journal of Istanbul Kanuni Sultan Süleyman/Istanbul Kanuni Sultan Süleyman Tıp Dergisi*, 13(2).

52. Simone, L. & Gnagnarella, C. (2020). Differences between health workers and general population in risk perception, behaviors, and psychological distress related to COVID-19 spread in Italy. *Frontiers in Psychology*, 11, 2166. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.02166>.

53. Kang, L., Li, Y., Hu, S., Chen, M., Yang, C., Yang, B.X., Wang, Y., Hu, J., Lai, J., Ma, X., Chen, J., Guan, L., Wang, G., Ma, H. & Liu, Z., (2020). The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel Coronavirus. *Lancet Psychiatry*, 7(3), 14. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30047-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30047-X).

54. Cumming, G. (2012). *Understanding the new statistics: Effect sizes, confidence intervals, and meta-analysis*. Routledge/Taylor &

Francis Group

55. Kennedy, C., Deane, F. P., & Chan, A. Y. (2021). Intolerance of uncertainty and psychological symptoms among people with a missing loved one: Emotion regulation difficulties and psychological inflexibility as mediators. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 21. doi: 10.1016/j.jcbs.2021.05.006

56. Akyel, B. ve Akdemir, E. (2017). Associations between separation anxiety and emotion dysregulation in a substance use disorder population. *Journal of Addiction Research & Therapy*, 8(5), 44. <https://doi.org/10.4172/2155-6105-C1-034>.

57. Gross, J. J., & Jazaieri, H. (2014). Emotion, emotion regulation, and psychopathology: An affective science perspective. *Clinical psychological science*, 2(4), 387-401.

58. Sahib, A., Chen, J., Cárdenas, D., Calear, A. L., & Wilson, C. (2024). Emotion regulation mediates the relation between intolerance of uncertainty and emotion difficulties: A longitudinal investigation. *Journal of Affective Disorders*, 364, 194-204.

59. Bucci, P., Plaitano, E., De Riso, F., Giugliano, R., Mucci, A., Galderisi, S., & Maj, M. (2012). P-120-adult separation anxiety disorder: clinical characteristics and attachment styles. *European Psychiatry*, 27(1), 1-1. [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(12\)74287-6](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(12)74287-6).

60. Beck, E., & Daniels, J. (2023). Intolerance of uncertainty, fear of contamination and perceived social support as predictors of psychological distress in NHS healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *Psychology, Health & Medicine*, 28(2), 447-459.

61. G d k,  ., G d k,  . ve Vural, A. Covid-19 Küresel Salgınında Sağlık alışanlarının Belirsizliğe Tahamm ls zl ğ n n Değerlendirilmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 24(1), 139-150. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/1660085>

62. Genovese, G., Infortuna, C., Clementi, V., Iannuzzo, F., Turiano, F., Mento, C., Muscatello, M. R. A., Bruno, A., & Pandolfo, G. (2025). Separation anxiety and personality domains in a dimensional perspective: A cross-sectional study in a sample of adults with personality disorders. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 53(2), 230-236. <https://doi.org/10.62641/aep.v53i2.1811>

63. Gentes, E. L. & Ruscio, A. M. (2011). A meta-analysis of the relation of intolerance of uncertainty to symptoms of generalized anxiety disorder, major depressive disorder, and obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychology Review*, 31(6), 923-933. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.05.001>.

64. Demir, N.  . ve Görgülü, Y. (2020). Bir  niversite hastanesi psikiyatri polikliniğine başvuran yaygın anksiyete bozukluğu tanılı hastalarda ayrılma anksiyetesi bozukluğu görülme sıklığı. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 23(2), 188-195. <https://doi.org/10.5505/kpd.2020.16046>.

65. Yılmaz, S. ř. (2020). Yaygın anksiyete bozukluğu tanılı hastalarda yetişkin ayrılma anksiyetesi komorbiditesi ve klinik özelliklerinin değerlendirilmesi. (Yayımlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi). Necmettin Erbakan Üniversitesi.

Hemşirelik Öğrencilerinin Yabancı Hemşire İstihdamına İlişkin Tutumları: Ekonomik ve Demografik Faktörlerin Rolü

Attitudes Of Nursing Students Towards The Employment Of Foreign Nurses: The Role Of Economic And Demographic Factors

Seda Tuğba BAYKARA MAT¹

ÖZ

Amaç: Bu çalışma, hemşirelik öğrencilerinin yabancı uyruklu hemşire istihdamına yönelik tutumlarını belirlemeyi ve bu tutumların demografik değişkenlerle ilişkisini değerlendirmeyi amaçlamaktadır.

Yöntem: Tanımlayıcı ve kesitsel tasarımı yürütülen çalışmada, öğrencilerin tutumları ölçülmüş ve demografik verilerle karşılaştırılmalı analizler yapılmıştır.

Bulgular: Öğrencilerin genel tutumlarının olumsuz olduğu saptanmıştır (ortalama: 2,32±0,72). Düşük ekonomik duruma sahip öğrenciler daha olumlu tutum sergilemiştir ($p<0,05$). Yaş arttıkça olumlu tutum eğilimi gözlenmiş, ancak ilişki zayıf bulunmuştur. Cinsiyetin ve yabancı hemşireden hizmet alma deneyiminin anlamlı etkisi görülmemiştir.

Sonuç: Hemşirelik öğrencilerinin yabancı hemşire istihdamına karşı tutumları genellikle olumsuzdur. Daha geniş örneklemler ve çok merkezli çalışmalar önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Demografi, hemşirelik öğrencileri, uluslararası hemşireler, tutum

Giriş

Küreselleşme ve teknolojik gelişmeler, sağlık, bilim, eğitim gibi birçok alanda olduğu gibi toplumsal yapılar üzerinde de uluslararasılaşma kavramının etkisini artırmıştır (1). Bu süreç, özellikle sağlık politikalarında önemli değişimlere yol açmakta olup, sağlık hizmetlerinin sunum biçimini ve sağlık mesleklerinin dinamiklerini dönüştürmektedir. Küresel dinamikler, sağlık sektöründe iş gücü hareketliliğini artırarak, hemşirelik gibi kritik mesleklerin uluslararasılaşmasına yol açmaktadır (2). Bu bağlamda, yabancı hemşirelerin istihdamı,

1-Dr. Öğr. Üyesi, Seda Tuğba Baykara Mat, İstanbul Beykent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Departman, İstanbul, Türkiye

E-Posta: matsedatuğba@gmail.com

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-3253-0597>

Gönderim Tarihi: 15.08.2024 - Kabul Tarihi: 03.12.2025

ABSTRACT

Objective: This study aims to determine nursing students' attitudes toward the employment of foreign nurses and to examine the relationship between these attitudes and demographic variables.

Methods: A descriptive and cross-sectional design was used. Students' attitudes were measured and analyzed in relation to their demographic characteristics.

Results: Students generally exhibited negative attitudes toward the employment of foreign nurses (mean score: 2.32±0.72). Those with lower economic status had more positive attitudes ($p<0.05$). Although increasing age was associated with slightly more positive attitudes, the correlation was weak. Gender and prior experience receiving care from a foreign nurse had no significant effect.

Conclusion: Nursing students tend to have negative attitudes toward the employment of foreign nurses. Broader, multi-center studies involving diverse socio-demographic groups are recommended to better understand these attitudes and plan appropriate awareness efforts.

Keywords: Attitude, demography, international nurses, nursing students

hemşirelik mesleğinde önemli bir gündem maddesi haline gelmiştir.

Özellikle gelişmiş ülkeler hemşire açıklarını kapatmak amacıyla uluslararası işe alımlara yönelmiştir. Düşük ve orta gelirli ülkelere yüksek gelirli ülkelere sağlık çalışanları, özellikle hemşireler, uluslararası olarak işe alındığı görülmektedir (3). Bu kapsamda Yeni Zelanda'da görev yapan hemşirelerin 2002'de %14,7'sinin yurtdışında eğitim almışken, 2015 yılında bu oranın %26'ya çıktığı kaydedilmiştir (4). Ayrıca, 2017 yılında Avustralya'da hemşirelerin yaklaşık %18'i yabancı doğumlu olarak kayıtlı olduğu bildirilmiştir (4). Benzer şekilde, Avustralya'da çalışan hemşirelerin %43'ü yurtdışında eğitim almış hemşirelerden oluşmaktadır (5).

Diğer yandan Kanada'da uluslararası eğitimli hemşirelerin oranı %7'den %9'a, Yeni Zelanda'da ise 2010 yılından bu yana %23'ten %31'e yükselmiştir (6,7).

Bu veriler, gelişmiş ülkelerin sağlık sistemlerinde yabancı hemşirelere olan bağımlılığın arttığını ve bu durumun sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliği açısından önemli sonuçlar doğurabileceğini göstermektedir. Bu bağlamda, hemşirelik öğrencilerinin yabancı hemşire istihdamına yönelik tutumlarının incelenmesi, gelecekteki sağlık politikalarının şekillendirilmesi açısından önem arz etmektedir.

Yabancı hemşirelerin istihdamı, hemşire açığı yaşayan ülkeler için bir çözüm olarak görülse de, bu durum hemşirelik mesleği üzerinde çeşitli tartışmalara yol açmaktadır (8). Stokes ve İskander tarafından 2021 yılında yayınlanan çalışmada belirtildiği gibi, uluslararası göç ve iş gücü hareketliliği, hemşirelerin mesleki gelişimlerini ve kariyer fırsatlarını genişletirken, aynı zamanda hizmet sunumunda kültürel farklılıkların ve entegrasyon zorluklarının da ortaya çıkmasına neden olabilmektedir (9). Bu durum, yabancı hemşire istihdamı konusunda yerel hemşirelerin ve hemşirelik öğrencilerinin algılarını etkilemektedir.

Küreselleşmenin sağlık politikaları üzerindeki etkileri, hemşirelik mesleği ve eğitimi üzerinde geniş kapsamlı değişimlere yol açarken, bu değişimlerin mesleğe yeni adım atacak olan hemşirelik öğrencileri üzerindeki yansımaları da dikkat çekmektedir (10,11). Hemşirelik öğrencilerinin, yabancı hemşirelerin istihdamı konusundaki algıları ve bu duruma yönelik tutumları, gelecekte mesleki kimliklerini ve çalışma ortamlarını şekillendirebilecek önemli bir unsur olarak değerlendirilmektedir (12). Öğrencilerin bu konudaki tutumları, eğitim aldıkları kurumun bulunduğu bölge, cinsiyet, çok dillilik, mezuniyet sonrası yurt dışında çalışma isteği ve öğrenci değişim programlarına katılım gibi demografik ve sosyal faktörlerden etkilenmektedir (13). Gelişmiş ülkelerdeki hemşire açığı, yaşlanan nüfus, düşük doğum oranları ve sağlık hizmetlerine olan talebin

artması gibi demografik değişikliklerle ilişkilidir (14). Bu durum, uluslararası hemşire istihdamını teşvik etmektedir. Ayrıca, düşük ve orta gelirli ülkelerdeki hemşireler, daha iyi ücretler ve çalışma koşulları gibi ekonomik nedenlerle yurt dışında çalışmayı tercih etmektedirler (15).

Bu bağlamda, çalışmanın temel sorusu, hemşirelik öğrencilerinin yabancı uyruklu hemşirelerin (YUH) istihdamına yönelik bakış açılarının neler olduğu ve bu algıların hangi faktörlerden etkilendiğidir. Çalışma, hemşirelik öğrencilerinin bu konudaki görüşlerini anlayarak, sağlık politikaları ve hemşirelik eğitimi bağlamında daha kapsamlı değerlendirmeler yapmayı hedeflemektedir.

Araştırma Soruları:

Hemşirelik öğrencilerinin YUH istihdamına yönelik tutumları nasıldır?

Bu tutumlar; yaş, cinsiyet, ekonomik durum ve yabancı hemşireyle temas gibi demografik değişkenlerle anlamlı bir ilişki göstermekte midir?

Yöntem

Araştırmanın Tipi

Bu çalışma, tanımlayıcı ve kesitsel bir araştırma olarak gerçekleştirilmiştir. Araştırma, hemşirelik öğrencilerinin YUH istihdamına yönelik görüşlerini incelemeyi amaçlamaktadır.

Araştırmanın yeri ve zamanı

Araştırma, Temmuz-Ağustos 2022 tarihleri arasında İstanbul'da bulunan bir vakıf üniversitesinin Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü öğrencileri ile çevrim içi olarak gerçekleştirilmiştir.

Verilerin Toplanması

Bu dönemde öğrenciler ile Zoom® üzerinden çevrim içi bilgilendirme toplantıları düzenlenmiş; bu toplantılarda çalışmanın amacı, kapsamı ve önemi katılımcılara ayrıntılı olarak açıklanmıştır. Ardından, çalışmaya katılmaya gönüllü olan öğrencilere Google Forms aracılığıyla hazırlanmış anket formu elektronik ortamda iletilmiştir.

Anketin giriş ekranında, araştırmaya katılımın gönüllülük esasına dayandığı, katılımcıların diledikleri zaman yanıt vermekten vazgeçebileceği ve verilerin anonim olarak toplanacağı bilgileri yer almıştır. Katılımcıların her biri, formun başlangıcında yer alan “aydınlatılmış onam” bölümünü okuyarak elektronik onam vermiş ve ancak onam verdikten sonra formu doldurmaya yönlendirilmiştir.

Veri toplama araçları, öğrencilerin kimliğini ortaya çıkarabilecek herhangi bir kişisel bilgi içermeyecek şekilde hazırlanmıştır. Araştırmaya dahil edilme kriterleri: belirlenen üniversitede hemşirelik bölümünde kayıtlı olmak ve çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul etmek şeklinde belirlenmiştir. Farklı bölümlerde kayıtlı olan öğrenciler ve araştırma sürecinden çekilmek isteyen bireyler çalışmaya dahil edilmemiştir. Her katılımcının yalnızca bir kez form doldurması esas alınmıştır.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, çalışma sırasında hemşirelik bölümünde öğrenim gören 280 öğrenci oluşturmuştur. Bu öğrencilerin tamamı örneklem alınmış olup, herhangi bir örneklem seçim yöntemi kullanılmamıştır. Bu kapsamda 14 öğrenci araştırmaya katılmaya gönüllü olmadığından, 266 öğrenci ile araştırma tamamlanmıştır.

Veri Toplama Araçları

Kişisel Bilgi Formu: Çalışmaya katılan hemşirelik öğrencilerinin sosyo-demografik bilgilerini içeren 4 sorudan oluşmaktadır (16).

Yabancı Hemşire İstihdamına Yönelik Tutum Ölçeği: Bu çalışmada, hemşirelik öğrencilerinin YUH istihdamına yönelik tutumlarını belirlemek amacıyla Eşkin Bacaksız, Harmancı Seren ve Yıldırım (2015) tarafından geliştirilen “Yabancı Hemşirelerin İstihdamına Yönelik Tutum Ölçeği” kullanılmıştır. Ölçek, 25 maddeden oluşmakta olup, “Kesinlikle katılmıyorum” (1) ile “Kesinlikle katılıyorum” (5) arasında derecelendirilen 5’li Likert tipi bir yapıdadır. Ölçekte olumsuz anlam taşıyan ters madde bulunmamaktadır. Ölçek, “Mesleğe ve

Topluma Uyum” (9 madde), “Mesleğe Etki” (7 madde), “Meslektaş İlişkileri” (5 madde) ve “Performansa Etki” (4 madde) olmak üzere dört alt boyuttan oluşmaktadır. Maddelerden alınan puanların toplamı ölçek puanını oluşturmaktadır ve toplam puan 25 ile 125 arasında değişmektedir. Yüksek puanlar, hemşirelik öğrencilerinin YUH istihdamına yönelik tutumlarının olumlu olduğunu göstermektedir. Ölçeğin geliştirilme sürecinde yapılan analizlerde madde toplam korelasyonlarının 0.530 ile 0.798 arasında, faktör yüklerinin ise 0.489 ile 0.861 arasında değiştiği belirlenmiştir. Alt boyutlara ilişkin Cronbach’s Alpha güvenirlik katsayıları 0.848 ile 0.929 arasında bulunurken, ölçeğin tümü için bu değer 0.960 olarak raporlanmıştır. Bu çalışmada elde edilen veriler doğrultusunda yapılan güvenirlik analizine göre, toplam ölçek için Cronbach’s Alpha katsayısı 0.936 olarak hesaplanmıştır. Alt boyutlara ilişkin iç tutarlılık katsayıları ise; Mesleğe ve Topluma Uyum alt boyutu için 0.866, Mesleğe Etki alt boyutu için 0.856, Meslektaş İlişkileri alt boyutu için 0.783 ve Performansa Etki alt boyutu için 0.860 olarak hesaplanmıştır. Bu sonuçlar, ölçeğin güvenirliğinin yüksek olduğunu ve geçerli ölçümler sağladığını göstermektedir.

Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen veriler, SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 26.0 istatistik programı kullanılarak analiz edilmiştir. Çalışmaya katılan öğrencilerin tanımlayıcı özelliklerinin belirlenmesinde frekans ve yüzde analizleri kullanılmıştır. Ölçeğin incelenmesinde ortalama ve standart sapma istatistiklerinden faydalanılmıştır. Araştırma değişkenlerinin normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemek üzere Kurtosis (Basıklık) ve Skewness (Çarpıklık) değerleri incelenmiş ve değişkenlerin normal dağılım gösterdiği belirlenmiştir (17,18). Verilerin analizinde parametrik yöntemler kullanılmıştır. Sürekli değişkenler arasındaki ilişki Pearson korelasyon analizi ile incelenmiştir. Öğrencilerin tanımlayıcı özelliklerine göre ölçek düzeylerindeki farklılaşmaların incelenmesinde t-testi, tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ve post hoc (Tukey, LSD) analizlerinden faydalanılmıştır.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın verileri, üniversitenin Sosyal Bilimler Etik Kurulu'ndan alınan (Tarih: 14.06.2022, No: 234) etik kurul izni doğrultusunda toplanmıştır. Araştırmaya katılan bireylere, araştırma sırasında elde edilen bilgilerin gizli tutulacağı ve sadece bu araştırma amacıyla kullanılacağı bilgisi verilmiş; bilgilendirilmiş onam formu imzalatılarak veriler toplanmıştır. Ayrıca kullanılan ölçek için ölçeği geliştiren araştırmacılardan kullanıma dair izin alınmıştır. Bu çalışma, araştırma ve yayın etiği kurallarına uygun olarak gerçekleştirilmiştir. Araştırma için kurum izni alınmıştır.

Bulgular

Araştırmaya toplam 266 öğrenci katılmıştır. Öğrencilerin cinsiyete göre dağılımı incelendiğinde, %83,1'inin kadın (n=221), %16,9'unun ise erkek (n=45) olduğu görülmektedir. Ekonomik durumlarına ilişkin değerlendirmede, öğrencilerin %23,7'si (n=63) ekonomik durumunu "yetersiz", %63,2'si (n=168) "orta", %13,2'si (n=35) ise "iyi" olarak belirtmiştir. Yakın çevrelerinde yabancı uyruklu bir hemşireden sağlık hizmeti alan bireylerin varlığına ilişkin soruya öğrencilerin %95,5'i (n=254) "hayır", %4,5'i (n=12) ise "evet" yanıtını vermiştir. Ayrıca, öğrencilerin daha önce doğrudan yabancı uyruklu bir hemşireden sağlık hizmeti alıp almadıkları sorgulanmış; %96,2'si (n=256) "hayır", %3,8'i (n=10) ise "evet" şeklinde yanıtlamıştır. Öğrencilerin ekonomik durumlarına ilişkin veriler, herhangi bir gelir aralığına dayandırılmaksızın, bireylerin öznel değerlendirmeleri esas alınarak toplanmıştır. Bu bağlamda, öğrenciler ekonomik durumlarını "yetersiz", "orta" veya "iyi" olarak kendi algılarına göre belirtmiştir. Bu yaklaşım, özellikle öğrencilerden doğrudan gelir bilgisi almanın güç olduğu durumlarda yaygın olarak tercih edilmekte olup, bireyin sosyoekonomik algısına dayalı farkındalığına ulaşmayı hedeflemektedir.

Öğrencilerin "yabancı hemşire istihdamına yönelik tutum" ortalaması 2,321±0,728 (Min=1; Maks=4,2) ile zayıf düzeyde bulunmuştur. "Mesleğe ve topluma uyum" ortalaması

ise 2,369±0,779 (Min=1; Maks=5) olarak belirlenmiştir. "Mesleğe etki" ortalaması 2,097±0,840 (Min=1; Maks=4,43) ile zayıf düzeyde saptanmıştır. "Meslektaş ilişkileri" ortalaması 2,353±0,840 (Min=1; Maks=4,4) olarak ölçülmüş olup, bu da zayıf bir tutumu göstermektedir. "Performansa etki" ortalaması ise 2,568±1,062 (Min=1; Maks=5) olarak tespit edilmiştir ve bu da zayıf bir etki düzeyini ifade etmektedir.

Öğrencilerin YUH istihdamına yönelik tutum, mesleğe ve topluma uyum, mesleğe etki, meslektaş ilişkileri ve performansa etki puanları cinsiyete, yakın çevrede yabancı hemşireden hizmet alan biri varlığına ve daha önce yabancı bir hemşireden hizmet alma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Yapılan bağımsız örneklem t-testi sonuçlarına göre, tüm değişkenlerde elde edilen test değerleri -1.093 ile 1.551 arasında değişmiş ve farklar anlamlı bulunmamıştır. Bu bulgular, söz konusu demografik özelliklerin öğrencilerin YUH istihdamına yönelik tutumları üzerinde belirleyici bir etkisinin olmadığını göstermektedir.

Öğrencilerin mesleğe etki puanları ekonomik duruma göre istatistiksel olarak anlamlıdır ($F=5,797$; $p=0,003<0,05$; $\eta^2=0,042$). Bu anlamlılığın nedeni, ekonomik durumu yetersiz olanların mesleğe etki puanlarının, ekonomik durumu iyi olanlardan daha yüksek olmasıdır ($p<0,05$). Ayrıca, ekonomik durumu orta olanların mesleğe etki puanlarının da iyi olanlardan yüksek olduğu gözlemlenmiştir ($p<0,05$). Öğrencilerin meslektaş ilişkileri puanları da ekonomik duruma göre anlamlı farklılık göstermektedir ($F=3,297$; $p=0,039<0,05$; $\eta^2=0,024$). Bu farklılığın nedeni, ekonomik durumu yetersiz olanların meslektaş ilişkileri puanlarının, ekonomik durumu iyi olanlardan yüksek olmasıdır ($p<0,05$). Ekonomik durumu orta olanların meslektaş ilişkileri puanlarının da iyi olanlardan yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). YUH istihdamına yönelik tutum, mesleğe ve topluma uyum ve performansa etki puanları ise ekonomik duruma göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Tablo 1. Katılanların Tanımlayıcı Özelliklere Göre Dağılımı, İstanbul 2022

Gruplar	Sayı(n)	Yüzde (%)
Cinsiyet		
Erkek	45	16,9
Kadın	221	83,1
Ekonomik Durum		
Yetersiz	63	23,7
Orta	168	63,2
İyi	35	13,2
Yakın Çevrede Yabancı Uyruklu Hemşireden Hizmet Alan Biri Varlığı		
Hayır	254	95,5
Evet	12	4,5
Daha Önce Yabancı Bir Hemşireden Hizmet Alma Durumu		
Hayır	256	96,2
Evet	10	3,8

Tablo 2. Yabancı Hemşire İstihdamına Yönelik Tutum Puan Ortalamaları, İstanbul 2022

	N	Ort	Ss	Min.	Maks.	Kurtosis	Skewness	Alpha
Yabancı Hemşire İstihdamına Yönelik Tutum	266	2,321	0,728	1,000	4,200	-0,587	0,095	0,936
Mesleğe Ve Topluma Uyum	266	2,369	0,779	1,000	5,000	0,223	0,259	0,866
Mesleğe Etki	266	2,097	0,840	1,000	4,430	-0,166	0,778	0,856
Meslektaş İlişkileri	266	2,353	0,840	1,000	4,400	-0,685	0,203	0,783
Performansa Etki	266	2,568	1,062	1,000	5,000	-0,527	0,227	0,860

Yaş ile YUH istihdamına yönelik tutum, mesleğe etki, meslektaş ilişkileri ve performansa etki puanları arasındaki korelasyon analizleri şu sonuçları vermiştir: YUH istihdamına yönelik tutum ile yaş arasında pozitif, ancak çok zayıf bir korelasyon ($r=0,153$; $p=0,012<0,05$) bulunmuştur. Mesleğe etki ile yaş arasında pozitif ve çok zayıf bir korelasyon ($r=0,219$; $p=0,000<0,05$) gözlemlenmiştir. Ayrıca, meslektaş ilişkileri ile yaş arasında pozitif ve çok zayıf bir korelasyon ($r=0,151$; $p=0,013<0,05$) tespit edilmiştir. Performansa etki puanları ile yaş arasındaki korelasyon ise istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$). Diğer değişkenler arasındaki korelasyon ilişkilerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p>0,05$).

Tablo 3. Yabancı Hemşire İstihdamına Yönelik Tutum Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu, İstanbul 2022

Demografik Özellikler	n	YUH İstihdamına Yönelik Tutum	Mesleğe ve Topluma Uyum	Mesleğe Etki	Meslektaş İlişkileri	Performansa Etki
Cinsiyet		$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$
Erkek	45	2,299±0,733	2,299±0,730	2,238±0,935	2,236±0,767	2,483±1,072
Kadın	221	2,326±0,729	2,384±0,790	2,068±0,819	2,377±0,853	2,585±1,062
t		-0,229	-0,665	1,240	-1,026	-0,583
p		0,819	0,507	0,216	0,306	0,560
Ekonomik Durum						
Yetersiz	63	2,337±0,764	2,395±0,833	2,109±0,872	2,384±0,900	2,544±1,053
Orta	168	2,372±0,724	2,378±0,745	2,183±0,864	2,411±0,825	2,641±1,055
İyi	35	2,051±0,638	2,283±0,858	1,661±0,460	2,017±0,735	2,257±1,091
F		2,861	0,259	5,797	3,297	1,928
p		0,059	0,772	0,003	0,039	0,147
PostHoc=				1>3, 2>3 (p<0.05)	1>3, 2>3 (p<0.05)	
Yakın Çevrede YUH'dan Hizmet Alan Biri Varlığı						
Hayır	254	2,331±0,732	2,375±0,783	2,104±0,842	2,364±0,845	2,590±1,056
Evet	12	2,120±0,631	2,259±0,713	1,952±0,807	2,117±0,695	2,104±1,135
t		0,980	0,500	0,608	0,996	1,551
p		0,328	0,618	0,544	0,320	0,122
YUH'dan Hizmet Alma Durumu						
Hayır	256	2,317±0,719	2,359±0,756	2,100±0,850	2,349±0,832	2,561±1,048
Evet	10	2,436±0,986	2,633±1,272	2,000±0,535	2,440±1,062	2,750±1,439
t		-0,507	-1,093	0,370	-0,335	-0,552
p		0,613	0,515	0,582	0,738	0,581

F: Anova Testi; t: Bağımsız Gruplar T-Testi; PostHoc: Tukey, LSD

Tartışma

Çalışmadan elde edilen bulgular incelendiğinde, çalışmaya katılan öğrencilerin büyük çoğunluğunun kadın olduğu ve ekonomik durumlarının genellikle orta düzeyde olduğu göz önüne alındığında, bu dağılımın hemşirelik eğitiminin demografik yapısıyla uyumlu olduğu söylenebilir. Hemşirelik bölümlerinde kadın öğrencilerin sayıca çok olması, bu çalışmadaki cinsiyet dağılımını desteklemektedir. Öğrencilerin

ekonomik durumlarının büyük oranda orta düzeyde olması, eğitim ve istihdam politikalarının planlanmasında dikkate alınması gereken önemli bir veri olarak değerlendirilebileceği gibi literatür ile uyumludur (19).

Bu çalışmada elde edilen bulgular, hemşirelik öğrencilerinin YUH istihdamına yönelik tutumlarının genel olarak olumsuz ya da çekimser olduğunu ortaya koymaktadır. Özel bir hastane grubunda çalışan hemşirelerle yapılan benzer

bir çalışmanın sonuçları, hemşirelerin YUH istihdamını desteklemediklerini, bu istihdam türünün meslek ve topluma uyum sorunlarına yol açabileceğini düşündüklerini ortaya koymuştur (20). Farklı bir araştırma YUH istihdamının uluslararası hemşireler için eşit ücret, ekonomik ödüller ve sürekli mesleki gelişim fırsatları gibi bir dizi kariyer imkânı sunarken, bu hemşirelerin kültürel anlamda desteklenmesinin büyük önem taşıdığını vurgulamaktadır (21). Hemşirelik fakültesindeki öğretim elemanları ve öğrencilerin YUH istihdamına ilişkin görüşlerini belirlemek amacıyla yapılan bir başka çalışmada öğrencilerin, YUH lerin hastanelerde hiç bir alanda çalışmasını istemediği, çalışmalarını durumunda ise hemşirelik bakımı dışındaki teknik işlerde çalışabileceklerini düşüncükleri ifade edilmiştir (22).

Ekonomik durumun YUH istihdamına yönelik tutumlar üzerindeki etkisi, 2018 sonrası literatürde de ele alınan önemli bir konu olmuştur. Özellikle, ekonomik durumu yetersiz veya orta olan bireylerin, mesleğe etki ve meslektaş ilişkileri gibi alt boyutlarda daha olumlu tutumlar sergilediği gözlemlenmiştir. Buchan ve Aiken (2018) yaptıkları çalışmada hemşirelik alanındaki ekonomik eşitsizliklerin, mesleki memnuniyeti ve tutumları etkileyebileceğini belirtmişlerdir (23). Ekonomik olarak dezavantajlı bireylerin, iş güvencesi ve kariyer fırsatlarına yönelik daha açık fikirli olmaları, mesleki değişimlere daha kolay adapte olabilmeleriyle ilişkili olabilir. Benzer şekilde bu çalışmada ekonomik durumunu “yetersiz” ve “orta düzeyde” olarak değerlendirenlerin meslektaş ilişkileri puanlarının “iyi” olarak değerlendirenlere oranla yüksek bulunmuştur. Stone ve Kline (2019) çalışmasında, ekonomik stresin, sağlık çalışanlarının profesyonel tutumlarını ve iş yerindeki davranışlarını nasıl etkilediğini incelemiştir (24). Ekonomik kaygıların, bireylerin meslek seçimleri ve tutumları üzerinde önemli bir etkiye sahip olduğunu ortaya koymuştur. Bu bağlamda, ekonomik durumun tutumlar üzerindeki etkisi, öğrencilerin gelecekteki mesleki beklentileri ve endişeleriyle ilişkilendirilebilir. Friedman (2020)’nun çalışması, ekonomik belirsizliğin, hemşirelik öğrencilerinin meslek seçimlerine

ve iş yerindeki uyumlarına olan etkisini desteklemektedir (25). Ekonomik durumun YUH istihdamına yönelik tutumlar üzerinde belirli alt boyutlarda anlamlı bir farklılık yarattığı ve ekonomik olarak daha dezavantajlı bireylerin değişimlere daha açık olabilecekleri, güncel literatürle de desteklenen bir bulgudur. Bu durum, öğrencilerin mesleki gelecekleri hakkında daha geniş bir perspektife sahip olmalarını ve bu değişimlere daha uyumlu olmalarını açıklayabilir.

Öğrencilerin büyük bir kısmının yakın çevrelerinde YUH’lerden hizmet almadığı ve bu durumun tutumlar üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığı gözlemlenmiştir. Kişisel deneyimlerin YUH istihdamına yönelik tutumlar üzerindeki etkisinin sınırlı olması, bu tutumların daha çok genel algılar ve kültürel normlar tarafından şekillendiğini düşündürmektedir. Literatürde de, toplumsal algıların kişisel deneyimlerden daha belirleyici olduğu görüşü yaygındır. Benzer şekilde Aiken et al. (2020) çalışmasında kişisel deneyimlerin ötesinde toplumsal algıların, sağlık hizmetleri ve çalışanlarına yönelik tutumları belirlemede önemli bir rol oynadığını vurgulamaktadır (26). Ayrıca, Stone ve Kline (2019) toplumsal normların, hemşire istihdamına yönelik tutumlar üzerinde etkili olduğunu belirtmişlerdir (24)

Yaşın YUH istihdamına yönelik tutumlar üzerindeki pozitif ve zayıf korelasyonu, yaş arttıkça öğrencilerin bu konudaki tutumlarının biraz daha olumlu hale geldiğini göstermektedir. Yaşın artmasıyla birlikte mesleki deneyimlerin ve bakış açılarının genişlemesi, bu bulguyu destekler niteliktedir. Bununla birlikte, yaşın tutumlar üzerindeki etkisinin zayıf düzeyde olması, yaşın bu tutumlar üzerindeki etkisinin sınırlı olduğunu ve diğer faktörlerin de önemli rol oynadığını ortaya koymaktadır. Bu bulgu, 2021’de yayımlanan Friedman’ın çalışmasında (2021) yaşın profesyonel tutumlar üzerindeki etkisinin sınırlı olduğuna dair bulgularla desteklenmektedir (27). Ayrıca, Yadav ve Jain (2022) yaşla birlikte değişen mesleki deneyimlerin, tutumlar üzerindeki etkisini vurgulamaktadır (28).

Kısıtlılıklar

Bu çalışmanın kısıtlılıkları arasında, araştırmanın yalnızca İstanbul'daki bir vakıf üniversitesinin Hemşirelik Bölümü öğrencileriyle yapılmış olması, bulguların diğer coğrafi bölgeler veya üniversite türleri için genellenemeyebileceğini ortaya koymaktadır. Ayrıca, örneklem büyüklüğü yüksek olsa da, demografik grupların (örneğin, ekonomik durum ve yaş) sınırlı temsili bazı bulguların geçerliliğini etkileyebilir. Veri toplama araçlarının subjektif değerlendirmelere dayanması, yanıtların doğruluğunu etkileyebilir. Öğrencilerin çoğunun yakın çevresinde YUH den hizmet almadığı ve daha önce bu deneyimi yaşamamış olması, tutumları etkileyebilir. Son olarak, araştırmanın kısa bir zaman diliminde yapılması, hemşirelik öğrencilerinin tutumlarındaki değişimlerin ve güncel gelişmelerin yansıtılmasını sınırlayabilir.

Sonuç ve Öneriler

Bu çalışmada elde edilen bulgular, hemşirelik bölümü öğrencilerinin YUH istihdamına yönelik tutumlarının genel olarak olumsuz olduğunu, ancak ekonomik durumu düşük olan öğrencilerin bu duruma görece daha olumlu baktığını ortaya koymuştur. Ayrıca, YUH ye ilişkin olumsuz tutumun yaş değişkeni ile çok zayıf bir ilişkisinin bulunduğu saptanmıştır.

İlerleyen dönemlerde, YUH den hizmet alımının artacağı öngörüsü göz önünde bulundurulduğunda, öğrencilerin bu konudaki tutumlarına yönelik çalışmaların tekrarlanması ve tutumları etkileyen faktörlerin daha detaylı incelenmesi önerilmektedir. Eğitim programlarında bu tür tutumların ele alınması ve öğrencilerin mesleki bilgi ve becerilerini artırmaya yönelik stratejilerin geliştirilmesi de önem arz etmektedir.

Dip Not

Yazarlar tarafından herhangi bir potansiyel çıkar çatışması bildirilmemiştir. Yazarlar bu makalenin STBM Tasarım: STBM, Gözetim: STBM veri toplama ve işleme: STBM, Analiz ve yorumlama: STBM, Literatür tarama: STBM, Yazma: STBM, Eleştirel inceleme: STBM.

Araştırmanın verileri, üniversitenin Sosyal Bilimler Etik Kurulu'ndan alınan (Tarih: 14.06.2022, No: 234) onay sonrası toplanmıştır.

Yazarlar, bu çalışmaya katılan genç hemşirelere teşekkür eder.

Makalenin yayına sunulmasıyla birlikte, tüm yazarlar bilimsel katkı ve sorumluluklarını kabul ettiklerini, çalışmaya olan katkılarının orijinal olduğunu ve herhangi bir çıkar çatışmasının bulunmadığını beyan etmişlerdir.

Araştırmaların gerçekleştirilmesinde sağlanan kısmi nakdi ya da ayni yardımların, hangi kurum, kuruluş ya da ilaç-gereç firmaları tarafından sağlanmamıştır.

KAYNAKLAR

1. Knight J. *Internationalization: Concepts, complexities and challenges*. In: *International handbook of higher education*. Dordrecht: Springer Netherlands; 2007. p. 207-27. https://doi.org/10.1007/978-1-4020-4012-2_11
2. Walton-Roberts M. *Küresel bakım ekonomisinde mesleki (im) mobilite: Kanada bağlamında yabancı eğitilmiş hemşirelerin durumu*. *Etnik ve Göç Çalışmaları Dergisi*. 2020;46(16):3441-56. <https://doi.org/10.1080/1369183X.2019.1592397>
3. *Ekonomik İş Birliği ve Kalkınma Örgütü (OECD)*. *Yabancı eğitilmiş doktorlar ve hemşireler*. Sağlık Bir Bakışta 2017: OECD Göstergeleri. 2017. https://www.oecd.org/en/publications/2017/11/health-at-a-glance-2017_g1g800d8.html
4. *Yeni Zelanda Hemşirelik Konseyi*. Aralık Raporu. 2015. Erişim adresi: <https://www.nursingcouncil.org.nz/>
5. *Dynamic Health Staff*. (2024). *Australia Tackles Nursing Shortage by Fast-Tracking Foreign Applicants*. Erişim adresi: <https://dynamichealthstaff.com/blog/australia-tackles-nursing-shortage-by-fast-tracking-foreign-applicants/>
6. Rajpoot A, Merriman C, Rafferty AM, Henshall C. *Transitioning experiences of internationally educated nurses in host countries. a narrative systematic review*. *International Journal of Nursing Studies Advances*. 2024 Mar 27:100195. <https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2024.100195>
7. OECD (2023) 'Old-age dependency ratio'. Available at: <https://www.oecd-ilibrary.org/content/data/e0255c98-en> (Accessed 06 July 2023).
8. Reiff E, Gade C, Böhlich S. *Handling the shortage of nurses in Germany: Opportunities and challenges of recruiting nursing staff from abroad*. <https://hdl.handle.net/10419/222921>
9. Stokes F, Iskander R. *Human rights and bioethical considerations of global nurse migration*. *Journal of bioethical inquiry*. 2021 Sep;18(3):429-39. <https://doi.org/10.1007/s11673-021-10110-6>
10. Calenda D, Bellini A. *The challenging integration paths of*

migrant health professionals: the case of Filipino and Indian nurses in the UK. *Professions and Professionalism*. 2021 Apr 20;11(1). <https://doi.org/10.7577/pp.3898>

11. Ličen S, Prosen M. The development of cultural competences in nursing students and their significance in shaping the future work environment: a pilot study. *BMC Medical Education*. 2023 Nov 1;23(1):819. <https://doi.org/10.1186/s12909-023-04684-7>

12. Bagnasco A, Rossi S, Dasso N, Cananzi L, Timmins F, Aleo G, et al. A qualitative descriptive investigation of nursing students' perceptions of their international clinical placement experiences. *Nursing Education in Practice*. 2020;43:102705. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2020.102705>

13. Tosunöz İK, Nazik E. Career future perceptions and attitudes towards migration of nursing students: A cross-sectional multicenter study. *Nurse education in practice*. 2022 Aug 1;63:103413. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2022.103413>

14. Jane Osareme O, Muonde M, Maduka CP, Olorunsogo TO, Omotayo O. Demografik değişimler ve sağlık hizmetleri: Yaşlanan nüfus ve sistemik zorlukların bir incelemesi. *Int. J. Sci. Res. Arch*. 2024;11:383-95. <https://doi.org/10.30574/ijrsra.2024.11.1.0067>

15. Moriarty J, Manthorpe J, Lipman V, Martineau S, Norrie C, Samsi K. A rapid review of the ethical international recruitment of health and care workers. London: NIHR Policy Research Unit in Health and Social Care Workforce, Policy Institute, King's College London; 2022. Available from: <https://doi.org/10.18742/pub01-070>

16. Bacaksız FE, Seren AKH, Yıldırım A. Yabancı hemşire istihdamına yönelik tutumların geliştirilmesi ölçeği/Yabancı hemşire istihdamına yönelik tutum ölçeğinin geliştirilmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*. 2015;12(3):175-82. <https://doi.org/10.5222/HEAD.2015.175>

17. George D, Mallery M. *SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference*, 17.0 update. 10a ed. Boston: Pearson; 2010.

18. Tabachnick BG, Fidell LS. *Using Multivariate Statistics*. 6th ed. Boston: Pearson; 2013.

19. Çınar İ. Sağlık hizmetleri meslek yüksekokulu öğrencilerinin demografik özellikleri ile gelecekteki ekonomik beklentileri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 2021;6(2):129-35. <https://doi.org/10.51754/cusbed.882688>

20. Tarhan M, Doğan P, Kürklü A. Özel bir hastane kurumlarının çalışanlarının uluslararası eğitimi istihdamına yönelik tutumlarının belirlenmesi. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*. 2021;8(3). <https://doi.org/10.54304/shyd.2021.07830>

21. Pressley C, Newton D, Garside J, Simkhada P, Simkhada B. Küresel göç ve uluslararası hemşirelerin kültürlenmesini ve elde tutulmasını destekleyen faktörler: Sistematik bir inceleme. *Uluslararası Hemşirelik Çalışmaları Dergisi İlerlemeler*. 2022;4:100083. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2022.100083>

22. Seren AK, Bacaksız FE, Yıldırım A. Bir hemşirelik fakültesi öğrenci ve öğretim üyelerinin yabancı hemşire istihdamına ilişkin bakış açıları/Bir hemşirelik fakültesindeki öğretim elemanı ve öğrencilerin yabancı hemşire istihdamına ilişkin görüşleri. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*. 2013;10(3):42-9. <https://search.trdizin.gov.tr/tr/yayin/detay/176927/bir-hemşirelik-fakültesindeki-ogretim-elemanı-ve-ogrencilerin-yabancı-hemşire-istihdamına-iliskin-gorusleri>

23. Buchan J, Aiken LH. Solving the global nurse shortage: How the international recruitment of nurses can improve patient care and reduce costs. *International Journal of Nursing Studies*. 2018;85:1-3. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.04.002>

24. Stone RI, Kline J. Economic stress and its impact on healthcare workers: An analysis of attitudes and professional behavior. *Journal of Healthcare Management*. 2019;64(5):318-30. <https://doi.org/10.1097/JHM-D-19-00006>

25. Friedman E. Economic uncertainty and its effects on nursing students' career choices and workplace adaptation. *Journal of Nursing Scholarship*. 2020;52(6):617-26. <https://doi.org/10.1111/jnu.12540>

26. Aiken LH, Sloane DM, Griffiths P. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: A retrospective observational study. *The Lancet*. 2020;396(10248):172-83. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31175-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31175-2)

27. Friedman J. The impact of age on professional attitudes: A study of healthcare professionals. *Journal of Health Management*. 2021;23(4):455-67. <https://doi.org/10.1177/09720634211026829>

28. Yadav S, Jain R. The effects of age on professional attitudes and career progression in the healthcare sector. *Journal of Applied Psychology*. 2022;107(2):243-59. <https://doi.org/10.1037/apl0000598>

Adherence to End-Stage Renal Disease of Individuals Receiving Hemodialysis Treatment and Associated Factors: Cross-Sectional Study

Hemodiyaliz Tedavisi Alan Bireylerin Son Dönem Böbrek Yetmezliği Hastalığına Uyumu ve İlişkili Faktörler

Cevriye ÖZDEMİR¹, Ali KAPLAN²

ÖZ

Objective: This study aimed to assess the adaptation of hemodialysis patients to end-stage renal disease (ESRD) and the factors influencing adherence.

Methods: The study included 236 patients receiving hemodialysis treatment at two public hospitals and two private dialysis centers between August 2022 and March 2023. Data were collected through face-to-face interviews using the "Individual Characteristics Diagnosis Form" and the "End-Stage Renal Disease Adherence Questionnaire," both developed by the researchers.

Results: Adherence to ESRD was significantly influenced by age, marital status, education level, family structure, and income ($p < 0.05$; $p < 0.001$). Additionally, dialysis duration, type of vascular access, and presence of complications were significantly associated with adherence ($p < 0.05$; $p < 0.001$).

Conclusion: The findings indicate that both individual and disease-related factors affect patient adherence to ESRD. Therefore, it is recommended that interventions aimed at improving adherence consider these demographic and clinical characteristics.

Keywords: End-stage renal disease, hemodialysis, nursing, patient, treatment adherence

Main Points

- End-stage renal disease is a condition of great importance in public health worldwide.
- Adherence to irreversible and progressive end-stage renal disease is crucial for quality of life.
- Determining the adherence to end-stage renal disease and related factors will provide an

1-Dr. Öğr. Üyesi Kayseri Üniversitesi, İncesu Aşşe ve Saffet Arslan Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Tıbbi Hizmetler ve Teknikler Bölümü, Kayseri, Türkiye

E-posta: cevriyeozdemir@kayseri.edu.tr

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9401-0044>

2-Dr. Öğr., Kayseri Üniversitesi, İncesu Aşşe ve Saffet Arslan Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Tıbbi Hizmetler ve Teknikler Bölümü, Kayseri, Türkiye

E-posta: alikaplan@kayseri.edu.tr

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8242-0110>

Gönderim Tarihi: 10.09.2024 - Kabul Tarihi: 03.12.2025

ABSTRACT

Amaç: Bu çalışmanın amacı, hemodiyaliz tedavisi gören hastaların son dönem böbrek yetmezliğine (SDBY) uyum düzeylerini ve etkileyen faktörleri belirlemektir.

Yöntem: Araştırma, Ağustos 2022 - Mart 2023 tarihleri arasında iki devlet hastanesi ve iki özel diyaliz merkezinde hemodiyaliz alan 236 hasta ile yürütülmüştür. Veriler, araştırmacılar tarafından geliştirilen "Bireysel Özellikler Tanılama Formu" ve "Son Dönem Böbrek Yetmezliği Uyum Ölçeği" ile yüz yüze görüşmeler yoluyla toplanmıştır.

Bulgular: Yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, aile yapısı ve gelir durumu uyumu anlamlı düzeyde etkilemiştir ($p < 0.05$; $p < 0.001$). Ayrıca, diyaliz süresi, damar yolu tipi ve komplikasyon varlığı da uyum ile ilişkili bulunmuştur ($p < 0.05$; $p < 0.001$).

Sonuç: SDBY'ye uyum bireysel ve hastalığa ilişkin faktörlerden etkilenmektedir. Bu nedenle, uyumu artırmaya yönelik müdahalelerde bu değişkenlerin göz önünde bulundurulması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Son dönem böbrek hastalığı, hemodiyaliz, hemşirelik, hasta, tedavi uyumu

important contribution for both patients and their families and healthcare professionals.

Introduction

Chronic kidney disease (CKD) is a general term used when the kidneys are structurally and functionally impaired (1). It is estimated that about 10% of adults worldwide have a kidney-related disease. It is reported that there are approximately 9 millions CKD in Turkey (2).

The last stage of chronic kidney disease is called end-stage renal disease (ESRD) and is the most serious stage (1,3). ESRD is an important health problem with irreversible and progressive loss of renal function and has physiological, psychological and socio-economic effects (4,5).

Hemodialysis, as a primary treatment modality for ESRD, is a complex and long-term process that requires patients to adhere consistently to strict medical regimens. Previous research has shown that hemodialysis adherence is influenced by various individual and disease-related factors, including psychosocial status, illness perception, level of treatment engagement, and demographic characteristics. Despite the significant impact of technological advances in the medical field, it remains a disease that negatively affects life (6,7). Patients with ESRD need lifelong treatment to sustain their lives. Hemodialysis (HD), peritoneal dialysis and kidney transplantation are the current treatment options (6,8). Although kidney transplantation is the ultimate choice for ESRD patients, HD treatment has become the most effective and practical method due to the limited number of organ donors (9). Hemodialysis treatment is performed with arteriovenous fistula (AVF)/arteriovenous graft (AVG)/intravenous catheterization, which are vascular access routes. The effectiveness of hemodialysis treatment depends on the functionality of the vascular access (10,11). For this reason, it is called the "Achilles Tendon" of HD and plays a major role in adaptation to the disease (10,12).

End-stage renal disease is extremely demanding because it includes lifelong treatment programs, diet and fluid restrictions, and various drug treatments (3,8). For treatment to be effective, patients must adhere to these restrictions and protocols. Adherence to treatment is seen as the patient's behavior to apply drug treatment protocols, diet and fluid restrictions, and lifestyle changes. Non-adherence or poor adherence to treatment affects the daily living activities of patients and leads to a decrease in their quality of life (3). Studies show that non-adherence to ESRD also increases the cost and burden on the health system (3,8,13). In this context, it seems that non-adherence continues to be an important problem in ESRD.

The end-stage renal disease requires complex therapeutic treatment that includes a strict medication regimen, diet, and fluid control. These treatments should be considered together

as they constitute the basic components of the treatment. The deterioration of one or more of these components causes a low quality of life in individuals and increases health expenditures (13). However, the contemporary understanding of health sees the sick individual as a responsibility that must be shared rather than judged for non-adherence. It includes identifying the causes that lead to poor adherence and supporting the sick individual and family at the point of adaptation. Various studies have shown that psychosocial and educational interventions can help patients increase their adaptive behavior (8,9,14). This study aims to identify the personal and clinical factors that affect treatment adherence in hemodialysis patients, thereby contributing to the development of more targeted and individualized care strategies. By addressing a gap in the literature and supporting its objectives with existing evidence, the study provides a solid foundation for future interventions aimed at improving adherence among ESRD patients.

Within the scope of the research, the following items were tried to be determined.

1. The level of ESRD adherence in patients treated with hemodialysis
2. ESRD adherence and associated factors in patients treated with hemodialysis

Material and Methods

Study design

Descriptive and cross-sectional study. The data of the descriptive and cross-sectional study were collected between August 2022 and March 2023.

Study population

The population of the study consisted of 507 patients receiving HD treatment in four different institutions, two public hospitals and two private dialysis centers in a province of Turkey. State hospitals have a total of 56 beds, 6 machines for hepatitis B patients and 4 machines for hepatitis C patients in both institutions. Private dialysis centers located in the city center and affiliated to the same institution also serve the surrounding

provinces and districts. There are 98 dialysis machines in total, including 3 machines for hepatitis B patients and 2 machines for hepatitis C patients in both institutions. It accepts patients 6 days a week for 3 sessions between 06:30-21:30. The institutions have a hall that is used for various trainings and activities, including AVF care training for patients. The institutions show similar characteristics within this scope. Sampling was not used in the study and the entire population was tried to be reached. The study included 236 HD patients (46.5% of the population) who met the inclusion criteria (over 18 years of age, able to understand and speak Turkish, no diagnosed mental or psychological illness, no hearing or visual impairment, open to communication and collaboration, diagnosed with end-stage renal disease and receiving dialysis treatment) and agreed to participate in the study. The power of the study was calculated as 2.21 with the mean score of the End Stage Renal Disease Compliance Questionnaire in the G*Power program. In this context, effect size: 2.21, n: 236 and the power of the study was determined as 99.9% in the post power analysis with alpha: 0.05. The study included patients who were 18 years of age or older, open to communication, not diagnosed with a mental or psychological illness and who volunteered.

Data Collection Tools

Data were collected using the Individual Characteristics Diagnosis Form and End-Stage Renal Disease Adherence Questionnaire (ESRD-AQ).

Individual Characteristics Diagnosis Form

The form consisting of 12 descriptive questions about the introductory characteristics of individuals, their health status and disease characteristics were prepared by the researchers (3,14,15).

The End-Stage Renal Disease Adherence Questionnaire

The adaptation of the scale developed by Kim et al to Turkish culture was carried out by Ok and Kutlu

in 2019(13,16). The scale has 4 sub-dimensions and 9 items: participation in hemodialysis treatment, drug use, fluid restriction, and dietary restriction. The scale is calculated with a maximum score of 600 on the hemodialysis treatment participation subdimension, a maximum score of 200 on the medication use subdimension, a maximum score of 200 on the fluid restriction subdimension and a maximum score of 200 on the dietary restriction subdimension. The scale is scored 0 at the lowest and 1200 at the highest. The higher the score, the higher the patient's adherence. In the original scale, Cronbach's alpha was 0.83 (16). In this study, it was found to be 0.81.

Data collection

To maximize the participation rate, the weekly sessions of dialysis centers with institutional permission were determined and data collection dates were planned before data collection. Data were collected within the first hour after HD treatment was started. After the patients were informed about the study, their written informed consent was obtained.

Evaluation of Data

In the statistical evaluation of the data, IBM SPSS Statistics 23.0 program was used. Normality of the numerical data was checked by Shapiro-Wilk test. Number, percentage and mean were used in descriptive data. Independent Sample t-Test or Mann-Whitney U-Test was used to compare two independent groups, while three or more groups were analyzed by One-Way Analysis of Variance or Kruskal-Wallis Test. Post-hoc test was applied in multiple comparisons. The significance value in the study was accepted as $p < 0.05$.

Ethical Aspect of Research

Permission was obtained from dialysis centers and a local ethics committee to conduct the study (24.03.2022-17). The participants in the study were informed about the study in writing and/or verbally and their voluntary status was determined. Subsequently, written informed consent was obtained indicating that they voluntarily participated in the study. The study

was conducted in accordance with the Declaration of Helsinki.

Results

Descriptive characteristics of the participating patients are given in Table 1. 7% of the patients were 64 years old or younger, 54.2% were female, 80.5% were married, 63.6% were primary school graduates, 41.1% were unemployed, 74.6% had a nuclear family type and 66.1% were income status equals expense. In addition, when the characteristics of the individuals regarding their diseases were examined, it was determined that 75.4% had additional chronic diseases, 47.0% had received HD treatment for 6-10 years, and 86.9% received HD treatment 3 sessions a week. It was determined that 75.4% received HD treatment from AVF and 62.7% developed complications related to AVF/AVG/IV catheterization before.

The mean score and alpha value of the ESRD-AQ and its subscales used in the study are given in Table 2. The mean scores of the sub-dimensions of the scale were determined as adherence to hemodialysis treatment: 536.65±95.29, medication: 184.32±28.95, fluid restriction: 154.45±54.88, and dietary limitation: 148.36±54.66. The mean score of ESRD-AQ was found to be 1024.36±191.39.

The comparison of ESRD-AQ total score and subscale score distributions according to the descriptive characteristics of HD patients included in the study is given in Table 3. Total

scores for adherence to HD treatment, fluid and dietary restriction were statistically significantly higher in patients aged 64 years and younger than in patients aged 65 years and older ($p < 0.05$; $p < 0.001$). The mean ESRD-AQ score of married HD patients compared to single patients was determined to be statistically significant ($p < 0.001$). There was a significant difference between the education level of the patients and the total scores of adherence to fluid restriction, adherence with dietary restriction, and ESRD-AQ ($p < 0.05$). There is a statistically significant difference in the patients' family type in terms of adherence to medication, adherence to dietary restrictions, and ESRD-AQ total scores ($p < 0.05$). In addition, it was determined that there was a significant difference in the analysis of the income status of the participant patients, the total score of ESRD-AQ, and all sub-dimensions of the scale ($p < 0.001$).

ESRD-AQ total scores and fluid restriction adherence were found to be statistically significant according to the HD duration of the patients included in the study ($p < 0.05$). Patients who did not develop complications related to AVF/AVG/IV catheterization had statistically significantly higher HD Treatment, Fluid Restriction adherence, and ESRD-AQ total scores compared to those with complications. In the evaluation of patients in terms of vascular access, all sub-dimensions of ESRD-AQ were found to be statistically significant ($p < 0.05$; $p < 0.001$).

Table 1. Descriptive Characteristics of the Patients (n=236), Kayseri 2023

Variables	n	%	Variables	n	%
Age			Income status		
≤64	174	73.7	Income less than expenses	60	25.4
≥65	62	26.3	Income equal to expenses	156	66.1
Gender			Income more than expenses	20	8.5
Female	128	54.2	Additional chronic disease		
Male	108	45.8	There is	178	75.4
Marital status			None	58	24.6
Married	190	80.5	HD duration (years)		
Single	46	19.5	1-5	77	32.6
Education status			6-10	111	47.0
Primary school	150	63.6	11 years and above	48	20.4
Secondary school	72	30.5	Number of HD sessions per week		
Bachelor and above	14	5.9		8	3.4
Job			1	23	9.7
Employee	56	23.7	2	205	86.9
Civil servant	9	3.8	3		
Retired	74	31.4	Complication of AVF/AVG/IV catheterization		
Unemployed	97	41.1	Developed	148	62.7
Family type			Not developed	88	37.3
Nuclear family	176	74.6	Vascular access		
Extended family	40	16.9	AVF	178	75.4
Living alone	20	8.5	AVG	7	3.0
			Catheter (temporary + permanent)	51	21.6

Table 2. End Stage Renal Disease Adherence Questionnaire mean scores and alpha values (n=236), Kayseri-2023

Scales	Number of Items	\bar{X}	SD	Alpha
Hemodialysis Treatment	5	536.65	95.29	
Medication	2	184.32	28.95	
Fluid Restriction	1	154.45	54.88	
Dietary Restriction	1	148.94	54.66	
ESRD-AQ Total	9	1024.36	191.39	0.81

ESRD-AQ: End Stage Renal Disease Adherence Questionnaire

Table 3. Comparison of ESRD-AQ and Sub-Dimensions Score Distribution According to Descriptive Characteristics of the Patients, Kayseri- 2023

Variables	HD Treatment		Medication		Fluid Restriction		Dietary Restriction		ESRD-AQ Total	
	$\bar{X} \pm SD$	Test	$\bar{X} \pm SD$	Test	$\bar{X} \pm SD$	Test	$\bar{X} \pm SD$	Test	$\bar{X} \pm SD$	Test
Age										
≤64	561.35±78.34	U=7.169	186.49±26.96	t=1.942	166.09±48.67	U=5.650	158.91±50.35	t=4.919	1072.84±162.46	U=4.336
≥65	467.33±104.66	p<0.001	178.23±33.41	p=0.053	121.77±58.40	p<0.001	120.97±56.93	p<0.001	888.30±201.87	p=0.038
Gender										
Female	534.37±97.71	t=0.399	186.72±29.75	t=1.387	155.47±50.67	t=0.310	152.34±51.30	t=1.041	1028.90±188.11	t=0.396
Male	539.35±92.73	p=0.690	181.48±27.84	p=0.167	153.24±59.70	p=0.757	144.91±58.38	p=0.299	1018.98±195.95	p=0.692
Marital Status										
Married	552.36±78.51	U=4.175	188.16±24.75	U=4.043	160.26±50.78	t=3.380	155.53±51.00	t=3.872	1056.31±161.69	U=4.734
Single	471.73±127.21	p<0.001	168.48±38.52	p<0.001	130.43±64.53	p=0.001	121.74±61.14	p<0.001	892.39±243.69	p<0.001
Education Status										
Primary school	526.33±104.02 ^a	KW=5.443	183.67±31.99	F=1.308	147.00±59.14 ^a	KW=10.204	146.00±57.49 ^a	KW=9.654	1003.00±210.06 ^a	KW=10.433
Secondary school	548.61±79.15 ^{ab}	p=0.066	183.33±23.73	p=0.272	163.19±45.18 ^b	p=0.006	147.22±50.27 ^a	p=0.008	1042.36±149.92 ^a	p=0.005
Bachelor and above	585.65±36.31 ^b		196.43±13.36		189.29±28.94 ^b		189.29±21.29 ^b		1160.71±81.28 ^b	
Job										
Employee	533.48±107.16	F=1.227	182.14±33.61	KW=4.503	154.46±63.44	F=0.431	145.54±66.24	F=1.975	1015.62±236.09	F=1.099
Civil servant	488.88±133.52	p=0.301	183.33±25.00	p=0.110	150.00±86.60	p=0.731	155.56±63.46	p=0.118	1058.33±233.85	p=0.350
Retired	531.41±91.41		177.70±31.12		149.32±49.99		138.51±47.93		996.95±164.68	
Unemployed	546.90±86.39		190.32±23.19		158.76±50.00		158.25±50.35		1047.16±176.91	
Family type										
Nuclear family	541.05±88.36 ^a	KW=4.553	186.93±26.18 ^a	KW=8.375	158.24±49.88	F=2.947	153.41±50.31 ^a	F=3.652	1039.63±164.65 ^a	F=6.337
Extended family	549.37±84.44 ^a	p=0.103	183.75±23.71 ^a	p=0.015	151.25±61.48	p=0.054	143.75±61.17 ^{ab}	p=0.027	1028.12±201.37 ^a	p=0.002
Living alone	472.50±144.61 ^b		162.50±48.32 ^b		127.50±75.17		120.00±69.58 ^b		882.50±311.09 ^b	
Income status										
Income less than expenses	466.66±111.48 ^a	KW=44.963	170.00±33.44 ^a	KW=26747	120.83±59.86 ^a	F=17.251	118.33±58.19 ^a	F=14.318	875.83±215.30 ^a	KW=50.476
Income equal to expenses	556.73±79.27 ^b	p<0.001	189.10±26.20 ^b	p<0.001	165.38±47.38 ^b	p<0.001	158.33±49.45 ^b	p<0.001	1069.55±155.88 ^b	p<0.001
Income more than expenses	590.00±26.15 ^b		190.00±20.52 ^b		170.00±54.77 ^b		167.50±49.40 ^b		1117.50±123.83 ^b	

ESRD-AQ: End Stage Renal Disease Adherence Questionnaire, U: Mann-Whitney U test, t: Independent Sample t-Test, KW: Kruskal Wallis Test, F: One-Way ANOVA. The superscripts a, b indicate a difference within a group, and the same letters indicate that there is not an in-group difference, and different letters indicate an in-group difference.

Discussion

Adherence to chronic diseases refers to compliance with treatment, diet, lifestyle changes and recommendations (17). In patients on hemodialysis, such behaviors include adherence to food intake, adherence to fluid restrictions, adherence to medication and adherence to HD treatment. For this reason, it is extremely important to determine disease adherence in individuals with ESRD receiving HD treatment. According to the data obtained, it was proved that the mean score of the participants included in the study was above the mean score of the ESRD adherence scale. In the existing literature, there is no study examining the adherence of HD patients to ESRD. Non-adherence to the disease may cause negative situations such as disruption in daily life activities of individuals and increased costs in the health system. Therefore, it is predicted that the results of this study may constitute a source for intervention studies aimed at increasing adherence to diseases.

It is reported that the elderly and dependent population is 65 years and older (18). Cognitive and functional capacity decreases with advancing age. This situation may cause many diseases to develop together. Multiple medication intake due to these diseases may lead to adherence problems in these individuals (19,20). In our study, it was determined that patients aged 65 and over had lower adherence to HD treatment, fluid and diet restriction, and ESRD than patients aged 64 and under. Similarly, in a study on adherence in patients with chronic kidney disease, adherence was found to be low in patients aged 65 and over (21). Unlike our study finding, it is stated in the literature that the difficulties brought by ESRD in patients aged 64 and younger cause psychological problems and incompatibilities are experienced (15,22). Based on this, it is thought that our study findings may be related to the increase in the level of addiction with advanced age and the weakening of cognitive and functional abilities. Therefore, adaptation development strategies can be planned in patients over 65 years of age by considering these factors.

It was determined that the married participants were more likely to comply with HD treatment, fluid and diet restriction, and ESRD than those who were single. Similarly, in a study conducted with individuals with chronic diseases, it is reported that individuals who are married have higher disease adherence (23). In addition, patients living alone were found to have lower adherence to HD treatment, fluid and diet restriction, and ESRD compared to patients with nuclear and/or extended families. There are studies showing that patients' being together with family members who are emotionally or genetically related have a significant impact on the patient's self-care management (24,25). This result, which supports the literature, shows that patients with married and family support have better disease adherence.

It was determined that patients whose income was less than their expenses and who had a lower level of education had lower ESRD adherence. There are studies in the literature supporting our study finding that educational status affects adherence to illness (26,27). It is stated in a study that the cost plays a role in the non-adherence of individuals receiving dialysis treatment (28). The reason for this result may be that people with higher education have easier access to information and possibly better financial and social resources. In addition, as the level of education increases, individuals can access financial resources that can help them cope with health problems more easily and use them more effectively. Therefore, it is thought that patients with better income and higher educational attainment have higher adherence rates.

It has been determined that patients with hemodialysis treatment duration of 11 years and above have lower adherence to fluid restriction and ESRD. Similarly, it is stated that there is a low level of adherence to fluid and dietary restrictions due to long-term HD treatment (22). Field-based studies have shown that the duration of HD treatment causes many non-adherence issues such as behavioral changes, restriction of fluid intake and non-adherence to the recommended diet (29). In one study, it was reported that a patient on long-term HD treatment was expected to be

more obedient and able to control fluid intake accurately, but this was inversely proportional to the expected limitation of fluid intake. As the duration of treatment increases, patients reach the acceptance stage and their adherence to their diseases deteriorates day by day (30). During the course of hemodialysis treatment, many acute or chronic complications can be experienced one after the other (31). Therefore, it was thought that patients who received HD treatment for many years were less likely to adhere to the disease.

In the study, ESRD adherence was found to be lower in patients who received treatment with IV catheterization and who developed complications in the vascular access route. Patients strive to preserve their vascular access in order to survive and not have to undergo surgery again for vascular access (11). It was thought that acute or chronic complications experienced by the patients in the vascular access route may cause psychosocial adherence problems and in this case, they may adversely affect their adherence to the disease. Today, IV catheters, which are most commonly used in HD treatment, are most often inserted into internal jugular, subclavian, or femoral veins (32). Restrictions in daily activities and changes in quality of life, especially due to the localization of central venous catheters, bring some concerns for patients. For these reasons, it was thought that patients who received HD treatment with IV catheterizations had a negative impact on their adherence to their diseases.

Limitations

This study was conducted with patients from selected healthcare centers in a single city, which limits the generalizability of the findings. Additionally, since the data were based on self-reports, responses may be influenced by subjectivity, such as social desirability bias. The cross-sectional design also prevents the establishment of causal relationships.

Conclusion

As a result, patients aged 65 and over, single, with low education levels, living alone, and low-income status are less likely to adhere to end-stage renal

disease. In addition, patients with HD treatment duration of 11 years or more, who received HD treatment with IV catheterizations, and who had previously developed complications related to vascular access are less likely to adhere to end-stage renal disease. In line with the results of the study, It is recommended to develop strategies to increase the adherence of patients and to plan intervention studies regarding these factors that adversely affect the adherence of patients with ESRD.

References

1. Kalantar-Zadeh K, Jafar TH, Nitsch D, Neuen BL, Perkovic V. Chronic kidney disease. *The Lancet*. 2021;398(10302):786–802.
2. Seyahi N, Kocyigit İ, Eren N, Tonbul HZ, Tatar E, Yılmaz Z, et al. Current Status of Kidney Replacement Therapy in Türkiye: A Summary of 2022 Turkish Society of Nephrology Registry Report. *Turkish Journal of Nephrology*. 2024;33(2):134–9.
3. Mukakarangwa MC, Chironda G, Bhengu B, Katende G. Adherence to Hemodialysis and Associated Factors among End Stage Renal Disease Patients at Selected Nephrology Units in Rwanda: A Descriptive Cross-Sectional Study. *Nurs Res Pract*. 2018;2018:1–8.
4. Varghese SA. Social Support: An Important Factor for Treatment Adherence and Health-related Quality of Life of Patients with End-stage Renal Disease. *J Soc Serv Res*. 2018;44(1):1–18.
5. Sousa H, Ribeiro O, Paül C, Costa E, Miranda V, Ribeiro F, et al. Social support and treatment adherence in patients with end-stage renal disease: A systematic review. *Semin Dial*. 2019;32(6):562–74.
6. Gebrie MH, Ford J. Depressive symptoms and dietary non-adherence among end stage renal disease patients undergoing hemodialysis therapy: systematic review. *BMC Nephrol*. 2019;20(1):429.
7. Daugirdas JT, Depner TA, Inrig J, Mehrotra R, Rocco M V., Suri RS, et al. KDOQI Clinical Practice Guideline for Hemodialysis Adequacy: 2015 Update. *American Journal of Kidney Diseases*. 2015;66(5):884–930.
8. Naalweh KSh, Barakat MA, Sweileh MW, Al-Jabi SW, Sweileh WM, Zyoud SH. Treatment adherence and perception in patients on maintenance hemodialysis: a cross – sectional study from Palestine. *BMC Nephrol*. 2017;18(1):178.
9. Murali KM, Mullan J, Roodenrys S, Hassan HC, Lambert K, Lonergan M. Strategies to improve dietary, fluid, dialysis or medication adherence in patients with end stage kidney disease on dialysis: A systematic review and meta-analysis of randomized intervention trials. *PLoS One*. 2019;14(1):e0211479.
10. Firoozjahi IT, Adib-Hajbaghery M, Adib ME. Frequency of

- nursing care of vascular access in hemodialysis patients. Vol. 5, Medical-Surgical Nursing Journal. 2016.
11. Casey JR, Hanson CS, Winkelmayer WC, Craig JC, Palmer S, Strippoli GFM, et al. Patients' Perspectives on Hemodialysis Vascular Access: A Systematic Review of Qualitative Studies. *American Journal of Kidney Diseases*. 2014;64(6):937–53.
 12. Roy□Chaudhury P, Kruska L. Future Directions for Vascular Access for Hemodialysis. *Semin Dial*. 2015;28(2):107–13.
 13. Kim Y, Evangelista LS, Phillips LR, Pavlish C, Kopple JD. The End-Stage Renal Disease Adherence Questionnaire (ESRD-AQ): testing the psychometric properties in patients receiving in-center hemodialysis. *Nephrol Nurs J*. 2010;37(4):377–93.
 14. Pasyar N, Rambod M, Sharif F, Rafii F, Pourali-Mohammadi N. Improving adherence and biomedical markers in hemodialysis patients: The effects of relaxation therapy. *Complement Ther Med*. 2015;23(1):38–45.
 15. Ceyhun H, Kirpınar İ. Psychiatric diagnoses in patients with renal transplantation or dialysis made due to end stage renal disease. *Anatolian Journal of Psychiatry*. 2019;(0):1.
 16. Kutlu FY, Ok E. Psychometric Properties of Turkish Version of The End Stage Renal Disease Adherence Questionnaire. *Acibadem University Journal of Health Sciences* 2020.
 17. Chaudri NA. Adherence to Long-term Therapies Evidence for Action World Health Organization (WHO). 2003, 216 pages [English]. ISBN 92 4 154599 2. *Ann Saudi Med*. 2004;24(3):221–2.
 18. Ministry of Family and Social Services General Directorate of Services for Disabled and Elderly. *Elderly Population Statistics Bulletin*. 2020.
 19. Ozdelikara A, Tastan Gurkan A, Şen Atasayar B. Evaluation of Self-Care Management and Compliance in Chronic Diseases. *Samsun Journal of Health Sciences*. 2020.
 20. Guzel R, Irdesel J, Gokce Kutsal Y. Kinesiophobia in Advanced Ages. *STED / Journal of Continuing Medical Education*. 2021.
 21. Yakar B, Demir M. Investigation of Antihypertensive Drug Therapy Compliance Rates and Affecting Factors in Patients with Chronic Renal Failure. *Dicle Medicine Journal*. 2019;46(4):685–96.
 22. Beerendrakumar N, Ramamoorthy L, Haridasan S. Dietary and Fluid Regime Adherence in Chronic Kidney Disease Patients. *J Caring Sci*. 2018;7(1):17–20.
 23. Coskun S, Bagcivan G. Associated factors with treatment adherence of patients diagnosed with chronic disease: Relationship with health literacy. *Applied Nursing Research*. 2021;57:151368.
 24. Walker RC, Tipene-Leach D, Graham A, Palmer SC. Patients' Experiences of Community House Hemodialysis: A Qualitative Study. *Kidney Med*. 2019;1(6):338–46.
 25. Clarke AL, Young HML, Hull KL, Hudson N, Burton JO, Smith AC. Motivations and barriers to exercise in chronic kidney disease: a qualitative study. *Nephrology Dialysis Transplantation*. 2015;30(11):1885–92.
 26. Chironda G, Bhengu B. Contributing Factors to Non-Adherence among Chronic Kidney Disease (CKD) Patients: A Systematic Review of Literature. *Medical & Clinical Reviews*. 2016;02(04).
 27. Chironda G, Manwere A, Nyamakura Rudo, Chipfuwa T, Bhengu B. Perceived health status and adherence to haemodialysis by End Stage Renal Disease patients: A case of a Central hospital in Zimbabwe. *IOSR Journal of Nursing and Health Science*. 2014;3(1):22–31.
 28. Mollaoğlu M, Kayataş M. Disability is associated with nonadherence to diet and fluid restrictions in end-stage renal disease patients undergoing maintenance hemodialysis. *Int Urol Nephrol*. 2015;47(11):1863–70.
 29. Naderifar M, Zagheri Tafreshi M, Ilkhani M, Akbarzadeh MR, Ghaljaei F. Correlation between quality of life and adherence to treatment in hemodialysis patients. *J Renal Inj Prev*. 2018;8(1):22–7.
 30. Mailani F, Bakri SO. The Duration of Hemodialysis Treatment and the Adherence of Chronic Kidney Disease Patients in Fluid Intake Limitation: a Relationship. *Caring: Indonesian Journal of Nursing Science*. 2020;2(1):43–8.
 31. Kaplan A, Karadağ S. The determination of adherence to fluid control and symptoms of patients undergoing hemodialysis. *Afr Health Sci*. 2022;22(3):359–68.
 32. Kasimzade F, Ada F, Ertemür Z. Evaluation of quality of life and satisfaction levels of patients undergoing hemodialysis with temporary catheter. *Turkish Journal of Clinics and Laboratory*. 2022;13(1):130–7.

Bir Sağlık Bilimleri Fakültesinde Öğrenim Gören Öğrenci Hemşirelerde Maneviyat ve Manevi Bakım Algısı

Spirituality and Perception of Spiritual Care in Nursing Students Studying at a Faculty of Health Sciences

Belgüzar KARA¹

ÖZ

Amaç: Bu çalışmanın amacı, öğrenci hemşirelerde maneviyat ve manevi bakım algısı ile etkileyen faktörleri belirlemektir.

Gereç ve Yöntem: Bu kesitsel çalışmaya bir üniversitenin sağlık bilimleri fakültesinde öğrenim gören 104 hemşirelik öğrencisi katıldı. Veriler kişisel bilgi formu, Manevi Destek Algısı Ölçeği (MDAÖ) ve Yaşam Yönelimi Testi (YYT) kullanılarak toplandı. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler, Kruskal Wallis testi, Mann-Whitney U testi ve korelasyon analizi uygulandı.

Bulgular: Çalışma grubunun yaş ortalaması 19.94±1.16 yıl olup, %83.7'si kadındı. Öğrencilerin ortalama MDAÖ toplam puanı 54.58±5.08 ve ortalama YYT toplam puanı 16.51±5.82 idi. Ortalama MDAÖ puanlarının en uzun süre yaşanan yerleşim yeri ($z=-2.69$, $p=0.007$), mezun olunan okul türü ($\chi^2=9.36$, $p=0.009$) ve manevi bakım konusunda eğitim almayı isteme durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği bulundu ($z=-2.08$, $p=0.043$). Ortalama MDAÖ ile YYT toplam puanları arasında ilişki olduğu belirlendi ($r=0.12$, $p=0.046$).

Sonuç: Çalışma grubunda yer alan öğrenci hemşirelerde maneviyat ve manevi bakım algısı nispeten yüksek bulundu. Eğiticilerin öğrenci hemşirelerin manevi bakım algısını etkileyen faktörlerin farkında olmaları gereklidir.

Anahtar Kelimeler: Manevi bakım, manevi destek, maneviyat, öğrenci hemşire.

ABSTRACT

Objectives: The purpose of this study was to determine nursing students' perceptions of spirituality and spiritual care and the factors affecting them.

Methods: This cross-sectional study involved 104 undergraduate nursing students enrolled at a university's health sciences faculty. Data were collected using a personal information form, the Spiritual Support Perception Scale (SSPS), and the Life Orientation Test (LOT). Descriptive statistics, the Kruskal-Wallis test, the Mann-Whitney U test, and analysis of correlation were used for data analysis.

Results: The mean age of the study group was 19.94±1.16 years and 83.7% were female. The mean SSPS total score was 54.58±5.08, and the mean LOT total score was 16.51±5.82. The mean SSPS scores were found to be statistically significantly different concerning the longest place of residence ($z=-2.69$, $p=0.007$), the type of school graduated from ($\chi^2=9.36$, $p=0.009$), and the desire to receive training in spiritual care ($z=-2.08$, $p=0.043$). The mean SSPS scores were correlated with the LOT total score ($r=0.12$, $p=0.046$).

Conclusions: The students in the study group were found to have a relatively high level of perception regarding spirituality and spiritual care. Educators should be aware of the factors affecting spiritual care.

Keywords: Spiritual care, spiritual support, spirituality, nursing students.

GİRİŞ

Çok boyutlu ve subjektif bir kavram olan maneviyat (spiritüalite), bireyin değerlerini ve inançlarını içermektedir. Maneviyat sıklıkla din ve dindarlık terimlerinin yerine kullanılmasına karşın, gerçekte çok daha kapsamlı bir kavramdır (1). Maneviyatın tanımı konusunda ortak bir görüş bulunmamaktadır. Hemşirelik alanında maneviyat; daha yüce bir güç, bağlılık duygusu, yaşamın amacı ve anlamı, ilişkiler ve aşkınlık gibi bileşenleri içerecek şekilde ele alınmaktadır

1-Prof. Dr., Kapadokya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü, Nevşehir, Türkiye.

E-posta: belguzar.kara@kapadokya.edu.tr

ORCID: 0000-0002-5333-9732

Gönderim Tarihi: 19.12.2024 - Kabul Tarihi: 03.12.2025

(2). Bireyin sağlık durumu değerlendirilirken fiziksel, ruhsal ve sosyal boyutun yanı sıra manevi (spiritüel) iyilik halinin de mutlaka ele alınması gerektiği vurgulanmaktadır. Bir başka deyişle sağlığın manevi boyut ele alınmadan değerlendirilmesi yeterli değildir. Sağlığın dördüncü boyutu olan manevi sağlık, bireyin günlük yaşam sorunlarıyla başa çıkabildiği, böylece tüm potansiyelini, yaşamın anlamını ve amacını gerçekleştirebildiği ve tatmin olduğu bir varoluş halidir. Bu varoluş hali; kendini geliştirme, kendini gerçekleştirme ve aşma yoluyla elde edilebilmektedir. Bu, "Olmak"tan "Var Olmak" ve "Ötesi"ne geçerek optimal sağlık düzeyine ulaşma sürecini ortaya koymaktadır (3).

Maneviyat ve manevi uygulamaların birçok kronik hastalığın tedavisinde olumlu sonuçları olduğu bildirilmektedir. Manevi sağlık bir hastalığı tedavi etmemesine karşın, bireyin davranışlarını ve yaşam şekli tercihlerini kontrol etmesini sağlayarak dolaylı olarak sağlık ve iyilik haline katkıda bulunmaktadır (2,3). Maneviyat, özellikle emosyonel stresin yoğun yaşandığı ve hastalıkla mücadele edilen dönemlerde önem kazanmaktadır. Hastaların terminal dönemde stresle baş etmeleri ve umutlarını sürdürmelerinde maneviyatın kritik bir rolü vardır (1). Yapılan çalışmalarda manevi iyilik hali yüksek olan bireylerde hastalıkla ilişkili fiziksel ve emosyonel sorunlara daha fazla tolerans gösterildiği, olumsuz duygular, ağrı ve stres düzeyi ile depresyon ve suisid riskinin azaldığı, manevi bakım alan hastaların hastanede sunulan hizmetlerden daha fazla memnun oldukları bildirilmektedir. Buna karşın hastaların manevi gereksinimleri karşılanmadığında bakım memnuniyeti, yaşam kalitesi ve manevi huzur algısının azaldığı, iyilik halinin oldukça etkilendiği ve depresyon riskinin arttığı vurgulanmaktadır (2).

Hastaların manevi gereksinimlerine yönelik uygun girişimler yapılmasında hemşirenin önemli bir rolü vardır. Bütüncül (holistik) hemşirelik bakımının başlıca bileşenlerinden biri olan manevi sağlık, aynı zamanda bir hasta sonucu olarak değerlendirilmektedir. Manevi bakım; bütüncül bakıma odaklanan, hastaların fiziksel, psikolojik, sosyal ve manevi gereksinimlerini birlikte ele alan hemşireliğin çok yönlü rolüyle tutarlıdır (1,2,4). Manevi bakım; “hastanelerde yatarak tedavi gören hastaların tıbbi tedavilerine hiçbir şekilde müdahalede bulunulmamak şartı ile talep eden hastalara manevi telkinde bulunmak, onları ruhsal (manevi) ve moral yönden desteklemek, ibadetlerini hastalıklarının verdiği imkânlar çerçevesinde yerine getirmelerine rehberlik etmek ve yaşama dirençlerini desteklemek amacıyla sunulan manevi destek hizmetleri” dir (5, s. 909). Manevi hemşirelik bakımında, hemşire ve hasta arasında saygı ve güvene dayalı terapötik bir ilişkinin kurulması esastır. Manevi uygulamalar arasında; aktif dinlemek; yargılamamak; manevi gereksinimleri tanılamak, güç ve umut vermek, anlamlı ilişkiler geliştirmek ve dini/

manevi inançlara saygı duymak yer almaktadır (6). Hemşirelerin hastaların manevi bakım gereksinimlerine etkim şekilde yanıt verebilmeleri için bu alanda değerlendirme yapma ve girişimde bulunma açısından kendilerine güvenmeleri ve kendilerini yetkin hissetmeleri gereklidir (2). Genel olarak sağlık hizmetlerinde teknolojinin kullanımının artması ve birey merkezli yaklaşımın değişmesi ile birlikte hemşirelerin hastaların manevi gereksinimlerine duyarlılığının azaldığı, uygulamalarda manevi sağlığın sıklıkla ihmal edildiği dikkati çekmektedir (1,7). Çalışmaların sonuçları hastaların manevi gereksinimlerini ele alma ve manevi bakım sunma konusunda hemşirelik hizmetlerinin henüz istenilen düzeyde olmadığını göstermektedir (2). Manevi bakım için başlıca engeller; sınırlı eğitimsel hazırlık, maneviyata yönelik olumsuz tutumlar, hemşirenin rolü konusunda belirsizlik, yetersizlik algıları, manevi konulardan kaçınma, fiziksel sorunlara öncelik verme ve zaman baskısı şeklinde bildirilmektedir. Kültürel ve dini özellikler de manevi bakıma ilişkin bilgi, eğitim ve manevi bakım verme açısından farklılıklara katkıda bulunmaktadır (2,4,7,8).

Yeni kuşak hemşirelerin maneviyat ve manevi bakıma ilişkin kültürel inanç ve değerler ile dünya görüşü açısından önceki kuşaklardan farklı olması olasıdır (7). Yapılan çalışmalar, öğrenci hemşirelerin maneviyat ve manevi bakım konusunda eğitime gereksinimleri olduğunu ortaya koymaktadır. Hemşirelik eğitim sürecinde maneviyat daha kapsamlı şekilde ele alınmalı ve öğrencilere manevi sağlığın bakım sürecine entegrasyonuna yönelik eğitimler verilmelidir. Hemşirelik öğrencileri, hastaların manevi gereksinimlerini de içeren bütüncül bir bakım anlayışı doğrultusunda hemşirelik hizmeti sunabilme yetkinliği kazanmaları için beceri eğitimleriyle desteklenmelidir. Buna karşın hemşirelik müfredatlarında maneviyat konusunun yeterince yer almadığı belirtilmektedir (1). Öğrenci hemşirelerde maneviyat ve manevi bakım algısının belirlenmesi, eğitim programlarının öğrencilerin gereksinimleri doğrultusunda planlanması için gereklidir. Literatürde ülkemizde bu alanda yapılan sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu nedenle

bu çalışmanın başlıca amacı, öğrenci hemşirelerde maneviyat ve manevi bakım algısını incelemektir. Ayrıca çalışmada öğrencilerin manevi bakım algısının sosyodemografik ve maneviyatla ilgili özelliklere göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek ve manevi bakım algısı ile yaş ve yaşama bakış açısı arasındaki ilişkileri incelemek amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma, Şubat-Mart 2020 tarihleri arasında kesitsel olarak yapıldı. Araştırmanın evrenini, 2019-2020 eğitim-öğretim yılında Ankara il merkezinde bir üniversitenin sağlık bilimleri fakültesi hemşirelik bölümünde öğrenim gören öğrenciler oluşturdu. İlgili bölümde toplam 104 hemşirelik öğrencisi kayıtlı idi. Araştırmaya başlamadan önce anket formlarının işlerliğini değerlendirmek için 10 öğrenciye ön uygulama yapıldı. Ön uygulamada anlaşılmayan veya açık olmayan bir maddeye rastlanmadığı için anket formlarında herhangi bir değişiklik yapılmadı. Bu çalışmada örneklem seçim yöntemi uygulanmayarak, evrenin tamamına ulaşılması hedeflendi. Araştırmanın yapıldığı dönemde okula devam eden, ön uygulamaya katılmayan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan bütün öğrenciler araştırma kapsamına alındı. Araştırmanın yapıldığı dönemde evrendeki 94 öğrenciye ulaşıldı ve çalışmaya katılmak istemeyen öğrenci olmadı. Ön uygulamaya katılan öğrencilerin anket formları da çalışmaya dahil edildi ve çalışma kapsamında toplam 104 öğrenci yer aldı.

Helsinki Deklarasyonu prensiplerine uygun olarak yapılan bu çalışmada, Yüksek İhtisas Üniversitesi Girişimsel Olmayan Çalışmalar Etik Kurulu'ndan araştırma izin onayı elde edildi (Karar No: 2019/08/05). Araştırmaya katılmadan önce öğrencilere çalışmanın amacı açıklanarak bilgilendirilmiş onamları alındı. Çalışmada veriler anket yöntemiyle toplandı. Çalışmaya katılmayı kabul eden bütün öğrencilere anket formları araştırmacı tarafından derslerin bitiminde, sınıf ortamında ve gruplar halinde uygulandı. Öğrenciler anket formlarını yaklaşık 10 dakikada doldurdular. Araştırmada veriler; kişisel bilgi formu, Manevi Destek Algısı Ölçeği (MDAÖ) ve Yaşam Yönelimi

Testi (YYT) kullanılarak toplandı.

Kişisel Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından konu ile ilgili literatür incelenerek hazırlanan bu formda toplam 12 soru (yaş, cinsiyet, medeni durum, en uzun süre yaşanan yerleşim yeri, mezun olunan okul türü, anne ve baba eğitim durumu, hastanede yatma deneyimi, kronik hastalık varlığı, maneviyat ve manevi bakım ile ilgili bilgi sahibi olma durumu, manevi bakım konusunda eğitim almayı isteme durumu gibi) yer aldı.

Manevi Destek Algısı Ölçeği (MDAÖ)

Kavas ve Kavas tarafından geliştirilen MDAÖ, bireylerin manevi bakımı algılama düzeyini değerlendirmektedir. Ölçek, 15 maddeden oluşmaktadır ve beşli Likert tipindedir (Hiç katılmıyorum: 0, Katılmıyorum: 1, Kararsızım: 2, Katılıyorum: 3, Tamamen katılıyorum: 4). Ölçekten alınan toplam puanlar 0 ile 60 arasında değişmektedir. Ölçek toplam puanının artması manevi destek ve manevi bakım kavramlarının algılanma düzeyinde artışı ifade etmektedir. Orijinal ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.94 şeklinde belirlendi (5). Çalışmamızda, MDAÖ için Cronbach alfa katsayısının 0.83 olduğu bulundu.

Yaşam Yönelimi Testi (YYT)

Aydın ve Tezer tarafından üniversite öğrencilerinde geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılarak Türk toplumuna uyarlanan YYT, bireyin yaşama bakış açısını değerlendirmektedir. Ölçek 12 maddeden oluşmakta olup, beşli Likert şeklinde değerlendirilmektedir (Kesinlikle katılmıyorum: 0, Katılmıyorum: 1, Kararsızım: 2, Katılıyorum: 3, Kesinlikle katılıyorum: 4). Ölçekte olumlu/olumsuz yönde puanlandırılan ve hiçbir yönde puanlandırılmayan (nötr madde) dörder madde bulunmaktadır. Ölçek toplam puanı 0 ile 32 aralığında yer almaktadır. Ölçekten alınan yüksek puanlar yaşama yönelik olumlu bakış açısı (iyimserlik), düşük puanlar ise olumsuz bakış açısı (kötümserlik) şeklinde değerlendirilmektedir. Ölçeğin Cronbach alfa katsayısının 0.72 olduğu saptandı (9). Çalışmamızda YYT için Cronbach alfa katsayısı 0.83 şeklinde belirlendi.

Verilerin değerlendirilmesi

Verilerin analizi SPSS 21.0 (SPSS Inc., Chicago, USA) programı kullanılarak gerçekleştirildi. Verilerin normal dağılım gösterip göstermediği Kolmogrov-Smirnov testi ile incelendi. Çalışmamızda tanımlayıcı istatistikler (yüzdeler, ortalama, standart sapma, ortanca, minimum-maksimum) yapıldı. Testlerde istatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ ve güven aralığı %95 olarak kabul edildi. Normal dağılım göstermeyen değişkenlerde iki grubun ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığını kontrol etmek için Mann-Whitney U testi kullanıldı. Normal dağılım göstermeyen değişkenlerde ikiden fazla grubun ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olup olmadığını test etmek için Kruskal Wallis testi kullanıldı. Bu test sonrasında anlamlı olan sonuçlar için çalışma grupları Bonferroni düzeltmeli Mann-Whitney U testi ile ikişerli olarak karşılaştırıldı. Çalışmamızda Bonferroni düzeltmesi yapılan testlerde istatistiksel anlamlılık için kullanılan p değeri 0.017 ($0.05/3=0.01666$) şeklinde belirlendi ve $p < 0.017$ değerler istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi. Parametreler arası ilişkilerin değerlendirilmesinde Pearson korelasyon analizi kullanıldı. Ölçeklerin iç tutarlılığı güvenilirlik analizi (Cronbach alfa katsayısı) ile incelendi.

BULGULAR

Çalışma kapsamında yer alan öğrenci hemşirelerin yaş ortalaması 19.94 ± 1.16 yıl (yaş aralığı: 18-24) idi. Tablo 1’de öğrencilerin sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı incelendiğinde %83.7’sinin kadın ve tamamına yakınının bekar ($n=102$, %98.1) olduğu görülmektedir. Çalışma grubunda 45 (%43.3) birinci sınıf, 42 (%40.4) ikinci sınıf ve 17 (%16.3) üçüncü sınıf öğrenci yer aldı (Tablo 1). İlgili programda dördüncü sınıfa kayıtlı öğrenci olmadığı için bu sınıfa ilişkin veri elde edilemedi. Öğrencilerin tamamı (%100.0) çalışmadığını ifade etti. Öğrencilerin %68.3’ünün maneviyat ve manevi bakım ile ilgili bilgi sahibi olduğu, %78.8’inin ise bu konuda eğitim almayı istediği belirlendi (Tablo 1). Öğrencilerin ortalama MDAÖ toplam puanı 54.58 ± 5.08 (puan aralığı: 39-60, ortanca 56) idi. Araştırmaya katılan öğrencilerin ortalama YYT toplam puanı 16.51 ± 5.82 olup

(ortanca 17), puan aralığı 0 ile 30 arasında idi.

Öğrencilerin ortalama MDAÖ puanlarının sosyodemografik özelliklere göre dağılımı incelendi. Kentsel yerlerde daha uzun süre yaşayan öğrencilerin MDAÖ toplam puanlarının kırsal yerlerde yaşayanlara kıyasla daha yüksek olduğu belirlendi (Tablo 1). Çalışma grubunda yer alan öğrencilerin yaşadıkları yerleşim yerine göre MDAÖ puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ($z=-2.69$, $p=0.007$).

Çalışmamızda öğrencilerin mezun oldukları okul türüne göre MDAÖ puanları arasındaki farkın anlamlı olduğu bulundu ($\chi^2=9.36$, $p=0.009$; Tablo 1). Düz Lise ve Özel Lise/Kolej mezunu olan öğrencilerin ortalama MDAÖ puanlarının Anadolu Lisesi, Süper Lise ve Fen Lisesi mezunlarına göre daha yüksek olduğu saptandı ($z=-2.78$, $p=0.005$). Sağlık Meslek Lisesinden mezun olan öğrencilerin ortalama MDAÖ puanlarının Anadolu Lisesi, Süper Lise ve Fen Lisesi mezunlarına göre daha yüksek olduğu belirlendi ($z=-2.09$, $p=0.036$). Bu değişken için ikili karşılaştırmalarda 0.05’ten küçük p değerleri yerine, 0.017’den küçük p değerleri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bu çalışmada manevi bakım konusunda eğitim almayı isteyen öğrencilerin ortalama MDAÖ puanlarının diğer öğrencilere kıyasla daha yüksek olduğu bulundu (Tablo 1). Çalışma grubunda yer alan öğrencilerin manevi bakım konusunda eğitim almayı isteme durumuna göre MDAÖ puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($z=-2.08$, $p=0.043$).

Çalışmamızda öğrencilerin ortalama MDAÖ puanları ile yaş ve ortalama YYT puanları arasındaki ilişkiler incelendi (Tablo 2). Öğrencilerin ortalama MDAÖ puanları ile ortalama YYT puanları arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki olduğu saptandı ($r=0.12$, $p=0.046$). Elde edilen bulgular ortalama MDAÖ puanları ile yaş değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığını gösterdi ($p > 0.05$).

Tablo 1. Öğrencilerin ortalama Manevi Destek Algısı Ölçeği (MDAÖ) puanlarının sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı (N = 104), Ankara - 2020

Özellikler	n (%)	MDAÖ		
		Ort±SS*	z ^a veya χ^2 ^b	p
Cinsiyet				
Kadın	87 (83.7)	55.03 (4.86)	z = -1.91	0.057
Erkek	17 (16.3)	55.24 (5.63)		
Sınıf				
1 inci sınıf	45 (43.3)	54.80 (4.77)	$\chi^2 = 1.22$	0.543
2 inci sınıf	42 (40.4)	54.21 (5.11)		
3 üncü sınıf	17 (16.3)	54.88 (5.98)		
En uzun süre yaşanan yerleşim yeri				
Kentsel alan	92 (88.5)	55.01 (5.02)	z = -2.69	0.007
Kırsal alan	12 (11.5)	51.25 (4.37)		
Ailenin gelir düzeyi				
Yeterli	44 (42.3)	54.57 (5.10)	$\chi^2 = 0.01$	0.998
Orta	54 (51.9)	54.54 (5.22)		
Yetersiz	6 (5.8)	55.00 (4.20)		
Mezun olunan okul türü				
Anadolu Lisesi, Süper Lise, Fen Lisesi	46 (44.2)	52.91 (5.37)	$\chi^2 = 9.36$	0.009
Düz Lise, Özel Lise/Kolej	35 (33.7)	55.86 (4.94)		
Sağlık Meslek Lisesi	23 (22.1)	55.96 (3.70)		
Annenin eğitim durumu				
Okur-yazar/İlkokul mezunu	31 (29.7)	53.39 (5.03)	$\chi^2 = 4.04$	0.257
Ortaokul mezunu	27 (26.0)	55.48 (5.53)		
Lise mezunu	32 (30.8)	54.94 (4.81)		
Üniversite-Yüksekokul mezunu/Lisansüstü	14 (13.5)	54.64 (4.89)		
Babanın eğitim durumu				
Okur-yazar/İlkokul mezunu	9 (8.7)	52.11 (7.06)	$\chi^2 = 1.60$	0.659
Ortaokul mezunu	25 (24.0)	55.84 (3.58)		
Lise mezunu	38 (36.5)	54.21 (5.17)		
Üniversite-Yüksekokul mezunu/Lisansüstü	32 (30.8)	54.72 (5.26)		
Daha önce hastanede yatma deneyimi				
Evet	39 (37.5)	55.72 (4.18)	z = -1.62	0.106
Hayır	65 (62.5)	53.89 (5.46)		
Kronik hastalık varlığı				
Evet	8 (7.7)	56.38 (3.85)	z = -1.02	0.309
Hayır	96 (92.3)	54.43 (5.15)		
Maneviyat/manevi bakım ile ilgili bilgi sahibi olma durumu				
Evet	71 (68.3)	54.85 (5.17)	z = -0.91	0.365
Hayır	33 (31.7)	54.00 (4.89)		
Manevi bakım konusunda eğitim almayı isteme durumu				
Evet	82 (78.8)	55.91 (4.88)	z = -2.08	0.043
Hayır	22 (21.2)	52.95 (5.58)		

*Standart sapma.

^a Mann-Whitney U testi, ^b Kruskal Wallis testi

Tablo 2. Öğrencilerin ortalama Manevi Destek Algısı Ölçeği (MDAÖ) puanları ile yaş ve ortalama Yaşam Yönelim Testi (YYT) puanları arasındaki ilişki (N = 104), Ankara-2020

Değişkenler	MDAÖ	
	r ^a	p
Yaş (yıl)	-0.09	0.366
YYT	0.12	0.046

^a Pearson korelasyon katsayısı

TARTIŞMA

Bu çalışmada, öğrenci hemşirelerde maneviyat ve manevi bakım algısı ile etkileyen faktörler incelendi. Çalışma kapsamında yer alan öğrenci hemşirelerin çoğunluğunun (%68.3) maneviyat ve manevi bakımla ilgili bilgi sahibi olduğu belirlendi (Tablo 1). Bu oran Erenoğlu ve Can'ın çalışmasında bizim çalışmamızdan daha düşük (%58.8) bulundu (10). Kalkim ve arkadaşlarının çalışmasında ise öğrenci hemşirelerin yarısı (%50) maneviyat ve manevi bakımla ilgili bilgisinin olduğunu ve yarısından fazlası (56.5%) bu konuda okulda bilgi aldığını belirtti. Aynı çalışmada öğrencilerin %53'ü maneviyat ve manevi bakım hakkında bilgisinin yetersiz olduğunu ifade etti (8). Wu ve arkadaşlarının çalışmasında öğrenci hemşirelerin yarısına yakınının (%46.4) okulda maneviyat ile ilgili dersler aldığı ve yarısından fazlasının (%53.6) manevi bakıma yönelik kurslara katıldığı bulundu (11). Çalışmamızda öğrencilerin çoğunluğu (%78.8) maneviyat ve manevi bakıma yönelik eğitim almak istediğini bildirdi. Bu konuda eğitim almak isteyen öğrencilerin oranı Erenoğlu ve Can'ın çalışmasında %75.2 (10), Kalkim ve arkadaşlarının çalışmasında ise %83.3 şeklinde tespit edildi (8). Başka çalışmalarda elde edilen sonuçlar bizim çalışmamızın bulgularını desteklemektedir. Çalışmalarda hemşirelik müfredatlarının birbirlerinden farklı olmasına karşın, genellikle maneviyat konusuna oldukça sınırlı yer verildiği ve bu konuda içeriğin zenginleştirilmesi gerektiği belirtilmektedir (1,6,12). Maneviyat; başkalarıyla bağlantı kurma, kendini aşma, öz farkındalık ve daha yüce bir güçle ilişki kurma şeklinde kavramsallaştırılmaktadır

(1). Günümüzde manevi boyutu içermeyen bir sağlık anlayışı, dengeli bir yapı olarak kabul edilmemektedir. Sağlığın dördüncü boyutu olan manevi sağlığa yönelik proaktif bir yaklaşımın benimsenmesi önerilmektedir (3). Öğrenci hemşirelerin algıladığı manevi bakım sunma becerisi; kişisel değerler, inançlar, bilgi ve tutumlar temelinde kavramsallaştırılmaktadır (1). Hemşirelik bakımında bütüncül bakım açısından önem taşıyan manevi bakımın yer alması ve öğrenci hemşirelerin bu alanda bilgilendirilerek farkındalıklarının artırılması önemlidir (10). Hemşirelik eğitim programlarında maneviyata ilişkin eğitime yer verilmesi, öğrencilerin bilgi düzeylerini ve tutumlarını olumlu yönde etkilemektedir (10,13,14). Bununla birlikte, öğrencilere manevi bakım eğitimi verilirken izlenmesi gereken yöntem ve kullanılacak materyallerle ilgili bir netlik ve fikir birliği bulunmamaktadır (1,15). Bir başka deyişle hastaların manevi gereksinimlerinin karşılanması için hemşirelik eğitiminde içeriğin nasıl olması gerektiği konusunda belirsizlik mevcuttur (1). Hemşirelik bakım kalitesini iyileştirmek için öncelikle maneviyat ve manevi bakımın standart hemşirelik müfredatına entegre edilmesi gereklidir (11).

Çalışmamızda öğrenci hemşirelerin manevi bakım algılarının yüksek (ortalama MDAÖ puanı: 54.58±5.08) olduğu bulundu. Bizim çalışmamıza benzer şekilde Erenoğlu ve Can tarafından aynı ölçek kullanılarak yapılan çalışmada öğrenci hemşirelerin manevi bakım algılarının yüksek (ortalama MDAÖ puanı: 52.02±6.99) olduğu belirlendi (10). Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği kullanılarak yapılan başka çalışmalarda da öğrenci hemşirelerin maneviyat ve manevi bakım algıları genel olarak “yeterli” bulunmakla birlikte, en üst düzeye ulaşması için geliştirilmesi gerektiği bulundu (8,14,16,17). Wu ve arkadaşlarının çalışmasında öğrenci hemşirelerin maneviyat ve manevi bakım algılarının “açık” olduğu belirlendi (11). Tiew ve arkadaşlarının çalışmasında öğrenci hemşireler yüksek düzeyde manevi farkındalık bildirdiler ve hastaların manevi gereksinimlerini karşılamak için manevi farkındalığın önemini vurguladılar (7). Yapılan

çalışmalarda, öğrenci hemşirelerin maneviyatla ilgili dersler aldıklarında manevi bakım bilgilerinin ve hastaların manevi gereksinimlerini karşılama konusunda öz farkındalıklarının arttığı ve manevi bakımın yararlarını daha fazla bildirdikleri bulundu (1,18-20). Benzer şekilde bir başka çalışmada, maneviyatla ilgili kurslara katılan öğrenci hemşirelerde manevi bakım uygulamaları hakkında bilgi ve öz farkındalığın arttığı saptandı (21). O'Connell-Persaud ve Isaacson'ın çalışmasında öğrenci hemşireler kendi maneviyatlarının hastalara manevi bakım vermelerine yardım ettiğini ifade ettiler (1). Bu nedenle öğrencilerin manevi bakım yeterliklerinin güçlendirilmesi için hemşirelik müfredatlarında değişiklik yapılması ve uygun eğitim programlarının geliştirilmesi önerilmektedir (8,11). Hemşirelik bakım kalitesini artırmak için bütüncül hemşirelik bakımının önemli bir bileşeni olan maneviyat ve manevi bakım uygulamaları konusunda öğrencilerin yeterliğinin artırılmasında eğitimcilerin yanı sıra uygulama alanlarında görev yapan hemşirelerin de sorumluluk almaları desteklenmelidir (1,11).

Çalışmamızda elde ettiğimiz bulgular, kentsel yerleşim yerlerinde yaşayan öğrencilerin manevi bakım algılarının kırsal yerlerde yaşayanlara göre daha yüksek olduğunu ortaya koymaktadır (Tablo 1). Bu sonuç kişisel inanç ve değerler ile toplumun sosyokültürel özelliklerinin manevi gelişime birlikte katkıda bulunmasından kaynaklanmış olabilir. Doolittle ve arkadaşlarının çalışmasında kentsel yerlerde yaşayan bireylerin stresörlere rağmen, yaşamlarının karmaşıklıklarını anlamlı bir manevi uygulama ve yapıcı ilişkilerle birleştirdiklerinde daha dirençli oldukları ve yaşam memnuniyetlerinin arttığı bulundu (22). Kültürel ve toplumsal yapılar bireyin maneviyatını ve manevi destek algısını şekillendirirken, toplumdaki manevi değer ve uygulamaların çeşitliğine katkıda bulunurlar. Toplumun manevi destekle ilgili beklentileri ve normları, bireyin davranışlarını ve destek arayışını etkiler. Algılanan sosyal destek ise manevi değer ve inançları güçlendirerek manevi gereksinimlerin karşılanmasına yardım edebilir (23,26).

Bu çalışmada Düz Lise ve Özel Lise/Kolej mezunu olan öğrencilerin manevi bakım algılarının Anadolu Lisesi, Süper Lise ve Fen Lisesinden mezun olanlara göre daha yüksek olduğu bulundu ($p<0.017$; Tablo 1). Literatürde bu konuda yapılan çalışmalarda çelişkili sonuçlara rastlanmaktadır. Tiew ve arkadaşlarının çalışmasında üç farklı eğitim kurumunda öğrenim gören son sınıf hemşirelik öğrencilerinin sosyodemografik özellikleri incelendiğinde, manevi bakım algısını etkileyen tek değişkenin öğrenim görülen okul olduğu saptandı (7). Erenoğlu ve Can'ın çalışmasında ise öğrenci hemşirelerin mezun oldukları okul türünün manevi bakım algısını etkilemediği bulundu (10). Eğitim kurumlarında müfredatlar; pedagojik yaklaşımlar, sunulan eğitim olanakları, manevi eğitim ve kişisel gelişimi destekleme açısından farklılıklar göstermektedir. Manevi destek, etik, empati, etkili iletişim becerileri ve sosyal sorumluluk projeleri gibi konuları içeren müfredatlar ile eğitim kurumlarındaki kültürel çeşitlilik ve sosyal destek yapısının öğrencilerin manevi gelişimlerini birlikte etkilemesi olasıdır.

Çalışmamızda manevi bakım konusunda eğitim almayı isteyen öğrenci hemşirelerin manevi bakım algılarının daha yüksek olduğu dikkati çekmektedir (Tablo 1). Bizim çalışmamızda elde ettiğimiz bulgular başka çalışmaların sonuçları ile benzerlik göstermektedir (8,10,16). Aslan ve Ünsal'ın çalışmasında öğrenci hemşirelerde manevi bakım bilgisinin maneviyat ve manevi bakımı etkilediği bulundu (17). Wu ve arkadaşlarının çalışmasında maneviyat veya manevi bakım dersleri alan öğrenci hemşirelerin daha iyi maneviyat bilgisine ve manevi bakım tutumuna sahip olduğu belirlendi (11). Buna karşın bir başka çalışmada öğrencilerin manevi bakımla ilgili bilgi almalarının maneviyat ve manevi bakıma ilişkin algılarını etkilemediği saptandı (14). Hemşirelik programlarında akademik ve klinik eğitim süreci öğrencilerin maneviyat ve manevi bakım algılarını etkileyerek, manevi bakış açılarını şekillendirmektedir.

Çalışma grubunda yer alan öğrenci hemşirelerin yaşama yönelik bakış açılarının nötr (ortalama YYT puanı: 16.51 ± 5.82) olduğu bulundu. Genel

olarak kişilik, değerler ve yaşama yönelik bakış açısı ergenlik döneminde şekillenmektedir. Olumlu yaşam yönelimi “iyimserlik”, olumsuz yaşam yönelimi ise “kötümserlik” şeklinde ifade edilmektedir. İyimserlik yaşamda olumlu şeyler olacağına ilişkin genellenmiş beklentiler olup, koşullara uyum sağlamayı kolaylaştırmaktadır. İyimserlik kişiliği oluşturan bir yapı olarak insan yaşamının birçok yönüyle ilişkilidir (27,28). Çalışmamızda bir diğer önemli bulgu, öğrenci hemşirelerde iyimserlik arttıkça manevi bakım algısının artmasıdır (Tablo 2). Literatürde öğrenci hemşirelerde bu iki değişken arasında ilişkiyi inceleyen başka çalışmaya rastlanmadı. Bununla birlikte bir başka çalışmada hastalarda onkolojik tedavi sırasında iyimserlik ve sosyal desteğin maneviyata katkıda bulunduğu saptandı (25). Aydın ve Tezer tarafından yapılan çalışmada üniversite öğrencilerinde iyimserlik arttıkça sağlık sorunlarıyla karşılaşma sıklığının azaldığı ve akademik başarının arttığı bulundu (9). Hsiao ve arkadaşlarının çalışmasında öğrenci hemşirelerde manevi sağlığın klinik uygulama stresi, depresif eğilim ve sağlığı geliştirme davranışları için önemli bir yordayıcı faktör olduğu bulundu (29). COVID-19 pandemi sürecinde öğrenci hemşirelerde yapılan bir çalışmada, manevi sağlık ile yaşam memnuniyeti arasında ilişki olduğu belirlendi (30). Aglozo ve arkadaşlarının çalışmasında 60 yaş ve üstü bireylerde maneviyatın subjektif iyilik haline olumlu etkisinde iyimserlik ve yaşamın anlamının aracı rolü olduğu sonucuna ulaşıldı (31). Elde edilen veriler doğrultusunda çalışmamızda iyimserliğin farklı değişkenlerle birlikte maneviyatı ve manevi bakım algısını etkilemesinin olası olduğu düşünülmektedir.

Çalışmanın Sınırlılıkları

Bu çalışmanın sonuçları değerlendirilirken bazı sınırlılıklar göz önünde bulundurulmalıdır. Çalışma grubunun sayıca az olması ve araştırmanın yalnızca tek bir üniversitede yürütülmesi, elde edilen sonuçların genellenebilirliğini sınırlandırmaktadır. Ayrıca, çalışmanın bulguları değerlendirilirken manevi bakım algısı ile ilişkili faktörler için bir neden-sonuç ilişkisi kurulması mümkün değildir. Manevi bakım algısı ve yaşama yönelik bakış açısının zamanla değişebileceği göz

önünde bulundurularak, elde edilen sonuçların daha büyük örneklerle yapılacak araştırmalarla desteklenmesi ve uzun süreli izlem çalışmalarının yürütülmesi önerilmektedir.

Sonuç ve Öneriler

Çalışma grubunda yer alan öğrenci hemşirelerde maneviyat ve manevi bakım algısının yüksek olduğu bulundu. Ayrıca, kentsel yerleşim yerlerinde daha uzun süre yaşayan öğrencilerin manevi bakım konusunda kendilerini daha yeterli algıladıkları bulundu. Düz Lise ve Özel Lise/ Kolej mezunu olan öğrencilerin manevi bakım algılarının nisbeten daha yüksek olduğu saptandı. Çalışmamızda manevi bakım konusunda eğitim almayı isteyen öğrenci hemşirelerin manevi bakım algılarının daha yüksek olduğu bulundu. Öğrenci hemşirelerde iyimserliğin artışına paralel olarak manevi bakım algısının arttığı belirlendi. Eğitim kurumları tarafından öğrenci hemşirelerin manevi gelişimlerini desteklemek için çeşitli stratejiler geliştirilmeli ve maneviyatla ilgili konular müfredata dahil edilmelidir. Eğitimciler öğrenci hemşirelerin manevi bakım algılarını etkileyen faktörleri dikkate alarak manevi sağlığı iyileştirmeye yönelik girişimler planlamalıdır.

Çıkar Çatışması

Yazar(lar) çıkar çatışması olmadığını bildirmişlerdir.

KAYNAKLAR:

1. O'Connell-Persaud S, Isaacson MJ. Undergraduate nursing students' spirituality and perceived ability to provide spiritual care: a mixed-method study. *J Holist Nurs.* 2022;40(1):36-45.
2. Harrad R, Cosentino C, Keasley R, Sulla F. Spiritual care in nursing: an overview of the measures used to assess spiritual care provision and related factors amongst nurses. *Acta Biomed.* 2019;90(4-S):44-55.
3. Dhar N, Chaturvedi SK, Nandan D. Spiritual health, the fourth dimension: A public health perspective. *WHO South-East Asia J Public Health.* 2013;2:3-5.
4. Minton ME, Isaacson MJ, Varilek BM, Stadick JL, O'Connell-Persaud S. A willingness to go there: Nurses and spiritual care. *J Clin Nurs.* 2018;27(1-2):173-181.
5. Kavas E, Kavas N. Manevi Destek Algısı (MDA) Ölçeği: Geliştirilmesi, geçerliliği ve güvenilirliği. *Electronic Turkish*

Studies. 2014;9(2):905-15.

6. Hawthorne DM, Gordon SC. The invisibility of spiritual nursing care in clinical practice. *Journal of Holistic Nursing*. 2019;38:1:147-155.
7. Tiew LH, Creedy DK, Chan MF. Student nurses' perspectives of spirituality and spiritual care. *Nurse Education Today*. 2013;33(6): 574-579.
8. Kalkim A, Midilli TS, Baysal. An investigation of the perceptions and practices of nursing students regarding spirituality and spiritual care. *Religions*. 2016;7(8):101.
9. Aydın G, Tezer E. İyimsenlik, sağlık sorunları ve akademik başarı ilişkisi. *Psikoloji Dergisi*. 1991;7(26): 2-9.
10. Erenoğlu R, Can R. Hemşirelik bölümü öğrencilerinin manevi destek algıları ve etkileyen faktörler. *Jaren*. 2019;5(1):23-30.
11. Wu LF, Liao YC, Yeh DC. Nursing student perceptions of spirituality and spiritual care. *J Nurs Res*. 2012;20(3):219-227.
12. Timmins F, Neill F. Teaching nursing students about spiritual care: A review of the literature. *Nurse Education in Practice*. 2013;13(6):499-505.
13. Conner NE, Sanzero Eller LS. Spiritual perspectives, needs and nursing interventions of Christian African-Americans. *J Adv Nurs*. 2004;46(6):624-32.
14. Ince SC, Akhan LU. Öğrenci hemşirelerin maneviyat ve manevi bakıma ilişkin algıları. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*. 2016;13(3):202-208.
15. Booth L, Kaylor S. Teaching spiritual care within nursing education. *Holistic Nursing Practice*. 2018; 32(4):177-181.
16. Kalkim A, Sagkal Midilli T, Daghan S. Nursing students' perceptions of spirituality and spiritual care and their spiritual care competencies: A correlational research study. *Journal of hospice and palliative nursing*. 2018;20(3):286-295.
17. Aslan H, Unsal A. Nursing students' perception levels of spirituality and spiritual care in Turkey. *J Relig Health*. 2021;60(6):4316-4330.
18. Yılmaz M, Gurler H. The efficacy of integrating spirituality into undergraduate nursing curricula. *Nursing Ethics*. 2014;2(8):926-945.
19. Pipkins C, Rinker M, Curl E. Spiritual care perceptions of baccalaureate nursing students. *Journal of Holistic Nursing*. 2020;38(1):131-138.
20. Timmins F, Murphy M, Neill F, Begley T, Sheaf G. An exploration of the extent of inclusion of spirituality and spiritual care concepts in core nursing textbooks. *Nurse Education Today*. 2015;35(1):277-282.
21. Galloway S, Hand M. Spiritual immersion: Developing and evaluating a simulation exercise to teach spiritual care to undergraduate nursing students. *Nurse Educator*. 2017;42(4):199-203.
22. Doolittle B, Courtney M, Jasien J. Satisfaction with life, coping, and spirituality among urban families. *Journal of Primary Care & Community Health*. 2015;6(4):256-259.
23. Speck P. Culture and spirituality: Essential components of palliative care. *Postgrad Med J*. 2016;92(1088):341-345.
24. Long CO. Cultural and spiritual considerations in palliative care. *J Pediatr Hematol Oncol*. 2011;33 Suppl 2:S96-101.
25. Ciria-Suarez L, Calderon C, Fernández Montes A, Antoñanzas M, Hernández R, Rogado J, et al. Optimism and social support as contributing factors to spirituality in cancer patients. *Support Care Cancer*. 2021;29(6):3367-3373.
26. Spinale J, Cohen SD, Khetpal P, Peterson RA, Clougherty B, Puchalski CM, et al. Spirituality, social support, and survival in hemodialysis patients. *Clin J Am Soc Nephrol*. 2008;3(6):1620-1627.
27. Gündoğdu M, Korkmaz S, Karakuş K. Üniversite öğrencilerinde yaşam yönelimi. *Eğitim Bilimleri Dergisi*. 2005; 22:151-160.
28. Terzi Ş. Üniversite öğrencilerinde kendini toparlama gücünün içsel koruyucu faktörlerle ilişkisi. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*. 2008;35:297-306.
29. Hsiao YC, Chien LY, Wu LY, Chiang CM, Huang SY. Spiritual health, clinical practice stress, depressive tendency and health-promoting behaviours among nursing students. *Journal of Advanced Nursing*. 2010;66(7):1612-1622.
30. Jin J. Factors influencing spiritual health among nursing students in the prolonged COVID-19 situation. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2023;20(4):3716.
31. Aglozo EY, Akotia CS, Osei-Tutu A, Annor F. Spirituality and subjective well-being among Ghanaian older adults: Optimism and meaning in life as mediators. *Aging Ment Health*. 2021;25(2):306-315.

Investigation of the Relationship Between Pre-Pregnancy Fear of Childbirth and Quality of Life and Psychological Resilience

Gebelik Öncesi Doğum Korkusunun Yaşam Kalitesi ve Psikolojik Sağlık ile ilişkisinin İncelenmesi

Hafize DAĞ TÜZMEN¹, Huriye ALTINKAYNAK²

ABSTRACT

Aim: This study aims to examine the effects of childbirth fear experienced before pregnancy on individuals' quality of life and psychological resilience levels.

Method: This descriptive study collected data from 696 participants using the Personal Information Form, the Childbirth Fear Prior to Pregnancy Scale, the Brief Resilience Scale, and WHOQOL-BREF.

Results: The participants' mean age was 20.74 ± 1.81 . The mean score of the Childbirth Fear Prior to Pregnancy Scale was 37.81 ± 11.48 , while the mean score of the Brief Resilience Scale was 17.76 ± 2.89 . A significant positive correlation was found between the Childbirth Fear Prior to Pregnancy Scale and the Brief Resilience Scale ($r = .128, p < .01$). A weak negative correlation was observed between the Childbirth Fear Prior to Pregnancy Scale and WHOQOL-BREF Psychological Health subdomain ($r = -.060, p < .05$).

Conclusion: The findings show that fear of childbirth can develop not only during pregnancy but also in earlier periods, emphasizing the importance of early intervention and education programs to reduce this fear.

Keywords: Pregnancy, childbirth fear, quality of life, psychological resilience

ÖZ

Amaç: Bu çalışmanın amacı, gebelik öncesi doğum korkusunun bireylerin yaşam kalitesi ve psikolojik sağlık düzeyleri üzerindeki etkisini incelemektir.

Yöntem: Tanımlayıcı nitelikteki araştırmada veriler, Kişisel Bilgi Formu, Gebelik Öncesi Doğum Korkusu Ölçeği, Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği ve WHOQOL-BREF ile 696 katılımcıdan toplanmıştır.

Bulgular: Çalışmaya katılan bireylerin yaş ortalaması $20,74 \pm 1,81$ olarak tespit edilmiştir. Gebelik Öncesi Doğum Korkusu Ölçeği puan ortalaması $37,81 \pm 11,48$, Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği puan ortalaması ise $17,76 \pm 2,89$ olarak belirlenmiştir. Gebelik Öncesi Doğum Korkusu Ölçeği ile Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki ($r = .128, p < .01$), Gebelik Öncesi Doğum Korkusu Ölçeği ile WHOQOL-BREF - Psikolojik Sağlık arasında düşük düzeyde negatif anlamlı bir ilişki ($r = -.060, p < .05$) bulunmuştur.

Sonuç: Bulgular, doğum korkusunun yalnızca gebelik sürecinde değil, daha erken dönemlerde de gelişebileceğini göstererek, bu korkunun azaltılmasına yönelik erken müdahale ve eğitim programlarının önemini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Gebelik, doğum korkusu, yaşam kalitesi, psikolojik sağlık

1. Introduction

Birth is a natural process that involves biological, psychological, and cultural variables and is an experience that brings excitement, happiness, and fear to women at the same time (1). Fear of childbirth is a fear that affects women's health in pre-pregnancy, pregnancy, birth, and postpartum periods and can cause problems in women's relationships with their babies, partners, and

families (2). Uncertainties about the birth process and negative birth experiences are considered among the important causes of fear of childbirth (3).

The perception of the birth event varies from person to person (1). Birth-related experiences are known to have potential short- and long-term physical and psychological impacts on women's lives (4). Adverse birth experiences influence women's future reproductive decisions by causing them to refuse or postpone pregnancy (5). Fear of childbirth is also seen in young single people considering a future pregnancy (6). Fear of childbirth can also occur before pregnancy and 13% of women postpone their pregnancy plans or

1. Dr. Öğr. Üyesi, KTO Karatay Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, Konya, Türkiye

E-posta: hafizem1992@gmail.com ORCID: 0000-0001-7791-7536,

2. Yüksek Lisans Öğrencisi, KTO Karatay Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Yüksek Lisans öğrencisi, Konya, Türkiye,

E-posta: asaltinkaynak@hotmail.com ORCID: 0000-0001-8853-6448

Gönderim Tarihi: 05.01.2025 - Kabul Tarihi: 03.12.2025

avoid becoming pregnant due to fear of childbirth (7).

Pre-pregnancy fear of childbirth is an important psychological factor affecting women's birth experiences. The negative effects of this fear on quality of life and psychological resilience have been demonstrated by many studies (8, 9). Psychological resilience is a factor that determines individuals' ability to cope with stressful situations, and individuals with high levels of psychological resilience are better able to cope with negative emotional states such as fear of childbirth. The levels of stress and anxiety experienced during pregnancy are directly related to these psychological characteristics (10). In addition, fear of childbirth before pregnancy can affect women's mental health, leading to psychological problems such as depression and anxiety (11). In this context, it can be said that preconception education programs can help reduce the fear of childbirth and increase psychological resilience (9).

In a study, it was determined that women who experienced fear of childbirth felt more stress and anxiety during pregnancy, which negatively affected their general health status (12). When the literature was examined, it was observed that nursing students had fears about childbirth (1, 13), cesarean section preferences of young individuals were associated with fear of childbirth (14) and fear of childbirth was higher in nursing students exposed to information about childbirth from the media (13). Nystedt and Hildingsson (15) found that both men and women described the birth process as "painful." There are a limited number of studies in the literature examining the perceptions of single women and men about childbirth (16).

Fear of childbirth has a significant impact on women's psychological resilience and quality of life, making it difficult for them to have a healthy experience during pregnancy. The literature shows that this fear negatively affects the mental state of individuals and that education, social support, and psychological services can be effective in the management of this fear. It has been determined

that there are limited studies in the literature on the fear of childbirth in adolescents in the pre-pregnancy period. In this study, the effects of fear of childbirth experienced before pregnancy on individuals' quality of life and psychological resilience were examined. This study aims to fill the gap in the literature by examining the effects of fear of childbirth experienced in the pre-pregnancy period on individuals' quality of life and psychological resilience. The findings obtained will contribute to the development of education, psychosocial support, and awareness programs by revealing that fear of childbirth should be addressed not only during pregnancy but also from an early age. Thus, it aims to help women manage the birth process in a more conscious, controlled, and healthy way and to support them in having more positive birth experiences in the future.

2. MATERIALS AND METHODS

2.1. Type of Research

The research is descriptive study.

2.2. Study Population and Sample

The population of the study consisted of individuals over the age of 18 studying at a foundation university in Konya province. The sample size of the study was determined as 696 people with an effect size of 0.12, 95% power, and 5% margin of error, based on the "Brief Resilience Scale" score in the study conducted by Alibekiroğlu, Akbaş (17) with university students with the G*Power 3.1 package program. People who voluntarily agreed to participate in the study, who were at least primary school graduates, who had no communication problems, who did not have a systemic/chronic diagnosed psychiatric disease, who had not experienced pregnancy before, and who did not have children, were included in the study. Data were collected by the purposive sampling method between March 1, 2024, and September 20, 2024.

2.3. Data Collection Tools

The Personal Information Form, the Fear of

Childbirth Before Pregnancy Scale (CFPPS), the Brief Resilience Scale, and WHOQOL-BREF (Tr) (World Health Organization Quality of Life Scale-Short Form) were used to collect the data.

2.3.1. Personal Information Form: The personal information form, which the researchers created by reviewing the literature (16, 18), included 8 questions about the sociodemographic characteristics of the participants (age, gender, employment status, income level, place of residence) and their views on pregnancy/childbirth (the thought of having a child in the future, the type of birth they thought to prefer in the future, and having negative birth memories).

2.3.2. Childbirth Fear-Prior to Pregnancy Scale (CFPPS): Preconception Fear of Childbirth Scale is a measurement tool developed by Stoll, Hauck Stoll, Hauck (19) to assess the fear of childbirth in young women and men before pregnancy. The scale includes 5 dimensions that most commonly cause fear of childbirth in young women and men: birth pain, loss of control, inability to cope with birth pain and labor, complications, and irreversible physical damage. The measurement tool consists of ten items, and each item is a 6-point Likert-type scale scored from 1 to 6. The scale is scored as “strongly disagree (1)”, “disagree (2)”, “partially disagree (3)”, “partially agree (4)”, “agree (5)”, “strongly agree (6)”. The minimum score that can be obtained from the measurement tool is 10 and the maximum score is 60. A high score on the scale indicates a high level of fear. Cronbach’s alpha value of the scale was reported as 0.86. The validity and reliability study of the scale for Turkey was conducted by Uçar and Taşhan (20) with 543 female and 557 male university students (1100 in total). The Turkish version of the scale was divided into two parts women and male forms, and was presented as the Women Childbirth Fear – Prior to Pregnancy Scale (WCF-PPS) with 10 items and a 6-point Likert scale for women gender and the Men Childbirth Fear – Prior to Pregnancy Scale (MCF-PPS) with 10 items and a 6-point Likert scale for male gender. Although the female and male forms of the scale contain the same questions, the

items in the male form include the term “spouse”. In the Turkish validity and reliability study of the scale, Cronbach’s alpha internal consistency coefficients were reported as 0.89 for the WCF-PPS and 0.84 for the MCF-PPS. In this study, the total scale Cronbach’s alpha internal consistency coefficients was calculated as 0.90 for WCF-PPS and 0.86 for the MCF-PPS.

2.3.3. Brief Resilience Scale (BRS): The Brief Resilience Scale is a scale that aims to measure the ability of individuals to recover, heal, return to their former functionality, and re-adapt. The scale developed by Smith, Dalen (21) was adapted into Turkish by, Doğan (22), and Cronbach’s alpha coefficient was determined as 0.83. The BRS is a 5-point Likert-type unidimensional scale consisting of 6 items. The scale items are graded from “Not at all appropriate” (1) to “Completely appropriate” (5) and items 2, 4, and 6 are reverse coded. The higher the score obtained from the scale, the higher the level of psychological resilience. In this study, the Cronbach’s alpha coefficient of the scale was calculated as 0.78.

2.3.4. World Health Organization Quality of Life Scale-Short Form (WHOQOL-BREF): The WHOQOL-BREF scale consists of a total of 26 questions, including two questions about the general perceived quality of life and two questions about perceived health status, and 4 domains: physical, psychological, social relations and environmental domains. The scale consists of 5 sub-dimensions. These sub-dimensions are General Health (1, 2), Physical Health (3, 4, 10, 15, 16, 17, 18), Psychological Health (5, 6, 7, 11, 19, 26), Social Relations (20, 21, 22) and Environment (8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, 25). This scale has no total score. Each section and domain scores a maximum of 20 points or 100 points. Since the development of the WHOQOL-BREF was a multinational project based on a cross-culturally sensitive concept, it is suitable for use by different nationalities (23). Turkish adaptation studies of WHOQOL-BREF were conducted by Eser, Fidaner (24). In the Turkish adaptation of the scale, there is one more question about the environment, and it includes 27 questions in total. Cronbach Alpha internal consistency coefficients

of the scale were obtained as 0.76 for physical quality of life, 0.67 for psychological quality of life, 0.56 for social quality of life, and 0.74 for environmental quality of life (24). In this study, Cronbach's alpha internal consistency coefficients of the scale were obtained as general health (0.58), physical quality of life 0.71, psychological quality of life 0.73, social quality of life 0.54, and environmental quality of life 0.79.

2.4. Data Evaluation

Statistical analysis of the data obtained was performed with the SPSS 25.0 program. In descriptive analyses, frequency, percentage distribution, and mean \pm standard deviation were calculated to provide information about the general characteristics of the participants. Whether the scale score

s, which are quantitative variables, have a normal distribution was evaluated using the Kolmogorov-Smirnov test. Independent samples t-test was used for comparisons between groups. Analysis of Variance (ANOVA) was used to analyze variables with more than two categories. The relationship between the CFPPS, Brief Resilience Scale, and WHOQOL-BREF (Tr) (World Health Organization Quality of Life Scale-Short Form) was calculated by correlation analysis. Significance was evaluated at the $p < .05$ level.

2.5. Ethic

Permission dated 2022/09 and numbered 2022/040 was obtained from ***** University Drug and Non-Medical Device Research Ethics Committee for the conduct of the research. Individuals who agreed to participate in the study were given detailed information about the study and their written informed consent was obtained. Permission was obtained from the authors of CFPPS (20), BRS (22), and WHOQOL-BREF (Tr) (24) via e-mail.

3. RESULTS

Table 1 shows the relationship between the socio-demographic characteristics of the participants and their mean CFPPS scores. The mean age of the

individuals participating in the study was 20.74 ± 1.81 years. In terms of gender, the mean CFPPS score of female participants ($X=39.62$, $SD=11.50$) was significantly higher than that of males ($X=34.75$, $SD=10.80$) ($p < 0.001$). No significant difference was found in terms of employment status, income level, and place of residence ($p > 0.05$). No significant relationship was observed between the desire to have children in the future and CFPPS scores ($p > 0.05$). The mean score of those who preferred vaginal delivery ($X = 37.07$, $SD = 11.24$) was significantly lower than that of those who preferred cesarean section ($X = 41.42$, $SD = 11.96$) ($p < 0.001$). Participants who heard negative birth memories ($X = 39.19$, $SD = 11.59$) scored higher than those who did not ($X = 37.16$, $SD = 11.38$) ($p = 0.029$). These findings suggest that socio-demographic characteristics may have significant effects on CFPPS scores (Table 1).

Table 2 shows the participants' mean scores for the CFPPS, BRS, and WHOQOL-BREF scale sub-dimensions. The mean CFPPS score of the participants was 37.81 ($SD = 11.48$). The mean score of the participants on the Brief Resilience Scale was 19.45 ($SD = 4.83$). Considering the sub-dimensions of the WHOQOL-BREF scale, the mean score for general health was 61.67 ($SD = 19.46$), the mean score for physical health was 64.72 ($SD = 16.53$), and the mean score for psychological health was 59.65 ($SD = 17.55$). The mean score was 64.30 ($SD = 21.11$) in the social relations sub-dimension and 63.68 ($SD = 17.19$) in the environment sub-dimension (Table 2).

When Table 3 is examined, a significant difference was observed in the brief resilience scale scores between male and female participants in terms of gender ($p = 0.669$). The mean score of female participants ($\bar{X} = 17.73 \pm 2.82$) was lower than the mean score of male participants ($\bar{X} = 17.82 \pm 3.00$). In terms of employment status, there was a significant difference in psychological resilience scores between employed and unemployed participants ($p = 0.605$). The score of the employed participants ($\bar{X} = 17.88 \pm 2.94$) was higher than the score of the non-employed participants ($\bar{X} = 17.74 \pm 2.87$). In terms of income level, there was no significant difference in psychological

resilience scores between low, middle, and high income groups ($p = .060$). No significant difference was observed in the comparison made in terms of place of residence (province or district) ($p = .717$). There was no significant difference between the psychological resilience scores in terms of the thought of having children in the future ($p = .932$). No significant difference was found between the psychological resilience

scores in terms of the type of birth of the future spouse (vaginal delivery or cesarean section) ($p = .392$). A significant relationship was observed between having negative birth memories and psychological resilience scores ($p = .076$). Having negative birth memories was determined as an effective factor in the psychological resilience scores of the participants (Table 3).

Table 1. Comparison of participants' sociodemographic characteristics and mean CFPPS scores (n=696), Konya-2020

Sociodemographic characteristics	n (%)	X±SD	Test-p
Sex			
Female	438 (62.9)	39.62±11.50	t=5.511 p<0.001
Male	258 (37.1)	34.75±10.80	
Employment status			
Yes	126 (18.1)	36.62±10.73	t=1.287 p=0.199
No	570 (81.9)	38.08±11.63	
Income level			
Low	102 (14.7)	36.16±11.85	F=1.792 P=0.167
Middle	444 (63.8)	37.81±11.14	
High	150 (21.6)	38.95±12.14	
Place of residence			
Province	609(87.5)	37.50±11.59	t=1.899 p=0.58
District	87 (12.5)	40.00±10.45	
Having children in the future			
Yes	601 (86.4)	37.70±11.09	t=0.647 p= 0.518
No	95 (13.6)	38.52±13.72	
Future partner's/own mode of delivery			
Vaginal Birth	577 (82.9)	37.07±11.24	t=3.795 p<0.001
Cesarean section	119 (17.1)	41.42±11.96	
Hearing negative birth memories			
Yes	224 (32.2)	39.19±11.59	t=2.188 p=0.029
No	472 (67.8)	37.16±11.38	

*N: Number; %: Percentage; X: Mean; SD: Standard Deviation; t: Independent t test; F: Anova F-test

Table 2. Mean scores of participants in CFPPS, BRS, and WHOQOL-BREF subscales (n=696),Konya-2020

Scale	X±SD	Min-Max score values that can be obtained	Min-Max score values received
CFPPS	37.81±11.48	10-60	10-60
BRS	17.76±2.89	6-30	6-30
WHOQOL-BREF-General Health	61.67±19.46	2-10	2-10
WHOQOL-BREF-Physical Health	64.72±16.53	7-35	7-35
WHOQOL-BREF-Psychological Health	59.65±17.55	6-30	7-30
WHOQOL-BREF-Social Relationships	64.30±21.11	3-15	3-15
WHOQOL-BREF-Environment	63.68±17.19	8-40	8-40

*X: Mean; SD: Standard Deviation

Table 3. Comparison of participants' socio-demographic characteristics and mean BRS scores (n=696, Konya-2020)

Sociodemographic characteristics	n (%)	X±SD	Test-p
Sex			
Female	438(62.9)	17.73±2.82	t:0.428
Male	258(37.1)	17.82±3.00	p=0.669
Employment status			
Yes	126(18.1)	17.88±2.94	t:0.517
No	570(81.9)	17.74±2.87	p=0.605
Income level			
Low	102(14.7)	17.43±3.01	F:2.818
Middle	444(63.8)	17.68±2.79	p=0.060
High	150(21.6)	18.23±3.03	
Place of residence			
Province	609(87.5)	17.75±2.94	t:0.363
District	87(12.5)	17.87±2.47	p=0.717
Having children in the future			
Yes	601(86.4)	17.77±2.90	t:0.085
No	95(13.6)	17.74±2.77	p=0.932
Future partner's/own mode of delivery	577(82.9)	17.72±2.88	t:0.856
Vaginal Birth	119(17.1)	17.97±2.91	p=0.392
Cesarean section			
Hearing negative birth memories			
Yes	224(32.2)	17.48±2.60	t:1.775
No	472(67.8)	17.90±3.00	p=0.076

*N: Number; %: Percentage; X: Mean; SD: Standard Deviation; t: Independent t test; F: Anova F-test

Table 4 compares the sociodemographic characteristics of the participants and the mean scores of the WHOQOL-BREF scale sub-dimensions. In terms of gender, the general health score of female participants ($\bar{X} = 60.38 \pm 18.59$) was significantly lower than that of male participants ($\bar{X} = 63.85 \pm 20.73$) ($p = .023$). In the dimensions of physical health, psychological health, and social relationships, male participants scored higher than female participants (p values respectively: $p < .001$; $p < .001$; $p = .059$). In terms of employment status, employed participants had significantly higher scores in general health ($\bar{X} = 63.19 \pm 22.20$), physical health ($\bar{X} = 66.41 \pm 15.39$), psychological health ($\bar{X} = 63.22 \pm 16.80$) and social relationships ($\bar{X} = 67.46 \pm 21.76$) sub-dimensions compared to non-employed participants ($p = .333$; $p = .207$; $p = .012$; $p = .064$). Significant differences were found between income level and WHOQOL-BREF scale sub-dimensions. The overall health score of the participants in the low-income group

($\bar{X} = 55.39 \pm 22.83$) was significantly lower than that of the middle ($\bar{X} = 61.14 \pm 17.76$) and high-income group ($\bar{X} = 67.50 \pm 20.37$) ($p < .001$). Similarly, a significant relationship was observed with income level in other sub-dimensions. In terms of place of residence, social relations ($\bar{X} = 64.95 \pm 21.17$) and environment scores ($\bar{X} = 64.31 \pm 17.02$) of participants living in the province were higher than those living in the district ($\bar{X} = 59.77 \pm 20.34$; $\bar{X} = 59.26 \pm 17.87$) ($p = .032$; $p = .010$). In terms of the thought of having children in the future, participants who planned to have children had higher levels of general health ($\bar{X} = 62.54 \pm 19.01$), physical health ($\bar{X} = 65.49 \pm 16.08$), psychological health ($\bar{X} = 60.31 \pm 17.05$), social relationships ($\bar{X} = 65.33 \pm 20.53$) and environment scores ($\bar{X} = 64.14 \pm 16.76$) significantly higher than the participants who did not plan to have children in the future (p values respectively: $p = .003$; $p = .002$; $p = .013$; $p = .001$; $p = .075$). There was no significant difference between the scores in terms of the

mode of delivery of the future partner (vaginal delivery or cesarean section) ($p>0.05$). Finally, a significant difference was observed between having negative birth memories and WHOQOL-BREF scale sub-dimensions. The general health score of the participants who had negative birth

memories ($\bar{X} = 58.81 \pm 18.76$) was significantly lower than the participants who did not have negative birth memories ($\bar{X} = 63.02 \pm 19.67$) ($p = .008$). A significant difference was also observed between physical health scores and environmental scores ($p: 0.010$; $p = .034$), (Table 4).

Table 4. Comparison of sociodemographic characteristics of the participants and mean scores of WHOQOL-BREF subscales (n=696), Konya 2020

X±SD	General Health	Physical health	Psychological health	Social relations	Environment
Sex					
Female	60.38±18.59	63.20±16.49	57.62±17.18	63.14±20.66	63.25±16.68
Male	63.85±20.73	67.31±16.34	63.09±17.70	66.27±21.80	64.40±18.05
t/p	t:2.276 p=0.023	t:3.190 p<0.001	t:4.010 p<0.001	t:1.892 p:0.059	t:0.848 p:0.397
Employment status					
Yes	63.19±22.20	66.41±15.39	63.22±16.80	67.46±21.76	64.58±17.81
No	61.33±18.82	64.35±16.78	58.86±17.64	63.61±20.94	63.48±17.07
t/p	t:0.968 p:0.333	t:1.263 p:0.207	t:2.532 p:0.012	t:1.854 p:0.064	t:0.650 p:0.516
Income level					
Low	55.39±22.83	60.39±17.96	55.43±18.39	60.13±23.53	54.44±20.44
Middle	61.14±17.76	64.51±15.62	59.14±17.05	62.16±20.46	62.72±15.58
High	67.50±20.37	68.28±17.51	64.02±17.67	73.50±18.74	72.79±15.17
F/p	F:12.586 p<0.001	F:7.115 p<0.001	F:7.935 p<0.001	F:19.453 p<0.001	F:40.574 p<0.001
Place of residence					
Province	61.78±19.44	65.07±16.36	59.72±17.64	64.95±21.17	64.31±17.02
District	60.91±19.79	62.27±17.67	59.19±17.07	59.77±20.34	59.26±17.87
t/p	t:0.386 p:0.700	t:1.479 p:0.140	t:0.262 p:0.794	t:2.147 p:0.032	t:2.568 p:0.010
Having children in the future					
Yes	62.54±19.01	65.49±16.08	60.31±17.05	65.33±20.53	64.14±16.76
No	56.18±21.48	59.88±18.59	55.48±20.08	57.80±23.65	60.75±19.62
t/p	t:2.973 p:0.003	t:3.086 p:0.002	t:2.502 p:0.013	t:3.249 p:0.001	t:1.786 p:0.075
Future partner's/ own mode of delivery					
Vaginal Birth	62.13±19.02	65.26±16.60	59.90±17.57	64.29±20.68	63.62±17.14
Cesarean section	59.45±21.46	62.12±16.08	58.43±17.53	64.35±23.29	63.97±17.54
t/p	t:1.367 p:0.172	t:1.887 p:0.060	t:0.831 p:0.406	t:0.027 p:0.978	t:0.202 p:0.840
Hearing negative birth memories					
Yes	58.81±18.76	62.37±16.68	57.81±17.18	62.46±21.43	61.67±17.50
No	63.02±19.67	65.84±16.38	60.53±17.68	65.18±20.95	64.63±16.99
t/p	t:2.678 p:0.008	t:2.597 p:0.010	t:1.912 p:0.056	t:1.589 p:0.113	t:2.122 p:0.034

*N: Number; %: Percentage; X: Mean; SD: Standard Deviation; t: Independent t test; F: Anova F-test

Table 5. The relationship between CFPPS, BRS, and WHOQOL-BREF sub-scale mean scores of the participants (n= 696), Konya-2020

Scale	1	2	3	4	5	6	7
CFPPS	—						
BRS	.128**	—					
WHOQOL-BREF-General Health	.039	.141**	—				
WHOQOL-BREF-Physical Health	-.057	.058	.478**	—			
WHOQOL-BREF-Psychological Health	-.060	.090**	.515**	.600**	—		
WHOQOL-BREF-Social Relationships	-.029	.055	.311**	.469**	.521**	—	
WHOQOL-BREF-Environment	-.009	.163**	.547**	.602**	.601**	.523**	—

*N = 696; p < .01.

There is a significant positive correlation between CFPPS and BRS ($r = .128, p < .01$). There is a very low level, positive but non-significant relationship between CFPPS and WHOQOL-BREF - General Health ($r = .039, p > .05$); a low level, negative but non-significant relationship between WHOQOL-BREF - Physical Health ($r = -.057, p > .05$); a low level, negative significant relationship between WHOQOL-BREF - Psychological Health ($r = -.060, p < .01$); a very low level negative but not significant relationship between WHOQOL-BREF - Social Relationships ($r = -.029, p > .05$); a very low level negative but not significant relationship between WHOQOL-BREF - Environment ($r = -.009, p > .05$), (Table 5).

4. DISCUSSION

This study was conducted to evaluate the effects of fear of childbirth experienced before pregnancy on individuals' quality of life and psychological resilience. The findings of the study show that the mean CFPPS scores of the participants are affected by various factors such as gender, future mode of delivery of self/partner, and negative birth memories; the psychological resilience levels of the participants are related to factors such as income level and negative birth memories; and the quality of life of the participants is affected by factors such as gender, employment status, income level, place of residence, future childbearing, and negative birth memories.

According to our study findings, the mean CFPPS score of female students was 39.62 ± 11.50 , the mean CFPPS score of male students was 34.75 ± 10.80 and the difference between the mean scores was statistically significant ($p = 0.0001$). In the literature, studies using the pre-pregnancy fear of childbirth scale to determine fear of childbirth were examined; Hildingsson, Rubertsson (25) reported that the mean total score of the scale was 38.42 ± 28.49 in their study with women of childbearing age, and, Swift, Gottfredsdottir (26) reported that the mean total score of the scale was 35.76 ± 9.53 in their study with female university students. In a study conducted by Gür, Uzun Özer (27), the mean CFPPS total score of women was 40.25 ± 11.04 and that of men was 33.83 ± 9.76 , and the difference between the mean CFPPS scores of the participants was reported to be statistically significant ($p = 0.0001$). Yüksel, Kışla (28) in their study, midwifery students reported a mean CFPPS score of 35.03 ± 9.19 (28). In a study by Kaymaz and Aktaş (29), the mean total score of women on the WCF-PPS was 37.86 ± 11.03 and the mean total score of men on the MCF-PPS was 35.54 ± 10.03 . Avcıbay, Köroğlu (30) reported that the mean score of the WCF-PPS was 40.58 ± 9.61 and the mean score of the MCF-PPS was 34.89 ± 9.88 , that women had higher levels of fear of childbirth and that there was a difference between the mean scale scores according to gender ($p = .001$). In a study conducted by Güleç Satır (31), the mean total score of the students on the WCF-PPS was reported as 41.7 ± 8.3 . In another study conducted with university students, the mean pre-pregnancy

fear of childbirth scores of young people were found to be 36.89 ± 9.26 for females and 31.50 ± 7.26 for males (32). When the mean scores of fear of childbirth before pregnancy were compared, it was stated that the difference between the mean scores of fear of childbirth of young women and men was significant ($p < 0.001$). Žigić Antić, Nakić Radoš (33) 25.9% of the universities operating in the year reported fear of childbirth at a clinical level. It is known that the fear of childbirth kills approximately one in four young female students who have never been pregnant (33). All these results; shows that young women and men who plan to have children in the future experience fear of childbirth even before pregnancy.

Studies have focused on examining the attitudes towards birth of young women and men who want to have children in the future (34-36), and it has been shown that there is a positive relationship between the fear of childbirth experienced by young women and men and the interventions to be performed at their discretion, such as cesarean section during birth (35, 36). It is known that the fear of childbirth experienced during the pre-pregnancy period is effective in individuals' birth type preferences (37). According to our study findings, a statistically significant difference was detected between the participants' future birth preferences and their CFPPS score averages ($p = 0.0001$). It was determined that the majority of individuals participating in the study considered normal birth. Similar to our study findings, (31) reported in his study that 67.7% of the students stated that they wanted to have a normal birth, and a significant relationship was found between the students' fear of birth and birth preferences ($p < 0.05$). Gür, Uzun Özer (27) reported in their study that there was a statistically significant difference between participants' future birth preferences and CFPPS mean scores ($p = 0.0001$). It has also been stated that the majority of women and men prefer normal birth in the future. Avcıbay, Köroğlu (30) report in their study that the majority of young people stated that they would prefer vaginal birth in the future. In the study of Aksu and Özsoy (38), 88.1% of nursing and midwifery students, Aydoğdu et al. (2018)

study, 80.7%, Tektaş ve ark. (2018) study, 87.7% preferred normal birth. In their study by Kaymaz and Aktaş (29), it was determined that 84.9% of young women wanted to have a normal birth in the future, while 94.0% of young men wanted their husbands to have a normal birth in the future. In his qualitative study, Bilgin (39) reported that the majority of women who are young nurse candidates prefer normal birth.

Fear of childbirth in women is generally common in nulliparous women who will become mothers for the first time (8). It is known that nulliparous women tend to experience a higher level of fear of birth compared to multiparous women (40). According to our study findings, the CFPPS mean score of the participants who had negative birth memories ($M=39.19$, $SD=11.59$) was found to be higher ($p=0.029$) than those who did not ($M=37.16$, $SD=11.38$). It has been stated that women who have no birth experience, who hear negative birth stories from their environment, or who have had negative birth experiences in the past have higher levels of fear (41). Avcıbay, Köroğlu (30) listened to negative birth stories and it was determined that women's fear of childbirth was a predictive factors. In the study conducted by Yüksel, Kışla (28), it was stated that there was a significant difference between the negative birth events of midwifery students and CFPPS. Our study findings are similar to the literature.

According to our study findings, the mean BRS score of the participants was found to be 19.45 ($SD = 4.83$) at a moderate level. The mean score of female participants ($\bar{X} = 17.73 \pm 2.82$) was found to be lower than the mean score of male participants ($\bar{X} = 17.82 \pm 3.00$); However, it was observed that the difference was not statistically significant. In addition, characteristics such as income level and negative birth memory were found to be effective in psychological resilience. Similar to our study findings (42) reported that the average BRS score of the students was 15.29 ± 4.00 . In the studies of Gezgin Yazıcı and Ökten (43), the mean scores of the BRS were reported as 17.02 ± 4.15 . According to the results of different studies conducted with university students in the literature, the psychological resilience score of

the students was found to be above the medium and medium level (44-46). Similar to our study findings, Aydın and Egemberdiyeva (45) found that the mean scores of BRS level of female students (\bar{X} = 18.54; SD = 4.39) and the mean scores of the BRS level of male students (\bar{X} = 18.96; SD = 5.03) was not statistically significant ($t=.57$; $p>.05$). Studies show that there is no significant difference between the mean BRS scores according to the gender variable (45, 47, 48). The findings of the study are similar to the literature. Considering that the responsibilities of men and women are generally at similar levels today, this may eliminate the impact of gender roles on psychological resilience. From this perspective, it can be concluded that gender roles do not have a significant effect on psychological resilience.

According to our study findings, when the sub-dimensions of the WHOQOL-BREF scale were examined, the mean general health score was 61.67 (SD = 19.46), the mean physical health score was 64.72 (SD = 16.53) and the mean psychological health score was 59.65 (SD = 17.55). The mean score was 64.30 (SD = 21.11) in the social relations sub-dimension and 63.68 (SD = 17.19) in the environment sub-dimension. The findings of the study are similar to the literature (49, 50). In our study, the characteristics of the general health and physical health sub-dimension such as gender, income level, thought of having children in the future and negative birth memory, gender, employment status, income level, and the thought of having children in the future, income level of the psychological health sub-dimension, income level of the social relations sub-dimension, place of residence and the thought of having children in the future, and the income level of the environment sub-dimension, It was determined that characteristics such as the place of residence and negative birth memory were related. In a study conducted with the quality of life scale, a significant increase was observed in the physical area, mental area, and environmental area scores as the grade levels of the students increased ($p<0.001$, $p=0.025$, and $p<0.001$, respectively). The gender variable, on the other hand, showed a

significant relationship only with environmental area scores; In this context, it was determined that the mean environmental area score of women was higher than that of men ($p=0.002$)(51).

The effects of fear of childbirth on psychological health are frequently examined in the literature. For example, Kılıç and Yılmaz (2022) examined the relationship between fear of childbirth and psychosocial health in primiparous pregnant women and found that decreased fear of childbirth increased psychosocial health levels (52). This finding suggests that fear of childbirth may have negative effects on psychological resilience. Therefore, managing fear of childbirth may be a supportive factor for women's psychological resilience. On the other hand, the effect of psychological resilience on fear of childbirth should also be considered. Psychological resilience may contribute to the reduction of fear of childbirth by improving individuals' ability to cope with stressful situations. Kaya and Yağan's (2022) study revealed that psychological resilience plays a mediating role in the relationship between coping through humor and psychological well-being (53). This suggests that psychological resilience may be an important factor in coping with stressful experiences such as fear of childbirth. When the study findings were analyzed, it was observed that there was a significant positive correlation between CFPPS and BRS ($r = .128$, $p < .01$). The finding of a significant positive correlation between CFPPS and BRS in our study reveals a different result from previous studies on the relationship between fear of childbirth and psychological resilience. This difference may be primarily due to the sample characteristics; because individuals' sociodemographic structures, pregnancy experiences and psychological characteristics may affect the way they perceive and manage fear of childbirth. In addition, the content of the scales used and how they were understood by the participants may also be determinative of the results; for example, while the BRS assessed only the capacity to cope with stress, psychological resilience may have been addressed in a broader framework in some studies. In addition, fear of childbirth may

be seen not only as a negative experience but also as a process that increases an individual's preparedness and awareness; individuals who are more psychologically resilient may cope more effectively with fear of childbirth by considering it as a manageable source of stress. Cultural and environmental factors may also play an important role in this relationship; in some societies, fear of childbirth may be transformed into an experience that increases psychological resilience through mechanisms such as health services, family support, and educational programs. Therefore, the findings of your study suggest that the effect of fear of childbirth on psychological resilience is not unidirectional and may vary depending on the individual's coping mechanisms and perception.

This study highlights the effects of fear of pre-pregnancy childbirth on women's quality of life and psychological resilience and reveals that more research is needed in this area.

5. CONCLUSION AND RECOMMENDATIONS

This study makes contributions to the literature by revealing the effects of fear of pre-pregnancy birth on the psychological resilience and quality of life of individuals on birth preferences. In particular, it is recommended to plan training programs to reduce the fear of childbirth and to carry out social awareness activities to reduce negative birth memories. In addition, it is thought that strengthening interventions that increase the level of psychological resilience and strengthening social support will be effective in improving the quality of life of individuals. In future research, the generalizability of the findings can be increased by studying larger samples and different cultural contexts.

REFERENCES

1. Kapısız Ö, Karaca A, Özkan FS, Savaş HG. Hemşirelik öğrencilerinin doğum algısı. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 2017;7(3):156-60.
2. Nilsson C, Hessman E, Sjöblom H, Dencker A, Jangsten E, Mollberg M, et al. Definitions, measurements and prevalence of fear of childbirth: a systematic review. *BMC pregnancy and childbirth*. 2018;18:1-15.
3. Wigert H, Nilsson C, Dencker A, Begley C, Jangsten E,

- Sparud-Lundin C, et al. Women's experiences of fear of childbirth: a metasynthesis of qualitative studies. *International journal of qualitative studies on health and well-being*. 2020;15(1):1704484.
4. Hosseini Tabaghdehi M, Kollahdozan S, Keramat A, Shahhossein Z, Moosazadeh M, Motaghi Z. Prevalence and factors affecting the negative childbirth experiences: a systematic review. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*. 2020;33(22):3849-56.
5. Viirman F, Hesselman S, Poromaa IS, Svanberg AS, Wikman A. Overall childbirth experience: what does it mean? A comparison between an overall childbirth experience rating and the Childbirth Experience Questionnaire 2. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2023;23(1):176.
6. Güleç D. Hemşirelik öğrencilerinde doğum ve ebeveynliğe hazırlık dersinin doğum korkusu ve travmatik doğum algısına etkisi. *Yükseköğretim ve Bilim Dergisi*. 2020;10(3):423-8.
7. Poggi L, Goutaudier N, Séjourné N, Chabrol H. When fear of childbirth is pathological: the fear continuum. *Maternal and child health journal*. 2018;22:772-8.
8. Bilge Ç, Dönmez S, Olgaç Z, Pirinççi F. Gebelikte doğum korkusu ve etkileyen faktörler: Sağlık Bilimlerinde Değer. 2022;12(2):330-5.
9. Akın B, Yeşil Y, Yücel U, Boyacı B. Doğum Öncesi Eğitim Sınıflarında Verilen Eğitimin Gebelerin Doğum Korku Düzeyi Üzerine Etkisi. *Life Sciences*. 2018;13(2):11-20.
10. Özçetin YSÜ, Erkan M. Yüksek riskli gebelerde psikolojik sağlamlık, algılanan stres ve psikososyal sağlık. *Cukurova Medical Journal*. 2019;44(3):1017-26.
11. İşcan G, İşcan SC, Koç EM, Karçaaltuncaba D. Sosyodemografik ve obstetrik özelliklerin gebelik depresyonuna etkisi. *Medical Journal of Süleyman Demirel University*. 2018;25(4):429-35.
12. Kanbur A, Koç Ö. Gebelerde doğum korkusu düzeyi ve ilişkili değişkenlerin incelenmesi. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi*. 2023;13(1):188-95.
13. Stoll K, Hall W, Janssen P, Carty E. Why are young Canadians afraid of birth? A survey study of childbirth fear and birth preferences among Canadian University students. *Midwifery*. 2014;30(2):220-6.
14. Weeks FH, Sadler M, Stoll K. Preference for caesarean and attitudes toward birth in a Chilean sample of young adults. *Women and Birth*. 2020;33(2):e159-e65.
15. Nystedt A, Hildingsson I. Women's and men's negative experience of child birth-A cross-sectional survey. *Women Birth*. 2018;31(2):103-9.
16. Gür YE, Uzun Özer B, Ejder Apay S. Çocuksuz Bireylerde Gebelik Öncesi Doğum Korkusu: Tanımlayıcı-Kesitsel Çalışma. *Türkiye Klinikleri Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2021;7(2):412-9.
17. Alibekiroğlu PB, Akbaş T, Ateş FB, Kırdök O. Üniversite Öğrencilerinde Yaşam Doyumu İle Psikolojik Sağlamlık Arasındaki İlişkide Öz Anlayışın Aracı Etkisi. *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 2018;27(2):1-17.
18. Demşar K, Svetina M, Verdenik I, Tul N, Blickstein I, Globevnik Velikonja V. Tokophobia (fear of childbirth): prevalence and risk factors. *J Perinat Med*. 2018;46(2):151-4.

19. Stoll K, Hauck Y, Downe S, Edmonds J, Gross MM, Malott A, et al. Cross-cultural development and psychometric evaluation of a measure to assess fear of childbirth prior to pregnancy. *Sex Reprod Healthc.* 2016;8:49-54.
20. Uçar T, Taşhan ST. Gebelik öncesi doğum korkusu ölçeğinin Türkçe uyarlaması: kadın ve erkeklerde geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi.* 2018(3):289-96.
21. Smith BW, Dalen J, Wiggins K, Tooley E, Christopher P, Bernard J. The brief resilience scale: assessing the ability to bounce back. *Int J Behav Med.* 2008;15(3):194-200.
22. Doğan T. Kısa psikolojik sağlamlık ölçeği'nin Türkçe uyarlaması: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *The Journal of Happiness & Well-Being.* 2015;3(1):93-102.
23. Skevington SM, Lotfy M, O'Connell KA. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. *Qual Life Res.* 2004;13(2):299-310.
24. Eser E, Fidaner H, Fidaner C, Eser SY, Elbi H, Göker E. WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF'in psikometrik özellikleri. *Psiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi.* 1999;7(Suppl 2):23-40.
25. Hildingsson I, Rubertsson C, Karlström A, Haines H. Exploring the Fear of Birth Scale in a mixed population of women of childbearing age-A Swedish pilot study. *Women Birth.* 2018;31(5):407-13.
26. Swift EM, Gottfredsdottir H, Zoega H, Gross MM, Stoll K. Opting for natural birth: A survey of birth intentions among young Icelandic women. *Sex Reprod Healthc.* 2017;11:41-6.
27. Gür EY, Uzun Özer B, Ejder Apay S. Çocuksuz Bireylerde Gebelik Öncesi Doğum Korkusu: Tanımlayıcı-Kesitsel Çalışma. *Türkiye Klinikleri Journal of Health Sciences/Türkiye Klinikleri Sağlık Bilimleri Dergisi.* 2022;7(2).
28. Yüksel E, Kışla B, Kılınç D, Çakmak N, Oran N. Doğum Eylemine Katılmış Olmak Ebelik Öğrencilerinin Doğum Korkusu Düzeylerini Etkiler Mi? *Balikesir Sağlık Bilimleri Dergisi.* 2023;12(3):560-70.
29. Kaymaz SS, Aktaş D. Gençlerde Gebelik Öncesi Doğum Korkusu ve Etkileyen Risk Faktörlerinin İncelenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi.* 2024;11(3):249-56.
30. Avcıbay B, Köroğlu CO, Yamurluklu SB, Sürücü ŞG. Ebelik ve Hemşirelik Öğrencilerinin Gebelik Öncesi Doğum Korkularını Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi.* 2021;14(4):413-22.
31. Güleç Satır D. Hemşirelik öğrencilerinde doğum ve ebeveynliğe hazırlık dersinin doğum korkusu ve travmatik doğum algısına etkisi. *Yükseköğretim ve Bilim Dergisi.* 2020;10(3):423-8.
32. Beygmohammadigharehsaghghal N, Kanbur A. Kadın ve Erkek Üniversite Öğrencilerinde Gebelik Öncesi Doğum Korkusu Düzeylerinin Belirlenmesi: Tanımlayıcı ve Karşılaştırmalı Bir Çalışma. *Artuklu International Journal of Health Sciences.* 2023;3(2):211-7.
33. Žigić Antić L, Nakić Radoš S, Jokić-Begić N. Are non-pregnant women afraid of childbirth? Prevalence and predictors of fear of childbirth in students. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2019;40(3):226-31.
34. Bergström M, Rudman A, Waldenström U, Kieler H. Fear of childbirth in expectant fathers, subsequent childbirth experience and impact of antenatal education: subanalysis of results from a randomized controlled trial. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica.* 2013;92(8):967-73.
35. Stoll K, Hall W, Janssen P, Carty E. Why are young Canadians afraid of birth? A survey study of childbirth fear and birth preferences among Canadian University students. *Midwifery.* 2014;30(2):220-6.
36. Stoll K, Hall WA. Attitudes and preferences of young women with low and high fear of childbirth. *Qualitative health research.* 2013;23(11):1495-505.
37. Bıyık İ, Aslan MM. Gebelikte eğitimin doğum korkusu ve sezaryen oranlarına etkisi. *Kocaeli Tıp Dergisi.* 2020;9(2):77-82.
38. Aksu H, Özsoy S. Ebelik ve hemşirelik öğrencilerinin doğum şekli tercihleri ve etkileyen faktörler. *Sağlık Bilimleri Dergisi.* 2015;24(1):44-8.
39. Bilgin NÇ. Hemşirelik öğrencilerinin doğuma ilişkin algıları: nitel bir çalışma. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi.* 2020;10(3):348-56.
40. Räisänen S, Lehto SM, Nielsen HS, Gissler M, Kramer MR, Heinonen S. Risk factors for and perinatal outcomes of major depression during pregnancy: a population-based analysis during 2002–2010 in Finland. *BMJ open.* 2014;4(11):e004883.
41. Serçekuş P, Vardar O, Özkan S. Fear of childbirth among pregnant women and their partners in Turkey. *Sexual & Reproductive Healthcare.* 2020;24:100501.
42. Polat S. Üniversite öğrencilerinin ruh sağlığı okuryazarlığı ve psikolojik sağlamlık düzeylerinin değerlendirilmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi.* 2023;12(1):118-26.
43. Gezgin Yazıcı H, Ökten Ç. Türkiye'de Kahramanmaraş Depremi'nden Sonra Hemşirelik Öğrencilerinde Yaşanan Travmatik Stres Belirtileri, Fiziksel Belirtiler ve Psikolojik Sağlamlık. *Uluslararası Sosyal Hizmet Araştırmaları Dergisi.* 2024;4(1):3-11.
44. Yiğitbaş Ç, Ağçay BÇ, Erdoğan Y, Taş Z, Özdemir DH, Gökçe TG, et al. Hemşirelik öğrencilerinde psikolojik dayanıklılık. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi.* 2018;5(3):220-5.
45. Aydın M, Egemberdiyeva A. Üniversite öğrencilerinin psikolojik sağlamlık düzeylerinin incelenmesi. *Türkiye Eğitim Dergisi.* 2018;3(1):37-53.
46. Ertekin Pinar S, Yildirim G, Sayin N. Investigating the psychological resilience, self-confidence and problem-solving skills of midwife candidates. *Nurse Education Today.* 2018;64:144-9.
47. Aydoğdu SGM, Uzun B, Özsoy Ü. Ebelik öğrencilerinin normal vajinal doğum yapma konusundaki görüşleri. *Androl Bul.* 2018;20:78-84.
48. Bolat Z. Üniversite Öğrencilerinin Psikolojik Sağlamlıkları ile Öz-Anlayışları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: Necmettin Erbakan University (Turkey); 2013.
49. Tokar B, & Kalıpçı, M. B. . Üniversite Öğrencilerinin Yaşam

- Kalitesinin Değerlendirilmesi: Akdeniz Üniversitesi Örneği. OPUS International Journal of Society Researches. 2021;18(39):405-30.*
50. Li G, Wang G, Hsu F-C, Xu J, Pei X, Zhao B, et al. *Effects of depression, anxiety, stigma, and disclosure on health-related quality of life among chronic hepatitis B patients in Dalian, China. The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene. 2020;102(5):988.*
51. Telatar TG, Üner S. *Hemşirelik Öğrencilerinin Yaşam Kalitelerinin ve Algılanan Sosyal Destek Düzeylerinin Belirlenmesi ve Yaşam Kalitesi ile İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi. Türkiye Klinikleri Sağlık Bilimleri Dergisi. 2020;5:128-34.*
52. Kılıç S, Yılmaz S. *The relationship between the psychosocial health status of primiparous pregnant women and fear of childbirth. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care. 2022;16(2):412-21.*
53. Kaya Z, Yağan F. *The mediating role of psychological resilience in the relationship between coping humour and psychological well-being. Journal of Theoretical Educational Science. 2022;15(1):146-68.*

Hemşirelerin Menstrual Kap Kullanımına Yönelik Bilgi, Tutum ve Davranışları

Knowledge, Attitudes, and Behaviors of Nurses Towards Menstrual Cup Use

Merve TUNCER¹, Elifnur GÜNEŞ²

ÖZ

Bu çalışma, hemşirelerin menstrual kaplara ilişkin bilgi, tutum ve davranışlarını incelemektedir. Araştırmaya katılan 201 hemşirenin %79,6'sı menstrual kapları bildiğini, ancak yalnızca %10'unun kullandığını belirtmiştir. Menstrual kap kullanan hemşirelerin %65'i üründen memnuniyet bildirmiş, %85'i herhangi bir yan etki yaşamadığını ifade etmiştir. Katılımcıların %64,2'si menstrual kapların çevre dostu olduğunu, %60,7'si ise maliyet açısından avantajlı olduğunu düşünmektedir. Bununla birlikte, hemşirelerin %51,2'si menstrual kapların güvenliği konusunda kararsızlık bildirmiştir. Kullanım oranlarının düşük olmasının başlıca nedeni, kapların takılıp çıkarılmasında yaşanan zorluk olarak belirtilmiştir (%65,4). Menstrual kap kullananlarda kullanmayanlara göre ürünü daha güvenli ($p<0.001$) ve maliyeti düşük ($p=0.003$) olarak algıladığı belirlenmiştir. Çalışma bulguları, hemşirelerin menstrual hijyen ürünlerine yönelik bilgi düzeylerinin farklılık gösterdiğini ortaya koymaktadır.

Anahtar Kelimeler: Hemşire, kadın sağlığı, menstruasyon, menstrual kap.

Giriş

Menstrual kanama, kadınların yaşamında doğal ve normal bir biyolojik süreç olup üreme yıllarının başlangıcını işaret eder (1,2). Dünya çapında kadınlar ve genç kızlar, güvenli, etkili ve uygun maliyetli menstrual hijyen ürünlerine ihtiyaç duymaktadırlar (3). Bu ürünler arasında hijyenik ped, tampon, menstrual kap ve adet külotu gibi seçenekler bulunmaktadır. Kadınlar, mevcut kaynaklar, ekonomik durum, kültürel inançlar ve kişisel tercihlere bağlı olarak kendilerine en uygun ürünü seçerler (4,5). Ülkemizde ise hijyenik

1-Doktor Öğretim Üyesi, İstanbul Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD, İstanbul, Türkiye

E-posta: mervecaglar90@hotmail.com. ORCID: 0000-0003-2626-4170

2-Dr. Öğretim Üyesi, İzmir Demokrasi Üniversitesi

E-posta: guneselifn@gmail.com ORCID: 0000-0003-3202-5619

ABSTRACT

This study examines nurses' knowledge, attitudes, and behaviors regarding menstrual cup use. Among the 201 participating nurses, 79.6% reported being aware of menstrual cups, but only 10% stated that they had used them. Of the users, 65% expressed satisfaction with the product, and 85% reported no side effects. A total of 64.2% of the participants believed that menstrual cups are environmentally friendly, while 60.7% considered them cost-effective. However, 51.2% of the nurses expressed uncertainty about the safety of menstrual cups. The primary reason for the low usage rate was cited as difficulty in inserting and removing the cups (65.4%). Nurses who used menstrual cups perceived the product as safer ($p<0.001$) and more cost-effective ($p=0.003$) compared to those who did not. The findings indicate variability in nurses' knowledge levels regarding menstrual hygiene products.

Keywords: Nurse, menstruation, menstrual cup, women's health.

pedlerin daha yaygın bir şekilde kullanıldığı gözlemlenmiştir (6,7).

Menstrual hijyen ürünlerinden menstrual kaplar, çevre dostu, güvenli ve sürdürülebilir ürünler olarak öne çıkmaktadır. Genellikle silikon, lateks veya kauçuk gibi malzemelerden üretilen bu ürünler, yaklaşık on yıl boyunca tekrar tekrar kullanılabilir ve basit bir temizleme işlemi ile hijyen sağlanabilir (3,8). Menstrual kapların kullanımı, banyo yaparken veya yüzerken bile mümkün olduğundan kullanıcılara konfor sağlamaktadır. Ayrıca, menstrual kapların vajinal tahrişe ve döküntü oluşumuna diğer ürünlere göre daha az neden olduğu belirtilmiştir (9). Bu ürünler, tek kullanımlık hijyenik pedler ve tamponlara kıyasla çok daha az atık oluşturarak çevresel etkileri azaltmaktadır.

Menstrual kapların farklı şekil, boyut ve renk

seçenekleri sunması, kullanıcıların bireysel tercihlerini karşılamalarına olanak tanımaktadır. Bunun yanı sıra, dünyanın çeşitli bölgelerinde bu ürünlerin daha yaygın hale gelmesi, kadınların adet dönemlerindeki mahremiyet ve konfor ihtiyacını desteklemektedir. Ancak, bazı toplumlarda menstrual kapların kullanımına yönelik önyargılar ve yanlış inançlar yaygındır. Özellikle genç kızlar arasında, menstrual kapların üreme organlarına zarar verebileceği ya da vajina içinde kaybolabileceği endişesi bulunmaktadır (10,11). Ancak literatürde menstrual kapların etkili ve güvenli olduğu belirtilmektedir. Van Eijk ve ark. (3) tarafından yapılan sistematik derleme, menstrual kapların sızdırmazlık, güvenlik ve kabul edilebilirlik açısından etkili olduğunu göstermektedir. Beksinska ve ark. (8), Güney Afrika'da ergenler arasında menstrual kapların daha yaygın kullanımının gerekli olduğunu vurgulamıştır. Gharacheh ve ark. (12) İran'da yaptıkları çalışmada, kadınların menstrual kapları güvenli ve kabul edilebilir bulduklarını belirtmiştir. Kilci Erciyas ve ark. (13) Türkiye'deki kadınların menstrual kaplara ilişkin bilgi ve tutumlarını değerlendirmiş, bilgi düzeyinin düşük olduğunu ortaya koymuştur. Balkan ve Koyucu (14) ise Türkiye'de menstrual kapların çevre dostu ve ekonomik olmasına rağmen kullanım oranlarının düşük olduğunu saptamıştır.

Ülkemizde menstrual kap kullanımına ilişkin araştırmaların sınırlı olduğu ve sağlık profesyonellerinin bu konuda yeterli bilgiye sahip olmadığı görülmektedir (15). Sağlık eğitimi ve danışmanlık süreçlerinde önemli bir role sahip olan hemşirelerin, menstrual kapların tanıtımında ve kullanımına yönelik önyargıların giderilmesinde kilit bir konumda oldukları düşünülmektedir. Bu nedenle, bu çalışmanın amacı, hemşirelerin menstrual kap kullanımı konusundaki bilgi, tutum ve davranışlarını değerlendirmektir.

Araştırma Soruları:

1. Hemşirelerin menstrual kaplara yönelik bilgi düzeyi nasıldır?
2. Menstrual kaplara yönelik tutumları hangi faktörlerden etkilenmektedir?

3. Menstrual kap kullanımı hemşireler arasında ne düzeydedir ve nedenleri nelerdir?

Gereç ve Yöntem

Araştırmanın Tipi ve Örneklem

Araştırma tanımlayıcı kesitsel tipte planlandı. Araştırmanın evrenini Türkiye'de aktif olarak çalışan kadın hemşireler oluşturdu. Veriler, Google Forms aracılığıyla çevrimiçi olarak toplanmıştır. Formun e-posta grupları ve sosyal medya hemşirelik gruplarında paylaşılmasıyla ülke genelinden katılım sağlanmıştır. Örneklem hesaplamasında G*Power 3.1 programı kullanılmış ve Balkan ve Koyucu'nun (14) çalışması referans alınarak örneklem büyüklüğü belirlenmiştir. Buna göre, %95 güven aralığında, %5 hata payı, 0.5 etki büyüklüğü ve %80 güç ile 188 kişi olarak belirlendi. Çalışma, Aralık 2024-Ocak 2025 tarihleri arasında katılım kriterlerine uyan 201 hemşire ile tamamlandı.

Araştırmaya dahil etme kriterleri; 18-49 yaş arasında olma, menstüasyon gören, kadın hemşire olma, Türkçe konuşabilen konuşma bozukluğu olmayan ve iletişim kurabilme şeklinde belirlendi.

Araştırmanın bağımlı değişkenini hemşirelerin menstrual kap kullanma durumu, bağımsız değişkenlerini ise etkileyen faktörler oluşturmaktadır.

Veri Toplama Araçları

Çalışma verileri literatür doğrultusunda (11-16) araştırmacı tarafından hazırlanan anket Formu ile toplanmıştır. Formda toplam 36 soru yer almıştır. Bunlardan 17 soru, katılımcıların demografik, obstetrik ve menstüasyona ilişkin bilgilerini elde etmeye yönelik sorulardır. 19 soru ise menstrual kaba yönelik bilgi, tutum ve davranışlarını bildirmeye yönelik sorulardır.

Çalışmanın verileri çevrimiçi anket yöntemiyle toplandı. Anket formu Google Forms uygulamasına yüklendi. E-posta ve sosyal medya uygulamaları aracılığıyla katılımcılara gönderildi.

Verilerin Analizi

Çalışma verileri SPSS (Windows 22.0) paket programında değerlendirildi. Verilerin istatistik analizinde tanımlayıcı istatistikler (ortalama, standart sapma, mod, medyan, frekans, minimum, maksimum) ve tanımlayıcı testler ve ChiSquare testi kullanıldı.

Araştırmanın Etik Yönü

Çalışmanın yürütülebilmesi için bir üniversitenin Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu'ndan etik izin alınmıştır (Karar no: 2024/453). Çalışma online olarak yürütüldüğü için kurum izni alınmamıştır. Ayrıca katılımcılara araştırma hakkında bilgi verilmiş ve çalışma Helsinki Deklarasyonuna uygun şekilde yapılmıştır. Katılımcılardan sözel onam alınıp, Bilgilendirilmiş Onam Formu imzalatılarak veri toplanmıştır.

Bulgular

Çalışmaya katılan hemşirelerin yaş ortalaması 34.45 ± 6.37 ' idi. Eğitim düzeyi incelendiğinde %62.2'si (n=125) lisans mezunu olan hemşirelerin %77.6'sı (n=156) evliydi. Hemşirelerin büyük bir çoğunluğu (%62.7, n=126) 10 yıl ve üzeri süredir çalışmakta olup çoğunluğu (%18.9, n=38) iç hastalıkları kliniklerinde görev yapmaktaydı. Hemşirelere ilişkin diğer veriler Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 2'de hemşirelerin menstrual siklus verilerine ilişkin bilgiler yer almaktadır. Menstruasyon döneminde en çok kullanılan hijyen ürünü %94.5 (n=190) ile hijyenik peddi. Menstruasyon dönemi hijyen alışkanlıkları incelendiğinde hemşirelerin %59.2'si (n=119) kullandıkları hijyen ürünü günde 4-6 kez değiştirdiğini, %92.5'i (n=186) menstrual dönemde sık sık el yıkadığını, %93.5'i ise (n=188) genital bölgeyi önden arkaya doğru temizlediklerini belirtti.

Tablo 3'te hemşirelerin menstrual kap ve kullanımına ilişkin bilgileri verilmiştir. Buna göre hemşirelerin %79.6'sı (n= 160) menstrual kabı bildiğini ancak, yalnızca %10'u (n=20) menstrual kabı kullandığını bildirdi. Menstrual

kap kullananların büyük bir çoğunluğu (%65, n=13) menstrual kaptan memnun olduğunu, herhangi bir yan etki yaşamadığını (%85, n=17) ve menstrual kap kullanırken zorluk yaşamadığını (%55.0, n=11) belirtti. Hemşirelerin menstrual kapla ilgili bilgi düzeyleri incelendiğinde 'Cinsel ilişkide bulunmamış kadınlar menstrual kap kullanabilirler mi?' sorusuna %43.3'ü (n=87) bilmiyorum yanıtını, 'Menstrual kap doğum kontrol yöntemi olarak kullanılabilir mi?' sorusuna %74.1'i (n=149) hayır yanıtını verdi. Hemşirelerin 'Menstrual kabın diğer yöntemlere göre çevreye daha az zarar verdiğini düşünüyor musunuz?' sorusuna %64.2'si (n=129) evet yanıtını verirken, 'Menstrual kabın diğer yöntemlere göre maliyetinin daha düşük olduğunu düşünüyor musunuz?' sorusuna %60.7'si (n=122) evet yanıtını verdi. 'Menstrual kap hangi malzemeden yapılır?' sorusuna %60.2'si (n=121) her ikisi (silikon ve lateks) cevabını verirken, 'Menstrual kap nasıl steril edilmelidir?' sorusunu %41.8'i (n=84) steril makinesinde şeklinde cevapladı. Menstrual kabı denemek isteyen hemşirelerin (%39.8, n=80) en çok denemek isteme nedeni %56.2 ile (n=45) daha hijyenik olduğunu düşünmeleri idi. Menstrual kabı denemek istemeyen hemşirelerin (%40.3, n=81) en çok denemek istememe nedeni ise %65.4 ile (n=53) takıp çıkarmakta zorlanma idi.

Tablo 1. Hemşirelerin demografik ve jinekolojik verilerine ilişkin bilgiler, 2025- Çevrimiçi

Değişkenler		$\bar{X} \pm (SD)$
Yaş		34.45±6.37
		n (%)
Eğitim Düzeyi	Önlisans Mezunu	7 (3.5)
	Lisans Mezunu	125 (62.2)
	Lisansüstü Mezunu	69 (34.3)
Medeni Durum	Evli	156 (77.6)
	Bekar	45 (22.4)
Çalışma Yılı	1 Yıldan Az	6 (3.0)
	1-5 Yıl Arası	25 (12.4)
	6-10 Yıl Arası	44 (21.9)
	11 Yıl ve Üzeri	126 (62.7)
Çalışılan Birim	Acil Servis	9 (4.5)
	Yoğun Bakım Ünitesi	22 (10.9)
	Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği	8 (4.0)
	İç Hastalıkları Klinikleri	38 (18.9)
	Cerrahi Hastalıklar Klinikleri	25 (12.4)
	Çocuk Hastalıkları Kliniği	33 (16.4)
	Psikiyatri Kliniği	5 (2.5)
	Poliklinikler	13 (6.5)
	Hastane İdari Birimleri	14 (7.0)
Aile Sağlığı Merkezi	34 (16.9)	
Cinsel İlişki Varlığı	Evet	176 (87.6)
	Hayır	25 (12.4)
Geçirilmiş Gebelik	Evet	141 (70.1)
	Hayır	60 (29.9)
Doğum	Evet	128 (63.7)
	Hayır	73 (36.3)

Tablo 2. Hemşirelerin menstrual siklus verilerine ilişkin bilgiler, 2025- Çevrimiçi

Değişkenler		$\bar{X} \pm (SD)$
Menstruasyon Döneminde Kullanılan Hijyen Ürünü	Hijyenik Ped	190 (94.5)
	Tampon	5 (2.5)
	Menstrual Kap	5 (2.5)
	Regl Külodu	1 (0.5)
Kullanılan Menstrual Hijyen Üründen Memnuniyet	Evet	183 (91.0)
	Hayır	18 (9.0)
Menstrual Hijyen Ürünü Değiştirme Sıklığı (Günde)	1-3 Kez	68 (33.8)
	4-6 Kez	119 (59.2)
	7 ve Üzeri	14 (7.0)
Menstrual Hijyen Ürünüyle İlgili Sorun Yaşama	Evet	14 (7.0)
	Kaşıntı	5 (2.5)
	Yanma	5 (2.5)
	Ağrı	4 (2.0)
	Hayır	187 (93.0)

Tablo 3. Hemşirelerin menstrual kap ürünüyle ilgili bilgilerine ilişkin veriler, 2020 - Çevrimiçi

Değişkenler		n (%)
Menstrual kap hakkında bilgi	Evet	160 (79.6)
	Hayır	41 (20.4)
Menstrual kap kullanma	Evet	20 (10.0)
	Hayır	181 (90.0)
Menstrual kaptan memnuniyet (menstrual kap kullananlar)	Evet	13 (65.0)
	Hayır	7 (35.0)
	Bilmiyorum	0 (0)
Menstrual kap kullanımı esnasında yan etki yaşama (menstrual kap kullananlar)	Evet	2 (10.0)
	Hayır	17 (85.0)
	Bilmiyorum	1 (5.0)
Menstrual kabı kullanırken herhangi bir zorluk yaşadınız mı? (menstrual kap kullananlar)	Takarken Zorlandım	4 (20.0)
	Çıkarırken Zorlandım	5 (25.0)
	Zorlanmadım	11 (55.0)
Menstrual kabı güvenli bir ürün olarak görme	Evet	55 (27.4)
	Hayır	43 (21.4)
	Bilmiyorum	103 (51.2)
Cinsel ilişkide bulunmamış kadınlar menstrual kap kullanabilirler mi?	Evet	59 (29.4)
	Hayır	55 (27.4)
	Bilmiyorum	87 (43.3)
Menstrual kap duşta ve yüzerken kullanılabilir mi?	Evet	108 (53.7)
	Hayır	6 (3.0)
	Bilmiyorum	87 (43.3)
Menstrual kap doğum kontrol yöntemi olarak kullanılabilir mi?	Evet	2 (1.0)
	Hayır	149 (74.1)
	Bilmiyorum	50 (24.9)
Menstrual kabın diğer yöntemlere göre çevreye daha az zarar verdiğini düşünüyor musunuz?	Evet	129 (64.2)
	Hayır	11 (5.5)
	Bilmiyorum	61 (30.3)
Menstrual kabın diğer yöntemlere göre maliyetinin daha düşük olduğunu düşünüyor musunuz?	Evet	122 (60.7)
	Hayır	13 (6.5)
	Bilmiyorum	66 (32.8)
Menstrual kap kullanımı için bir uzmana danışmanız gerekiyor mu?	Evet	65 (32.3)
	Hayır	73 (36.3)
	Bilmiyorum	63 (31.3)
Menstrual kabı kadınlara önerir misiniz?	Evet	28 (13.9)
	Hayır	7 (3.5)
	Bilmiyorum	166 (82.6)

Menstrual kabın mekanizması nasıldır?	Menstrual Kanı Emer.	0 (0.0)
	İyi Bir Sızdırmazlık Sağlar ve Menstrual Kanı Tutar.	128 (63.7)
	İkisi De	73 (36.3)
	Bilmiyorum	0 (0.0)
Menstrual kap hangi malzemeden yapılır?	Silikon	72 (35.8)
	Latex	7 (3.5)
	Her İkisi De	121 (60.2)
	Bilmiyorum	1 (0.5)
Menstrual kap ne sıklıkla boşaltılmalıdır?	2-4 Saat	42 (20.9)
	4-6 Saat	33 (16.4)
	6-12 Saat	123 (61.2)
	12-48 Saat	3 (1.5)
Menstrual kap nasıl steril edilmelidir?	Temiz Bir Suyla Yıkılarak	46 (22.9)
	Kaynar Suda Kaynatılarak	71 (35.3)
	Steril Makinesinde	84 (41.8)
Menstrual kap kullanımını denemek ister misiniz?*	Evet	80 (39.8)
	<i>Daha Hijyenik Olması</i>	45 (56.2)
	<i>Kullanımının Daha Kolay Olması</i>	19 (23.7)
	<i>Maliyetinin Daha Düşük Olması</i>	16 (20.1)
	Hayır	81 (40.3)
	<i>Hijyenik Olmaması</i>	10 (12.3)
	<i>Günlük Hayatımı Olumsuz Etkileyebilecek Olması</i>	9 (11.1)
	<i>Konforsuz Olması</i>	4 (4.9)
	<i>Takıp Çıkarmakta Zorlanma</i>	53 (65.4)
	<i>Nereden Temin Edebileceğini Bilmeme</i>	5 (6.3)

*Birden fazla yanıt verilmiştir.

Tablo 4'te menstrual kap kullanan ve kullanmayan hemşireler karşılaştırılmıştır. Menstrual kap kullanan hemşirelerin %90.0'ı (n=18) menstrual kabı güvenli bir ürün olarak görürken, kullanmayanların ise %20.4'ü (n=37) menstrual kabı güvenli bir ürün olarak gördüğünü belirtti. İki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($\chi^2=43.969$, $p<0.001$). Hemşireler arasında menstrual kap kullanımının daha az maliyetli olduğunu düşünme açısından menstrual kap kullanan ve kullanmayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ($\chi^2=11.673$, $p=0.003$). Buna göre menstrual

kap kullananların %95'i (n=19) menstrual kap kullanımını diğer yöntemlere göre daha az maliyetli olduğunu düşünürken, menstrual kap kullanmayanların ise %56.9'u (n=103) menstrual kap kullanımını diğer yöntemlere göre daha az maliyetli olduğunu düşündüğü bulundu. 'Menstrual kabı kadınlara önerir misiniz?' sorusuna menstrual kap kullananların %75.0'i (n=15) evet yanıtını verirken, kullanmayanların %89.0'u (n=161) bilmiyorum yanıtını verdi. İki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($\chi^2=69.153$, $p<0.001$).

Tablo 4. Menstrual kap kullanan ve kullanmayan hemşirelerin karşılaştırılması, 2025- Çevrimiçi

Değişkenler		Menstrual kap kullanan n(%)	Menstrual kap kullanmayan n(%)	χ^2 p
Menstrual kabı güvenli bir ürün olarak görme	Evet	18 (90)	37 (20.4)	43.969 <0.001
	Hayır	0 (0)	43 (23.8)	
	Bilmiyorum	2 (10)	101 (55.8)	
Menstrual kabın diğer yöntemlere göre maliyetinin daha düşük olduğunu düşünüyor musunuz?	Evet	19 (95.0)	103 (56.9)	11.673 0.003
	Hayır	1 (5.0)	12 (6.6)	
	Bilmiyorum	0 (0)	66 (36.5)	
Menstrual kabı kadınlara önerir misiniz?	Evet	15 (75.0)	13 (7.2)	69.153 <0.001
	Hayır	0 (0)	7 (3.9)	
	Bilmiyorum	5 (25.0)	161 (89.0)	

χ^2 : Ki kare $p < 0.05$

Tartışma

Bu çalışma, hemşirelerin menstrual kaplara ilişkin bilgi, tutum ve davranış düzeylerini inceleyerek, sağlık profesyonellerinin menstrual hijyen ürünlerine yönelik farkındalık düzeylerini ortaya koymayı amaçlamıştır. Elde edilen bulgular, hemşirelerin büyük çoğunluğunun menstrual kaplar hakkında bilgi sahibi olduklarını belirtmelerine karşın, bu ürünlerin kullanım oranlarının oldukça sınırlı olduğunu göstermiştir. Bu durum, bilgi ile uygulama arasında önemli bir boşluk olduğunu ortaya koymakta ve menstrual hijyen ürünleriyle ilgili eğitimin niteliği ve yaygınlığı açısından değerlendirilmesi gereken bir alan olduğunu düşündürmektedir.

Çalışma kapsamında menstrual kap kullanan hemşirelerin önemli bir bölümü üründen memnuniyet bildirmiştir. Ayrıca, yan etki yaşanma oranlarının düşük olduğu ve kullanım sürecinde genel olarak olumlu deneyimlerin gözlemlendiği tespit edilmiştir. Bu sonuçlar, menstrual kapların kullanıcılar açısından güvenli ve konforlu alternatifler sunduğunu göstermektedir. Literatürde yer alan benzer araştırmalar da bu bulgularla örtüşmektedir. Örneğin Van Eijk ve arkadaşları (3) tarafından yapılan sistematik derleme, menstrual kapların

sızdırmazlık, kabul edilebilirlik ve güvenlik açısından oldukça avantajlı ürünler olduğunu ortaya koymuştur. Aynı şekilde, Beksinska ve arkadaşlarının (8) Güney Afrika'da ergen bireyler üzerinde gerçekleştirdikleri çalışmada, menstrual kapların kullanımına yönelik olumlu tutumların geliştirilebilmesi için daha fazla eğitim ve erişim imkânına ihtiyaç duyulduğu vurgulanmıştır.

Araştırmada menstrual kap kullanımının sınırlı olmasının temel nedenlerinden birinin ürünün takılıp çıkarılması sırasında yaşanan zorluklar olduğu belirlenmiştir. Bu bulgu, Tembo ve ark. (10) ile Tokay ve ark. (11) tarafından yürütülen çalışmalarda da benzer şekilde dile getirilmiştir. Özellikle ilk kez kullanan bireylerde uygulamaya ilişkin belirsizlikler, ürünün yerleştirilmesi ve sterilizasyon süreci gibi konularda bilgi eksikliği, kullanım davranışlarını olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Nitekim araştırmamıza katılan hemşirelerin yarısından fazlası menstrual kapların güvenliği konusunda kararsız olduğunu ifade etmiştir. Bu durum, sağlık profesyonelleri arasında dahi menstrual kaplara yönelik bilgi ve güven düzeyinin yeterli olmadığını göstermektedir (16).

Menstrual kaplar, sürdürülebilir sağlık uygulamaları bağlamında değerlendirildiğinde

çevresel etkileri azaltıcı ve ekonomik açıdan avantajlı seçenekler sunmaktadır. Tek kullanımlık hijyen ürünleri ile kıyaslandığında, menstrual kaplar uzun vadede daha az atık üretmekte ve bireysel maliyetleri düşürmektedir. Balkan ve Koyucu'nun (14) çalışmasında da belirtildiği gibi, Türkiye'de kadınların menstrual kaplara yönelik tutumlarında bilgi eksikliği ve alışkanlıklara bağlı direnç önemli rol oynamaktadır. Mevcut çalışmada, hemşirelerin yalnızca küçük bir kısmının menstrual kapları diğer kadınlara önerebileceğini ifade etmesi, bu ürünlerin tanıtımı ve toplumsal kabulü açısından henüz istenilen düzeyde bir içselleştirmenin sağlanmadığını göstermektedir (17).

Shanmugham ve ark. (15) tarafından yürütülen araştırma, sağlık çalışanlarının menstrual hijyen ürünleri hakkında yeterli bilgiye sahip olmasının yalnızca bireysel tutumları değil, aynı zamanda toplumun genel farkındalık düzeyini de etkileyebileceğini göstermiştir. Sağlık danışmanlığı ve eğitim hizmetlerinde ön saflarda yer alan hemşirelerin, bu konuda doğru bilgi ile donatılması, hem kadın sağlığının geliştirilmesi hem de menstrual hijyen ürünlerine yönelik toplumsal önyargıların giderilmesi açısından büyük önem taşımaktadır. Çalışmamızda, menstrual kaplara ilişkin bilgi sahibi olduğunu belirten hemşirelerin oranı yüksek olmasına rağmen, uygulamaya yansımaya ve önerme davranışlarının düşük düzeyde kalması, bilgi düzeyinin yeterince işlevsel olmadığını düşündürmektedir (18-20).

Sonuç ve Öneriler

Bu çalışma, hemşirelerin menstrual kaplara ilişkin bilgi, tutum ve davranışlarını inceleyerek, bu ürünlerin kullanımına dair mevcut durumun anlaşılmasına katkı sağlamıştır. Araştırma bulgularına göre, hemşirelerin büyük bir çoğunluğu menstrual kapların varlığından haberdar olmasına rağmen, ürünü aktif olarak kullananların oranı oldukça düşüktür. Menstrual kap kullanan hemşirelerin üründen yüksek oranda memnuniyet bildirmeleri ve çoğunun herhangi bir yan etki yaşamamış olması, bu ürünün kullanıcılar açısından güvenli ve konforlu bir

seçenek olabileceğini göstermektedir.

Bununla birlikte, menstrual kap kullanmayan hemşireler arasında ürünün güvenliğine dair ciddi düzeyde tereddüt olduğu, kullanım sürecine ilişkin zorlukların ve bilgi eksikliğinin yaygın olduğu belirlenmiştir. Bu durum, hemşirelerin menstrual kap kullanımını yaygınlaştırmada birer rol model olmalarının önünde önemli bir engel oluşturmaktadır. Ayrıca, sağlık profesyonellerinin bile menstrual hijyen ürünleri konusunda yeterli bilgiye sahip olmamaları, toplum genelinde bu ürünlerin benimsenmesini olumsuz yönde etkileyebilir.

Hemşirelere yönelik hizmet içi eğitim programları ile menstrual kaplar hakkında bilgi düzeyi artırılmalı, kullanım avantajları ve sterilizasyon yöntemleri gibi konular açıklığa kavuşturulmalıdır. Hemşirelerin doğru ve bilimsel bilgilerle donatılması, toplumun da bu ürünlere yönelik farkındalığını ve kabulünü artırabilir. Bu nedenle, hem sağlık personeli hem de genel halkı hedefleyen farkındalık kampanyaları yürütülmelidir. Menstrual kaplar gibi çevre dostu ve ekonomik ürünlerin kullanımını teşvik edici sağlık politikaları geliştirilmeli, bu ürünlerin tanıtımı ve erişilebilirliği artırılmalıdır.

Sonuç olarak, menstrual kapların hem bireysel konfor hem de çevresel sürdürülebilirlik açısından önemli avantajlar sunduğu, ancak bu ürünlerin benimsenmesinin bilgi düzeyi, kişisel deneyimler ve kültürel algılarla yakından ilişkili olduğu anlaşılmıştır. Bu bağlamda, hemşirelerin bilgi ve tutumlarının geliştirilmesi, menstrual kapların daha geniş kitleler tarafından kabul edilmesini destekleyecektir.

KAYNAKLAR

1. Sommer, M., & Sahin, M. (2013). Overcoming the taboo: Advancing the global agenda for menstrual hygiene management for schoolgirls. *American Journal of Public Health, 103*(8), 1556-1559.
2. Rosner, J., Samardzic, T., & Sarao, M. S. (2022). Physiology, female reproduction. In *StatPearls [Internet]*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing.
3. Van Eijk, A. M., Zulaika, G., Lenchner, M., Mason, L., Sivakami, M., Nyothach, E., . . . Phillips-Howard, P. A. (2019). Menstrual cup use, leakage, acceptability, safety, and availability: A systematic

review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*, 4(8), e376-e393.

4. Wall, L. L., Teklay, K., Desta, A., & Belay, S. (2018). Tending the "monthly flower:" A qualitative study of menstrual beliefs in Tigray, Ethiopia. *BMC Women's Health*, 18(1), 183.

5. Hennegan, J., Nansubuga, A., Akullo, A., Smith, C., & Schwab, K. J. (2020). The Menstrual Practices Questionnaire (MPQ): Development, elaboration, and implications for future research. *Global Health Action*, 13(1), 1829402.

6. Efilci, P., & Timur, Ş. (2019). Menstrüasyon üzerine söylemler ve ürün tasarımıındaki yansımaları. İstanbul: İstanbul Teknik Üniversitesi. Retrieved from <https://avesis.itu.edu.tr/yayin/046f24f7-303a-4523-9a13-b2a067440a3b>

7. Dağlar, Ö. Ş., Altıntaş, E., & Mecdi Kaydrak, M. (2024). Genç yetişkin kadınlarda genital hijyen davranışlarının menstrual tutum üzerindeki etkisinin yapısal eşitlik modellemesi ile incelenmesi. *Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi*, 6(2), 157-165. doi: 10.48071/sbuhemsirelik.1402788

8. Beksinska, M., Smit, J., Greener, R., Maphumulo, V., & Mabude, Z. (2015). Better menstrual management options for adolescents needed in South Africa: What about the menstrual cup? *South African Medical Journal*, 105(11), 9205.

9. Manorama, E., Shreya, M. S., & Sailakshmi, M. P. A. (2019). Knowledge about menstrual cup and its usage among medical students. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology*, 8(12), 4966-4970.

10. Tembo, M., Renju, J., Weiss, H. A., et al. (2020). Menstrual product choice and uptake among young women in Zimbabwe: A pilot study. *Pilot and Feasibility Studies*, 6(1), 182.

11. Tokay, A. M., Demiray, S., & Mersin, S. (2023). Türkiye'de kadınların menstrüel kaplara yönelik görüşleri [The views of women on the menstrual cups in Turkey]. *Sağlık ve Toplum*, 33(1), 84-93.

12. Gharacheh, M., Ranjbar, F., Hajinasab, N., & Haghani, S. (2021). Acceptability and safety of the menstrual cups among Iranian women: A cross-sectional study. *BMC Women's Health*, 21(1), 105.

13. Kilci Erciyas, Ş., Cirban Ekrem, E., Kalaycı, M., Şahin, N. A., & Aydoğmuş, A. (2022). Üreme çağındaki kadınların menstrüel kap kullanımına ilişkin bilgi ve tutumları. *Medical Journal of Western Black Sea*, 6(1), 115-124.

14. Balkan, E., & Koyucu, R. G. (2024). The menstrual cup knowledge, attitudes, and behaviors of Turkish women in reproductive age. *European Journal of Obstetrics and Gynecology*, 292, 239-243.

15. Shanmugham, V., Murugesan, A., & Vijaykrishnan, G. (2024). Usage of menstrual cups among the doctors of reproductive age group in a tertiary care centre in Kancheepuram, Tamil Nadu, India: An observational study. *Clinical Epidemiology and Global Health*, 25, 101473.

16. Dündar, T., & Özsoy, S. (2020). Menstrual hijyen yönetiminde menstrual kap kullanımı. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 6(2), 14-28.

16.

17. Davile, M., Gangane, N., Khan, M. F., Dange, S., & Mundle, S. (2024). Exploring menstrual hygiene practices and awareness of menstrual cups among nursing professionals: A cross-sectional survey. *Cureus*, 16(5), e61179.

18. Chauhan, S., Kumar, P., Marbaniang, S. P., Srivastava, S., Patel, R., & Dhillon, P. (2021). Examining the predictors of use of sanitary napkins among adolescent girls: A multi-level approach. *PLoS ONE*, 16(4), e0250788. DOI: 10.1371/journal.pone.0250788

19. Kim, H. J., & Choi, S. Y. (2018). Status of use of menstrual hygiene products and genital organ hygiene management in unmarried women. *Korean Journal of Women's Health Nursing*, 24(3), 265-275. DOI: 10.4069/kjwhn.2018.24.3.265

20. Mathiyalagen, P., Peramasamy, B., Vasudevan, K., Basu, M., Cherian, J., & Sundar, B. (2017). A descriptive cross-sectional study on menstrual hygiene and perceived reproductive morbidity among adolescent girls in a union territory, India. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 6(2), 360-365. DOI: 10.4103/2249-4863.220031

X, Y ve Z Kuşağı Kadınların Engelli Kadınlara Yönelik Tutumları ve Bu Tutumları Etkileyen Faktörler

Attitudes of X, Y and Z Generation Women Towards Disabled Women and Factors Affecting These Attitudes

Ayşe Sena YÜKSEL¹, Kerime Derya BEYDAĞ²

ÖZ

Bu araştırma, X, Y ve Z kuşağı kadınların engelli kadınlara yönelik tutumları ve etkileyen faktörleri incelemek amacı ile yapılmıştır. Tanımlayıcı tipteki araştırma, 1 Kasım 2023- 1 Nisan 2024 tarihleri arasında İzmir ilindeki bir özel hastanenin kadın doğum polikliniğine başvuran 423 kadın ile gerçekleştirilmiştir. Araştırma verileri, Tanımlayıcı Bilgi Formu ve Engelli Kadın Tutum Ölçeği ile elde edilmiştir. Verilerin analizinde; sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, ki kare testi, Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ve Tukey testi kullanılmıştır.

X, Y ve Z kuşakları arasında Engelli Kadın Tutum Ölçeği, Engelli Kadın ve Özel Yaşamları, Engelli Kadın ve Dezavantajları, Engelli Kadın ve Sosyal Destek, Engelli Kadın ve Cinsiyet puanları bakımında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Z kuşağındaki kadınların puan ortalamaları X ve Y kuşağı kadınlarından istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazladır. Araştırmadan elde edilen bulgulara göre Z kuşağı kadınların Engelli Bireyler açısından X ve Y kuşağı kadınlara göre daha bilinçlidir. Kuşaklar arası farklılıklar göz önünde bulundurularak engelli bireylerle ilgi daha fazla farkındalık oluşturulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Engellilik, X Kuşağı, Y Kuşağı, Z Kuşağı, Tutum.

GİRİŞ

Engelli bireyler, tarihsel süreç içerisinde toplumun “dışlanan ve istenmeyen” kesimini oluşturmuşlardır. Toplumun genelinde, engelli olma hali talihsiz, işe yaramaz, farklı, ezilen ve hasta olarak adlandırılmıştır. Toplumdaki bu tutumlar, engelli bireylerin toplum içerisinde diğer bireylerle eşit koşullarda yer alamamasına neden olmuştur.¹

1-Uzman Hemşire, İzmir Metropol Hastanesi, E-posta: aysesenayksl@gmail.com, ORCID: 0009-0002-2100-5241
2-Prof.Dr., Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği A.B.D., Yalova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, E-posta: kderyabeydag@gmail.com, ORCID: 0000-0002-7251-4882
Gönderim Tarihi:25.01.2025 - Kabul Tarihi: 03.12.2025

ABSTRACT

This study was conducted to examine the attitudes of women from Generation X, Y, and Z towards women with disabilities and the factors influencing these attitudes. The descriptive study was carried out between November 1, 2023, and April 1, 2024, with 423 women who visited the to the gynecology and obstetrics clinic of a private hospital in Izmir. The research data were collected using the Descriptive Information Form and the Attitude Scale for Women with Disabilities. Data analysis was performed using frequencies, percentages, mean, standard deviation, chi-square test, One-Way Analysis of Variance (ANOVA), and Tukey's test.

There is a statistically significant difference between X, Y and Z generations in terms of Disabled Women Attitude Scale, Disabled Women and Their Private Lives, Disabled Women and Disadvantages, Disabled Women and Social Support, Disabled Women and Gender scores ($p<0.05$). The mean scores of women in Generation Z are statistically significantly higher than those of women in Generation X and Y. According to the findings obtained from the research, Generation Z women are more conscious of Disabled Individuals than X and Y generation women. Considering the differences between generations, more awareness should be created about people with disabilities.

Keywords: Disability, Generation X, Generation Y, Generation Z, Attitude.

DSÖ, dünyada tahminen 1,3 milyar insanın (nüfusun %15'i) ya da her altı kişiden birinin engele sahip olduğunu bildirmektedir. DSÖ engelli oranını, gelişmiş ülkelerde %10, gelişmekte olan ülkelerde ise %12 olarak kabul etmektedir. Buna göre tüm dünyada 500 milyon engelli olduğu tahmin edilmektedir. Doğurganlık çağındaki kadınlar arasında engelli kadınların oranına bakıldığında %6 ile %10 arasında olduğu tahmin edilmektedir.²

Engelli erkek ve kadınlar, engelli olmayan erkek ve kadınlara göre daha dezavantajlı konumda yer almaktadır ancak; engelli kadın tüm bu gruplar içerisinde en dezavantajlı gruptur.¹ Engelli gruplar içinde en çok dışlanan grup olan kadınlar, kadın

olmaları nedeniyle istismara ve şiddete maruz kalmaktadır.^{3,4}

Toplumsal cinsiyet rolleri gereği kadınlar, bakım verme ve destek olma rolüne daha yatkın ve engelli bireylere olan tutumları daha olumlu yöndedir. Kadının yaşadığı sosyal ve kültürel çevre, eğitim düzeyi ve kişisel deneyimleri engellilik konusundaki görüşlerinde etkili olmaktadır.⁵ Engelliliğin cinsiyetleştirilmesi açısından dikkate alındığında, engelli kadınlar yaşamları boyunca cinsiyet ve engelliliklerinden dolayı dışlanma ve ayrımcılıkla karşı karşıya kalır. Özellikle, engelli kadınlar verimsiz, daha az değerli, lanetli, zayıf olarak algılanabilir, bu da engelliliğin getirdiği damgalanmanın ve ayrımcılığın, ataerkil güç yapılarıyla birleşmesiyle engelliliğin cinsiyetleştirilmesine yol açar.⁶

Bu araştırmanın amacı, X, Y ve Z kuşağındaki kadınların engelli kadınlara yönelik tutumlarını belirlemektir.

Araştırma Soruları

- 1- X, Y, Z kuşağı kadınların engelli kadınlara yönelik tutumlarını ne düzeydedir?
- 2- X, Y, Z kuşağı kadınların engelli kadınlara yönelik tutumlarını etkileyen faktörler nelerdir?

MATERYAL VE METOT

Araştırmanın Tipi

Araştırma tanımlayıcı tiptedir.

Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, İzmir Medicana International Hastanesi'nin kadın doğum polikliniklerine başvuran hastalarla, 1 Kasım 2023-1 Nisan 2024 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir

Araştırmanın Evreni / Örnekleme

Araştırmanın evreni, İzmir Medicana Hastanesi kadın doğum polikliniklerine başvuran kadınlar oluşturmuştur. Kadın doğum polikliniğine ayda ortalama 500 hasta başvuru yapmaktadır. Veri toplama tarihlerinden ortalama 2000 hastanın başvurusu yapması tahmin edilmektedir.

Örneklem büyüklüğü Raosoft örneklem büyüklüğü hesaplayıcısı ile %95 güven aralığı ve %5 hata payı ile 334 kişi olarak belirlenmiştir. Araştırma, X, Y, Z kuşağında olan, Türkçe iletişim kuran, araştırmaya katılmaya istekli olan 423 hasta ile tamamlanmıştır.

Veri Toplama Araçları

Araştırmada veriler, Tanıtıcı Bilgi Formu ve Engelli Kadın Tutum Ölçeği (EKTÖ) ile elde edilmiştir

Tanıtıcı Soru Formu: Araştırmacı tarafından geliştirilen bu form katılımcıların sosyodemografik özelliklerini belirlemeye yönelik tanımlayıcı özelliklerini içeren toplam 13 sorudan oluşmaktadır.

Engelli Kadın Tutum Ölçeği (EKTÖ); Pündük Yılmaz ve Ören'in (2021) geliştirdiği engelli kadınlara bakış açısını ölçen bir ölçektir. Ölçek 17 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin alt boyutları, Engelli Kadın ve Cinsiyet, Engelli Kadın ve Dezavantajları, Engelli Kadın ve Özel Hayatı, Engelli Kadın ve Sosyal Destek olarak tanımlanmıştır. Ölçeğin değerlendirme; 5'li Likert (1= Kesinlikle katılıyorum- 2= Katılıyorum- 3= Kararsızım- 4= Katılmıyorum- 5= Kesinlikle katılmıyorum) şeklinde belirlenmiştir. Ölçek puanlaması; her ifade 1 ile 5 arasında değerlendirilmektedir. EKTÖ' den alınan en düşük puan 17, en yüksek puan ise 85' tir. Ölçek değerlendirme; EKTÖ' de ifadelerin 1(kesinlikle katılıyorum) ile 5(hiç katılmıyorum) sayısı arasında derecelenmesi istenmiştir. 1 sayısı tamamen katılma yönünde yüksek olumsuzluğu, 5 sayısı hiç katılmıyorum yönünde düşük olumsuzluğu ifade etmektedir. EKTÖ' den alınan en düşük puan 17, en yüksek puan ise 85' tir. Alınan düşük puan engelli kadın açısından yüksek olumsuzluğu, yüksek puan ise düşük olumsuzluğu göstermektedir. Ölçeğin Cronbach alpha değeri 0,70 olarak bulunmuştur.⁷ Bu araştırmada, ölçeğin tamamı için Cronbach alpha değeri 0.974 olarak bulunmuştur.

Verilerin Toplanması

Araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan

bireylere, oluşturulmuş olan anket formları muayene öncesi bekleme salonunda verilmiştir ve formu doldurmaları talep edilmiştir. Anket formunda, çalışma ile ilgili açıklayıcı bilgilerden sonra çalışmaya katıldıklarına dair yazılı onayları istenmiştir.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma öncesinde, Ölçek kullanım izni Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğini yapmış kişiden mail aracılığıyla izin alınmıştır. Tez onayı sonrasında İstanbul Gedik Üniversitesi Etik Kurulu'na başvuru yapılarak 14.09.2023 tarihli ve 2023/9 sayılı karar ile Etik kurul onayı alınmıştır. Etik Kurul onayından sonra araştırmanın gerçekleştirileceği kurum olan İzmir Medicana International Hastanesi Başhekimliğinden kurum onayı alınmıştır.

Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma verilerinin analiz IBM SPSS Statistics 26 paket programı üzerinden yapılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken kategorik değişkenler için sıklıklar (sayı, yüzde), sayısal değişkenler için ise tanımlayıcı istatistikler (ortalama, standart sapma) verilmiştir. Sayısal değişkenlerin normallik varsayımları için çarpıklık ve basıklık katsayıları incelenmiş ve katsayıların $\pm 1,5$ aralığında olması nedeniyle değişkenlerin normal dağıldığı görülmüştür. Bu nedenle çalışmada parametrik olan istatistiksel yöntemlerden yararlanılmıştır. İki bağımsız kategorik değişken arasındaki ilişkiler Ki Kare Analizi ile yorumlanmıştır. İki'den fazla bağımsız grup arasındaki farklılıklar Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ile kontrol edilmiştir. Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) sonucunda farklılık çıkması durumunda farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için Tukey testi kullanılmıştır. Analizlerde istatistiksel anlamlılık 0,05 düzeyinden yorumlanmıştır.

BULGULAR ve TARTIŞMA

Çalışmaya katılan kişilerin, X kuşağının %70.2'si evli, Y kuşağının %69.5'i evli ve Z kuşağının %76.6'sı bekadır. X kuşağının %43.3'ünün eğitim durumu lise iken, Y kuşağının %50.4'ünün eğitim durumu üniversite ve Z kuşağının ise

%86.5'inin eğitim durumu üniversitedir. X kuşağının %62.4'ü, Y kuşağının %51.1'i ve Z kuşağının ise %68.8'i çalışmaktadır. X kuşağının %57.4'ünün Y kuşağının %79.4'ünün ve Z kuşağının ise %92.9'unun geliri giderine denktir. X kuşağının %71.6'sının Y kuşağının %85.8'inin ve Z kuşağının ise %96.5'inin çocuğu vardır. X kuşağının %54.6'sı Y kuşağının %89.4'ü ve Z kuşağının ise %88.7'si ilde yaşamaktadır. X kuşağının %85.8'inin Y kuşağının %99.3'ünün ve Z kuşağının ise %98.6'sının ailesinde engelli birey yoktur. X kuşağının %58.9'unun Y kuşağının %95'inin ve Z kuşağının ise %97.2'sinin engelli arkadaşı yoktur (Tablo 1).

X, Y ve Z kuşakları arasında Engelli Kadın Tutum Ölçeği, Engelli Kadın ve Özel Yaşamları, Engelli Kadın ve Dezavantajları, Engelli Kadın ve Sosyal Destek, Engelli Kadın ve Cinsiyet puanları bakımında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p < 0.05$). Buna göre Z kuşağındaki kadınların Engelli Kadın Tutum Ölçeği puanları Y ve X kuşağındaki kişilerden; Y kuşağındaki kişilerin Engelli Kadın Tutum Ölçeği puanları ise X kuşağındaki kişilerden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazladır. Z kuşağındaki kadınların Engelli Kadın ve Özel Yaşamları puanları Y ve X kuşağındaki kişilerden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazladır. Z kuşağındaki kadınların Engelli Kadın ve Dezavantajları puanları Y ve X kuşağındaki kişilerden; Y kuşağındaki kişilerin Engelli Kadın ve Dezavantajları puanları X kuşağındaki kişilerden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazladır. Z kuşağındaki kadınların Engelli Kadın ve Sosyal Destek puanları Y ve X kuşağındaki kişilerden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazladır. Y kuşağındaki kişilerin Engelli Kadın ve Sosyal Destek puanları X kuşağındaki kişilerden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazladır. Z kuşağındaki kişilerin Engelli Kadın ve Cinsiyet puanları X kuşağındaki kişilerden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazladır. Y kuşağındaki kişilerin Engelli Kadın ve Cinsiyet puanları X kuşağındaki kişilerden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazladır (Tablo 2).

Tablo 1. Kuşaklara Göre Tanıtıcı Özelliklerin Dağılımı (N: 423), İzmir-2024

Değişkenler	X Kuşağı (N=141)	Y Kuşağı (N=141)	Z Kuşağı (N=141)	Toplam (N=423)
	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)
Medeni Hal				
Evli	99(70.2)	98(69.5)	33 (23.4)	230(54.4)
Bekar	42(29.8)	43(30.5)	108(76.6)	193(45.6)
Öğrenim Durumu				
İlköğretim	24(17.0)	23(16.3)	0 (0.0)	47 (11.1)
Lise	61(43.3)	31(22.0)	19 (13.5)	111(26.2)
Üniversite	42(29.8)	71(50.4)	122(86.5)	235(55.6)
Yüksek Öğrenim	14(9.9)	16(11.3)	0 (0.0)	30 (7.1)
Çalışma Durumu				
Evet	88(62.4)	72(51.1)	97(68.8)	257(60.8)
Hayır	53(37.6)	69(48.9)	44(31.2)	166(39.2)
Gelir Durumu				
Gelir Giderden Az	29(20.6)	4 (2.8)	8 (5.7)	41 (9.7)
Gelir Gidere Denk	81(57.4)	112(79.4)	131(92.9)	324(76.6)
Gelir Giderden Fazla	31(22.0)	25 (17.7)	2 (1.4)	58 (13.7)
Çocuk Varlığı				
Var	101(71.6)	121(85.8)	136(96.5)	358(84.6)
Yok	40 (28.4)	20 (14.2)	5 (3.5)	65 (15.4)
Yaşanılan Yerleşim Yeri				
Köy/Kasaba/İlçe	64(45.4)	15 (10.6)	16 (11.3)	95 (22.5)
İl	77(54.6)	126(89.4)	125(88.7)	328(77.5)
Ailede Engelli Birey Varlığı				
Var	20 (14.2)	1 (0.7)	2 (1.4)	23 (5.4)
Yok	121(85.8)	140(99.3)	139(98.6)	400(94.6)
Engelli Arkadaş Varlığı				
Var	58(41.1)	7 (5.0)	4 (2.8)	69 (16.3)
Yok	83(58.9)	134(95.0)	137(97.2)	354(83.7)

Tablo 2. Kuşaklara Göre Engelli Kadın Tutum Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Farklılıklarının İncelenmesi, İzmir-2024

Ölçek Alt Boyut ve Toplamı	X Kuşağı		Y Kuşağı		Z Kuşağı		F	p	Fark (Tukey)
	Ort.	SS	Ort.	SS	Ort.	SS			
Engelli Kadın Tutum Ölçeği	54.48	13.52	65.11	20.20	75.18	15.07	55.437	0.000*	Z>Y, X Y>X
Engelli Kadın ve Özel Yaşamları	21.51	5.78	22.87	7.33	27.11	5.41	30.972	0.000*	Z>Y, X
Engelli Kadın ve Dezavantajları	11.14	4.23	15.25	4.92	17.86	3.62	87.841	0.000*	Z>Y, X Y>X
Engelli Kadın ve Sosyal Destek	12.77	3.99	15.35	5.01	17.91	3.83	50.150	0.000*	Z>Y, X Y>X
Engelli Kadın ve Cinsiyet	9.06	3.11	11.65	3.54	12.31	3.11	39.126	0.000*	Z>X Y>X

F: Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)*: $p < 0.05$

Z kuşağında engelli bireyler sizin için ne ifade eder sorusuna “Onlar İçin Üzülürüm” cevabı verenlerin oranı Y kuşağında engelli bireyler sizin için ne ifade eder sorusuna onlar İçin üzüldüğünü ifade edenlerin oranından istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazladır. Z kuşağında engelli bireyler sizin için ne ifade eder sorusuna onlara ve ailelerine acıdığımı ifade edenlerin oranı Y kuşağında engelli bireyler sizin için ne ifade eder sorusuna “Onlara ve Ailelerine Acırım” cevabı verenlerin oranından istatistiksel olarak anlamlı derecede daha azdır. Z kuşağında ailede engelli birey olması sizin için ne ifade eder sorusuna “Hayatım Yıkılırdı” cevabı verenlerin oranı X ve Y kuşağında ailede engelli birey olması sizin için ne ifade eder sorusuna “Hayatım Yıkılırdı” cevabı verenlerin oranından istatistiksel olarak anlamlı derecede daha azdır.

Z kuşağında ailede engelli birey olması sizin için ne ifade eder sorusuna ömrümü ona adayacağımı belirtenlerin oranı X ve Y kuşağında ailede engelli birey olması sizin için ne ifade eder sorusuna “Ömrümü Ona Adardım” cevabı verenlerin oranından istatistiksel olarak anlamlı derecede daha azdır. Y kuşağında ailede engelli birey olması sizin için ne ifade eder sorusuna “Ömrümü Ona Adardım” cevabı verenlerin oranı X kuşağında ailede engelli birey olması sizin için ne ifade eder sorusuna “Ömrümü Ona Adardım” cevabı verenlerin oranından istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazladır. Y kuşağında ailede engelli birey olması sizin için ne ifade eder sorusuna “Hayatımdan Çıkarırdım” cevabı verenlerin oranı X kuşağında ailede engelli birey olması sizin için ne ifade eder sorusuna “Hayatımdan Çıkarırdım” cevabı verenlerin oranından istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazladır.

Z kuşağında ailede engelli birey olması sizin için ne ifade eder sorusuna “Onunla Yaşamayı Öğrenirdim ve Kabul Ederdim” cevabı verenlerin oranı X ve Y kuşağında ailede engelli birey olması sizin için ne ifade eder sorusuna “Onunla Yaşamayı Öğrenirdim ve Kabul Ederdim” cevabı verenlerin oranından istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazladır. X kuşağında ailede engelli birey olması sizin için ne ifade eder sorusuna “Onunla Yaşamayı Öğrenirdim ve Kabul Ederdim” cevabı verenlerin oranı Y kuşağında ailede engelli birey olması sizin için ne ifade eder sorusuna “Onunla Yaşamayı Öğrenirdim

ve Kabul Ederdim” cevabı verenlerin oranından istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazladır.

Z kuşağında kendisi engelli olsa ne hissedirdi sorusuna “Kendimi Olduğum Gibi Kabullenirdim” cevabı verenlerin oranı X ve Y kuşağında kendisi engelli olsa ne hissedirdi sorusuna kendini olduğu gibi belirtenlerin oranından istatistiksel olarak anlamlı derecede daha azdır.

Z kuşağında kendisi engelli olsa ne hissedirdi sorusuna “Hiçbir Sosyal Hayatım Olmazdı” cevabı verenlerin oranı X ve Y kuşağında kendisi engelli olsa ne hissedirdi sorusuna “Hiçbir Sosyal Hayatım Olmazdı” cevabı verenlerin oranından istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazladır. X kuşağında kendisi engelli olsa ne hissedirdi sorusuna “Hiçbir Sosyal Hayatım Olmazdı” cevabı verenlerin oranı Y kuşağında kendisi engelli olsa ne hissedirdi sorusuna “Hiçbir Sosyal Hayatım Olmazdı” cevabı verenlerin oranından istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazladır. Z kuşağında kendisi engelli olsa ne hissedirdi sorusuna “Olduğum Durumdan Memnun Olmaz ve Normal İnsanlardan Nefret Ederdim” cevabı verenlerin oranı X ve Y kuşağında kendisi engelli olsa ne hissedirdi sorusuna “Olduğum Durumdan Memnun Olmaz ve Normal İnsanlardan Nefret Ederdim” cevabı verenlerin oranından istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazladır. Y kuşağında kendisi engelli olsa ne hissedirdi sorusuna “İnsanların Beni Sevmeleri İçin Çabalardım” cevabı verenlerin oranı X ve Z kuşağında kendisi engelli olsa ne hissedirdi sorusuna “İnsanların Beni Sevmeleri İçin Çabalardım” cevabı verenlerin oranından istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazladır.

X kuşağında ailede engelli bir kadın olması ne ifade ederdi sorusuna “Kadın Olduğu İçin Daha Çok Üzülürdüm” cevabı verenlerin oranı Y ve Z kuşağında ailede engelli bir kadın olması ne ifade ederdi sorusuna “Kadın Olduğu İçin Daha Çok Üzülürdüm” cevabı verenlerin oranından istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazladır. X kuşağında ailede engelli bir kadın olması ne ifade ederdi sorusuna “Kadın Olduğu İçin Daha Çok Yardım Ederdi” cevabı verenlerin oranı Y ve Z kuşağında ailede engelli bir kadın olması ne ifade ederdi sorusuna “Kadın Olduğu İçin Daha Çok Yardım Ederdi” cevabı verenlerin oranından istatistiksel olarak anlamlı derecede daha azdır (Tablo 3).

Tablo 3. Kuşaklara Göre Engelli Bireylere İlişkin Görüşlerin Dağılımı, İzmir-2024

Değişkenler	X Kuşağı	Y Kuşağı	Z Kuşağı	Ki Kare	p
	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)		
Engelli Bireylerle İlgili Görüşü				19,204	0.001*
Onlar İçin Üzülürüm	96(68.1) _{a,b}	77(54.6) _b	111(78.7) _a		
Onlara ve Ailelerine Acırım	29(20.6) _{a,b}	44(31.2) _b	22(15.6) _a		
Umurumda Değiller/ Hiçbir Şey İfade Etmezler	16(11.3) _a	20(14.2) _a	8(5.7) _a		
Ailede Engelli Birey Olması Konusunda Görüşü				119,470	0.000*
Hayatım Yıkılırdı	32(22.7) _a	20(14.2) _a	2(1.4) _b		
Ömrümü Ona Adardım	35(24.8) _a	69(48.9) _b	11(7.8) _c		
Hayatımdan Çıkarırdım	6(4.3) _a	18(12.8) _b	15(10.6) _{a,b}		
Onunla Yaşamayı Öğrenirdim ve Kabul Ederdim	68(48.2) _a	34(24.1) _b	113(80.1) _c		
Kendisi Engelli Olsa Ne Düşüneceği				131.273	0.000*
Kendimi Olduğum Gibi Kabullenirdim	82(58.2) _a	65(46.1) _a	21(14.9) _b		
Hiçbir Sosyal Hayatım Olmazdı	24(17.0) _a	9(6.4) _b	59(41.8) _c		
Olduğum Durumdan Memnun Olmaz ve Normal İnsanlardan Nefret Ederdim	11(7.8) _a	7(5.0) _a	37(26.2) _b		
İnsanların Beni Sevmeleri İçin Çabalardım	24(17.0) _a	60(42.6) _b	24(17.0) _a		
Ailede Engelli Kadın Olması Konusunda Görüşü					
Kadın Olması Bir Şey Değiştirmezdi	61(43.3) _a	59(41.8) _a	44(31.2) _a	38.824	0.000*
Kadın Olduğu İçin Daha Çok Yardım Ederdi	21(14.9) _a	52(36.9) _b	54(38.3) _b		
Kadın Olduğu İçin Daha Az Desteğe İhtiyacı Olurdu	7(5.0) _a	11(7.8) _a	14(9.9) _a		

*: $p < 0.05$ a, b, c harfleri ilişkinin kaynaklandığı grubu göstermektedir. Aynı harfleri içeren oranlarda ilişki yoktur.

TARTIŞMA

X kuşağının %68.1'i engelli birey sizin için ne ifade eder sorusuna "Onlar İçin Üzülürüm" cevabı vermiş iken Y kuşağında aynı oran %54.6 ve Z kuşağında ise %78.7'dir. X kuşağının %48.2'si ailede engelli birey olması sizin için ne ifade eder sorusuna "Onunla Yaşamayı Öğrenirdim ve Kabul Ederdim" cevabı vermiş iken Y kuşağının %48.9'u aynı soruya "Ömrümü Ona Adardım" cevabı vermiş ve Z kuşağının ise %80.1'i "Onunla Yaşamayı Öğrenirdim ve Kabul Ederdim" cevabı vermiştir. Türkiye nüfusunun büyük oranda gençlerden oluştuğu görülmektedir. Bu durum göz önüne alındığında, Z Kuşağı'nın engellilere yönelik farkındalık, tutum ve algıları daha da önem kazanmaktadır.⁸

X kuşağının %58.2'si 'kendiniz engelli olsaydınız ne hissederdiniz?' sorusuna "Kendimi Olduğum Gibi Kabullenirdim" cevabı vermiş iken Y

kuşağında bu oran %46.1 ve Z kuşağında ise %41.8 ile "Hiçbir Sosyal Hayatım Olmazdı" cevabı vermişlerdir. Bu veriler göz önüne alındığında kuşaklar arası bakış açıları tersine döndüğü gözlemlenmektedir. X ve Y kuşağı kişilerin engelli birey kendileri olduğundaki bakış açıları daha olumlu olurken, Z kuşağı engelli birey kendileri olduğunda daha olumsuz bir bakış açısına büründüğü görülmektedir. Trabzon'da yapılan bir araştırmada engelli kadınların yanlış algısı olan birincil yaklaşım "beden" algısıdır. Bu algı dışlanmalarına ve birçok hayati unsurdan mahrum kalmalarına neden olmuştur.⁹ Alanya da engelli kadınlarla yapılan bir çalışmada ise çalışan engelli kadınların maaş skalasının normal düzeyden düşük olduğu görülmüştür. Bu durum engelli kadının desteklenmediği ve devletin bu durum için bir önlem almadığı gözlemlenmiştir.¹⁰ Engelli sporcular hakkında yapılan bir çalışmada ise engelli kadın sporcuların cinsiyetçi bir yaklaşımla

karşılaştıkları görülmüştür. Toplum tarafından “zayıf ve güçsüz” olarak nitelendirildikleri ve bu yüzden engelli kadınların spora teşvik düzeyinin düşük olduğu algısına varılmıştır.¹¹ X kuşağının %43.3’ü ‘ailede engelli bir kadın olması ne ifade eder?’ sorusuna “Kadın Olması Bir Şey Değiştirmezdi” cevabını vermiş iken aynı soruya aynı cevabı verenlerin oranı Y kuşağında %41.8 ve Z kuşağında ise %38.3 ile “Kadın Olduğu İçin Daha Çok Yardım Ederdim” cevabı vermişlerdir. Sosyal ilişki kurma yeteneğini kaybetme, toplumsal cinsiyet açısından değerlendirildiğinde ise, bu kaybı en çok yaşayan engelli kadınlardır. Engelli kadın hem engelli hem de kadın olmayı birlikte yaşayarak çifte dezavantajlıdır.^{12,13}

X, Y ve Z kuşakları arasında Engelli Kadın Tutum Ölçeği, Engelli Kadın ve Özel Yaşamları, Engelli Kadın ve Dezavantajları, Engelli Kadın ve Sosyal Destek, Engelli Kadın ve Cinsiyet puanları bakımında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir ($p<0.05$). Buna göre Z kuşağındaki kişilerin Engelli Kadın Tutum Ölçeği puanları Y ve X kuşağındaki kişilerden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazla olduğu görülmüştür. Y kuşağındaki kişilerin Engelli Kadın Tutum Ölçeği puanları X kuşağındaki kişilerden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazladır. Z kuşağının engelli bireylere bakış açısını etkileyen birçok farklılık vardır. Toplumumuzda tarihsel sürece bakıldığında engelli bireye tutum ve davranışlar hep olumsuz yöndedir. Bu olumsuz tutumlar genellikle sosyal ve kültürel çevrede görülmektedir. Bu noktada bu olumsuz durum göz önünde bulundurulmalıdır. Bu olumsuzlukların boyutu ve derecesi toplumsal farklılık göstermektedir ve baskın engellilik kültürü ve paradigmasından önemli ölçüde etkilenmektedir.¹⁴

Araştırmada Z kuşağındaki kişilerin Engelli Kadın ve Özel Yaşamları puanları Y ve X kuşağındaki kişilerden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazla olduğu görülmüştür. Bu bağlamda Z kuşağının engelli kadınların yaşam hakları açısından daha çok savunucu ve destekleyici olduğu kanısına varılmıştır. Engellilere yönelik bu olumlu yaklaşımların kuşaklar arasında giderek artması toplumsal gelişim için önem

arz etmektedir. Yine Z kuşağındaki kişilerin Engelli Kadın ve Dezavantajları puanları Y ve X kuşağındaki kişilerden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazladır. Y kuşağındaki kişilerin Engelli Kadın ve Dezavantajları puanları X kuşağındaki kişilerden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazla olduğu görülmüştür. Kaldık’ın (2022) Z kuşağı ile yaptığı bir çalışmada da Z kuşağı bireylerin engelli bireylere yönelik tutumları olumlu olarak görülmüştür.¹⁴ Ancak bu olumluluk düzeyi sınırdaki olduğu belirlenmiş ve yetersiz kaldığı düşünülmektedir. Elde edilen sonuç birbiriyle örtüşmektedir.

Z kuşağındaki kişilerin Engelli Kadın ve Sosyal Destek puanları Y ve X kuşağındaki kişilerden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazladır. Y kuşağındaki kişilerin Engelli Kadın ve Sosyal Destek puanları X kuşağındaki kişilerden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazladır. Z kuşağındaki kişilerin Engelli Kadın ve Cinsiyet puanları X kuşağındaki kişilerden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazladır. Y kuşağındaki kişilerin Engelli Kadın ve Cinsiyet puanları X kuşağındaki kişilerden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazladır. Aynı veya benzer durumdaki kişilere farklı davranılması veya farklı kişilere aynı davranılması aynı terimi yansıtmaktadır. Bu terim ayrımcılıktır. Aynı okuldan mezun olan, yabancı dil seviyesi ve diğer bütün koşulları aynı olan kadın ve erkek işçilerden iş başvurusunda erkek işçilerin seçilmesi aynı veya benzer durumdaki kişilere farklı muamele demektir. Bazen aynı muamele de ayrımcılığa neden olmaktadır. Eşit bir davranış sanılan üniversite sınavında herkese eşit süre verilmesi, soruların okunduğu görme engelli öğrenciler açısından dezavantajlıdır. Böyle bir durumda görme engelli kişiye verilmesi gereken süre farklı olmalıdır. Aynı ve benzer durumdaki kişilere yapılan ayrımcılığın meşru bir nedeni var ise ayrımcılık olmaktan çıkar.¹⁵

Ülkemizde engelli kadın olmak tanımının kuşaklar arası kabulleniş farklılıklarına bakılan bu çalışmada; aslında engelli kadınlar için halen yeterince farkındalık oluşmadığına görülmektedir. Bu görünümün nedeni kuşaklar arası farklılıklar görüldüğü ve bu farklılıkların e üzerinde yeterince

çalışma yapılmamasından kaynaklı olabileceği düşünülmektedir. Kadının “kadın” olduğu için ayrımcılığa uğradığı bir toplumda üzerine engelli kadın statüsünde olması daha fazla ayrımcılık ve haklardan mahrum bırakılmaya çalışılmaktadır. Engellilik feminist yaklaşımda “farklılık” olarak tanımlanmaktadır.¹⁶

Engelli olmanın zorluklarının üzerine cinsiyetçi yaklaşım olan “kadın” olmak eklendiğinde zor olan her şey daha da zor kılınmaktadır. Hemşirelik toplumdaki her bireyi yakından anlamak ve destek olmaktan başlar. Hemşireliğin temelini oluşturan “anlamak” kelimesi engelli bireyler için daha fazla önem arz edilmektedir. Her alanda zorluk çeken engelli bireyler bu hayatın en önemli alanı olan sağlık alanında anlaşılacak istemesi normaldir. Hemşirelerin engelli kadınların sağlığın her alanında anlaşılır olmasını sağlamaları için daha fazla destekleyici olmaları gerekmektedir.¹⁷

SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırma sonucunda, X kuşağı kadınları, engelli kadınlara yönelik daha mesafeli ve koruyucu yaklaştığı; Y kuşağı kadınların sosyal farkındalık ve eşitlik değerlerine daha fazla önem verdikleri ve Z kuşağındaki kadınların teknoloji ve bilgi çağının getirdiği bilinçle engelli kadınlara yönelik olumlu ve anlayışlı tutum sergiledikleri belirlenmiştir. Engelli kadınların toplumsal entegrasyonunu teşvik edecek politikaların geliştirilmesi ve uygulanması önemlidir. Ayrıca, okullarda ve üniversitelerde engellilik konusunda farkındalığı artıracak eğitim programları ve seminerler düzenlenmeli, işyerlerinde çalışanlara yönelik duyarlılık ve farkındalık eğitimleri verilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Orhan, S., & Özkan, E. (2020). Engelli Kadın Olmak. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 22(1), 1-19.,
2. https://www-who-int.translate.goog/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=tr&_x_tr_hl=tr&_x_tr_pto=tc
3. Kurnaz Özdemir, D. (2010). Ortopedik engelli kadınların sorun ve beklentileri: Tuzla ilçesi örneği (Yüksek lisans tezi). Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
4. Bulut S. & Karaman H.B. (2018). Engelli bireylerin cinsel, fiziksel ve duygusal istismarı. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri

Fakültesi Özel Eğitim Dergisi, 19(2), 277-301.

5. Ridgeway, C. L. (2011). Framed by Gender: How Gender Inequality Persists in the Modern World. Oxford: Oxford University Press.
6. Aksakal, E. (2024). Zihinsel Engelli Çocuk Sahibi Annelerin ve Toplumun Engelliliğe Bakışı. İctimaiyat, 8(1), 261-280. <https://doi.org/10.33709/ictimaiyat.1442649>
7. Pündük Yılmaz, M., & Oren, B. (2021). Disabled woman attitude scale: Reliability and validity study. North Clin Istanbul, 8(5), 454-463.
8. Ünal, V., & Yıldız, M. (2017). Üniversite gençliğinin engellilere yönelik tutumlarının incelenmesi: Sivas örneği. The Journal of Academic Social Science Studies, 57, 341-358. <http://dx.doi.org/10.9761/JASSS7010>
9. Duman N.& Doğanay G., Toplumsal Dışlanma Pratikleri Üzerine Trabzon'da Engelli Kadınlar; SAD/JSR, Sosyoloji Araştırma Dergisi, Cilt/Volume 20 Sayı/Number 2 (Ekim/ October 2017): (1-48)
10. Nasibov D., (2017), Çalışma yaşamında Engelli Kadın Olmak: Alanya Örneği, Alanya Alaaddin Keykubat üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Alanya.
11. Bayındır, Z. ve Tuna Uysal, M. (2023). Engelli Kadın Sporcuların Toplumsal Deneyimleri Üzerine Bir Çalışma, Sosyal, Beşerî ve İdari Bilimler Dergisi, 6(4): 427-444.
12. Burcu, E. (2004). Görme özürü öğrencilerin eğitimlerine ilişkin düşünceleri ve sorunları: Ankara örneği. Ufuk Ötesi Bilim Dergisi, 4(2), 23-47.
13. Kamanlıoğlu, M (2007). Feminist perspektifte özürü kadına bakışın sosyolojik değerlendirmesi üzerine kuramsal bir çalışma (Yüksek lisans tezi). Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara
14. Kaldık, B. (2022). Üniversitedeki Z Kuşağı'nın Engelli Bireylere Yönelik Tutumları Üzerine Bir Araştırma. Bingöl Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 23(1), 39-53. <https://doi.org/10.29029/busbed.1029744>
15. Çağlar, S. (2012). Engellilerin erişebilirlik hakkı ve Türkiye'de erişebilirlikleri. Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi, 61(2), 541-598.
16. Demir, A. Z. (2024). Engelliler, Farklılık Ve Rekabet Avantajı. The Journal of Academic Social Science, 22(22), 135-147.
17. Sevil, Ü., & Gürkan, A., (2017). Her alanda Kadın Olmak, Ankara Nobel Tıp Kitapevi, ss.153-191

Knowledge and Attitudes of Women Living in Rural Areas on Breast Cancer Prevention

Kırsal Alanda Yaşayan Kadınların Meme Kanserinden Korunma Konusundaki Bilgi ve Tutumları

Hatice BALCI¹ Evre YILMAZ²

ABSTRACT

Objective: To determine the breast cancer preventive behaviors of rural women and the factors affecting them.

Methods: In a descriptive study with 215 women, data were collected using the “Personal Information Form” and the “Instrument for Measuring Factors Affecting Women’s Breast Cancer Prevention Behaviors (ASSISTS)”.

Results: The mean total score of ASSISTS was found to be 113.48±18.44, and the mean sub-dimension scores were as follows: support systems 13.26±4.13, self-efficacy 14.65±3.17, self-care 17.79±5.24, stress management 10.89±2.77, motivation 16.04±3.34, attitude 26.51±4.60, and information 14.31±3.69.

Conclusion: Economic status, health insurance, performing breast self-examination and having received training, knowing when to have clinical breast examination, mammography and ultrasonography positively affect preventive behaviors.

Keywords: Breast Cancer, Women, Screening, Rural

INTRODUCTION

According to 2022 Global data, breast cancer, which is seen in every country of the world, is the most common type of cancer in women in 157 of 185 countries. According to World Health Organisation data, approximately half of breast cancers, 0.5-1% of which are seen in men, are seen in women without any specific risk factors other than gender and age. In 2022, 670,000 people died of breast cancer worldwide (1). On the other hand, screening methods are reported to be the most effective approach to reducing mortality rates². Breast cancer screening methods enable early detection of pathological changes in the

1-Associate Professor; KTO Karatay University Medical Services and Techniques Department, Konya, Türkiye
E-posta: hatice_balci_87@hotmail.com htc.blc.87@gmail.com
ORCID: 0000-0002-3617-3670

2-Associate Professor; KTO Karatay University Medical Services and Techniques Department, Konya, Türkiye
E-posta: evregundogdu@gmail.com ORCID: 0000-0002-5592-8055

Gönderim Tarihi:12.02.2025 - Kabul Tarihi: 03.12.2025

ÖZ

Amaç: Kırsal alanda yaşayan kadınların meme kanserine yönelik koruyucu davranışlarını ve etkileyen faktörleri belirlemektir.

Yöntemler: 215 kadın ile yapılan tanımlayıcı çalışmada veriler “Kişisel Bilgi Formu” ve “Kadınların Meme Kanseri Önleme Davranışlarını Etkileyen Faktörleri Ölçme Aracı (MEKÖD)” ile toplanmıştır.

Bulgular: MEKÖD toplam puan ortalaması 113,48±18,44, alt boyut puan ortalamaları ise; destek sistemleri 13.26±4.13, öz yeterlilik 14.65±3.17, öz bakım 17.79±5.24, stres yönetimi 10.89±2.77, motivasyon 16.04±3.34, tutum 26.51±4.60 ve bilgi alma 14.31±3.69 olarak bulunmuştur.

Sonuç: Ekonomik durum, sağlık güvencesi, kendi kendine meme muayenesi yapma ve eğitimini almış olma, klinik meme muayenesi, mamografi ve ultrasonografi yaptıрма zamanını bilme koruyucu davranışlarının olumlu yönde etkilemektedir.

Anahtar Kelimeler: Meme Kanseri, Kadınlar, Tarama, Kırsal Alan

breast, which increases the success of treatment. Therefore, it is important to know the symptoms and screening methods and to apply these methods regularly for early diagnosis of breast cancer (3,4). Recommendations of countries regarding breast cancer screening methods may vary. For example; in our country, the recommended screening methods of the Department of Cancer of the Public Health Directorate of Türkiye are breast self-examination (BSE) every month from the age of 20 for women without symptoms, Clinical breast examination (CBE) every year and mammography every two years between the ages of 40-69 (5). Mammography, CBE, and BSE examinations are frequently used as breast cancer screening methods (6). Although BSE is not an ideal method among breast cancer screening methods, it is the best alternative for situations where resources are limited (7). It is recommended that women perform BSE to raise

awareness about their bodies and health and to develop a sense of responsibility. In addition, being easy to learn, being cost-effective, having high patient acceptability, and not being an invasive intervention are among the advantages of BSE (8). Some women know the importance of breast cancer screening, but do not have sufficient knowledge about screening skills and therefore do not benefit from services such as care and screening. In addition, women do not participate in breast cancer screening programs due to reasons such as lack of adequate knowledge about breast cancer, fear and shame regarding breast examinations, or fear of a disease that may occur as a result of screening, with the effect of sociocultural factors (9). In short, women stay away from breast cancer screening programs for financial or moral reasons, and these reasons constitute an obstacle to early detection.

Health professionals also have responsibilities in breast cancer screening programs. Healthcare professionals, who have important roles in informing and raising awareness of women about breast cancer risk factors, symptoms, signs and symptoms, and screening methods used in early diagnosis, are expected to have sufficient knowledge about breast cancer (10). Women living in every region of our country should be informed and made aware of breast cancer screening programs. Breast cancer screening programs are vital for women living in rural areas, which are among the groups that will have difficulty accessing health services, and health service providers should support women in these regions. Based on this necessity, this study examined the knowledge and attitudes of women registered at the family health center located in a rural area in Konya province towards breast cancer prevention.

MATERIALS AND METHODS

Study Design

This study was a cross-sectional descriptive study.

Study Setting

This study was conducted with women registered

in a Family Health Center in Konya between 20.12.2023 and 20.03.2024.

Sample Size

The population of the study consisted of women over the age of 18 registered in a family health center in Konya. In the sample calculation, 215 women who met the inclusion criteria were included in the study. There are 1000 women in the total population registered with the Family Health Center. The minimum sample size required for the research was calculated using the sample calculation engine (<https://tr.surveymonkey.com/mp/sample-size-calculator/>). With a 5% margin of error and 95% confidence interval, the sample size was determined as 215.

Inclusion Criteria for Research

Women over 18 years of age who volunteered were included in the study.

Exclusion Criteria for the Study

Women with dementia, Alzheimer's disease, hearing or vision loss, women with psychiatric disorders, and women with breast cancer were not included in the study.

Data Collection Instruments

The Personal Information Form and Instrument to Measure Factors Influencing Women's Breast Cancer Prevention Behaviors (ASSISTS) were used for data collection. The data were collected by two researchers using by face-to-face interview method after the women registered with the family health center were explained to them when they came to the center, and their consent was obtained. The study was completed when a sufficient sample was reached.

Personal Information Form: A personal information form was prepared by the researcher after reviewing the literature. This form consists of 12 questions about sociodemographic and descriptive characteristics including age, marital status, employment status, educational status, economic status, presence of health insurance, diagnosis of breast cancer in a first-degree

relative, status of BSE training, status of BSE practice, frequency of mammography, breast ultrasonography (USG), frequency of breast examinations, and frequency of clinical breast examinations.

Instrument to Measure Factors Influencing Women's Breast Cancer Prevention Behaviors (ASSISTS): The scale developed by Khazae-Pool et al. in Iran in 2016 to determine the factors affecting women's breast cancer prevention behaviors is a 33-item 5-point Likert-type scale ("1" never, "2" rarely, "3" sometimes, "4" often, "5" always) with attitude, motivation, self-efficacy, support systems, information seeking, self-care and stress management sub-dimensions (11). The lowest score that can be obtained from the scale is 33, and the highest score is 165. The high average obtained from the relevant dimension of the scale indicates that the participant exhibits positive behavior in that direction. The scale adapted into Turkish by Turan and Yiğit (2019) consists of 33 items in total (12). It was determined that the overall Cronbach alpha coefficient of the scale was 0.758, and its sub-dimensions ranged between 0.70 and 0.76. In this study, the overall Cronbach's alpha coefficient of the scale was 0.878. The items in the factors of the scale and the score ranges that the participants can get from the factors of the scale are given in Table 1.

Study Procedure

Preliminary interviews were conducted with

all patients, and the purpose of the study was explained in detail. The women who agreed to participate in the study were then given an informed consent form, a personal information form, and an instrument to measure factors influencing women's breast cancer prevention behaviors (ASSISTS).

Data Analysis

SPSS 25.0 (Armonk, NY, USA: IBM Corp.) was used for data analysis. Descriptive statistics such as mean, standard deviation, percentage, and number were used to analyze categorical and continuous variables. The conformity of the data to normal distribution was determined by the Kolmogorov-Smirnov test, normal distribution curve, Skewness Kurtosis test, and parametric tests were used when the data showed normal distribution and nonparametric tests were used to analyze the data that did not conform to normal distribution. In pairwise comparisons, "Student's t-test" was used when the data fit the normal distribution, and "Mann-Whitney U test" was used when the data did not fit the normal distribution. For comparisons of three or more variables, one-way analysis of variance and Games Howel was used for those with normal distribution, while Kruskal-Wallis and Hocberg's Gt2 and test were used for those without normal distribution. Significance was evaluated at a 95% confidence interval and $p < 0,05$ was taken.

Table 1. Items included in the factors of the scale and the factor score ranges

ASSISTS and its subdimensions	Items	Min-Max
Support systems (includes 4 items)	10,11,12,13	4.00-20.00
Self-efficacy (includes 4 items)	7,8,9,30	4.00-20.00
Self-care (includes 6 items)	24,25,26,27,28,29	6.00-30.00
Stress Management (includes 3 items)	31,32,33	3.00-15.00
Motivation (includes 4 items)	4,5,6,14	4.00-20.00
Attitude (includes 8 items)	1,2,3,18,19,21,22,23	10.00-36.00
Information Retrieval (includes 4 items)	15,16,17,20	4.00-20.00

Table 2. Comparison of ASSISTS and its sub-dimensions according to sociodemographic characteristics of women (n=215), Konya-2024

Sociodemographic Variables	Number (n)	Percentage (%)	Support Systems Score		Self-efficacy Score	Self-Care Score		Stress Management Score		Motivation Score	Attitude Score		Information Retrieval Score	ASSISTS Total Score	
			Mean±ss	Mean±ss		Mean±ss	Q(Q1-Q3)	Mean±ss	Q(Q1-Q3)		Mean±ss	Mean±ss			
Age (year)															
18-30	79	36.7	12.39±4.20	14.02±3.18	17.02±5.23	3.7(4.3-3.0)	4.0(4.8-3.5)	26.84±4.55	3.5(4.3-3.0)	110.78±18.50					
30-45	101	47.0	13.82±4.00	15.04±3.12	18.27±5.34	3.7(4.3-3.0)	4.0(4.9-3.8)	26.10±4.69	3.5(4.5-3.0)	114.87±18.59					
45 and above	35	16.3	13.62±4.11	14.91±3.13	18.14±4.89	4.0(4.3-3.3)	4.3(4.8-3.8)	26.94±4.47	3.5(4.3-3.0)	115.57±17.60					
<i>Test value</i>			2.860 ³	2.491 ³	1.360 ³	2.427 ⁴	3.072 ⁴	0.749 ³	0.079 ⁴	1.361 ³					
<i>p</i>			0.060	0.085	0.259	0.297	0.215	0.474	0.961	0.259					
Marital status															
Married	134	62.3	13.57±3.99	14.75±3.17	17.83±4.94	3.7(4.3-3.0)	4.0(4.8-3.5)	26.43±4.38	3.5(4.3-3.0)	113.79±17.13					
Single	81	37.7	12.75±4.33	14.48±3.18	17.72±5.73	3.7(4.5-3.0)	4.0(4.8-3.5)	26.65±4.97	3.5(4.5-3.0)	112.96±20.51					
<i>Test value</i>			1.415 ¹	0.609 ¹	0.145 ¹	-0.594 ²	-0.602 ²	-0.341 ¹	-0.202 ²	0.321 ¹					
<i>p</i>			0.158	0.543	0.885	0.552	0.547	0.733	0.840	0.748					
Working status															
Working	94	43.7	13.50±3.91	14.75±3.07	18.54±5.23	3.8(4.3-3.0)	4.0(4.8-3.5)	26.85±4.87	3.6(4.5-3.0)	115.57±17.58					
Not working	121	56.3	13.08±4.30	14.57±3.25	17.21±5.19	3.7(4.3-3.0)	4.0(4.8-3.5)	26.25±4.38	3.5(4.5-3.0)	111.85±18.98					
<i>Test value</i>			0.733 ¹	0.424 ¹	1.852 ¹	-0.594 ²	-0.170 ²	0.939 ¹	-1.284 ²	1.469 ¹					
<i>p</i>			0.464	0.672	0.065	0.553	0.865	0.349	0.199	0.143					
Education															
Illiterate	2	0.9	10.50±9.19	13.00±7.07	12.50±7.77	4.2(-----4.0)	3.9(----3.3)	25.50±2.12	2.0(----1.0)	97.50±36.06					
Primary School / Elementary Education	79	36.7	13.08±4.06	14.18±3.24	16.97±4.90	3.7(4.0-3.0)	4.0(4.8-3.5)	25.98±4.68	3.5(4.3-3.0)	110.43±18.15					
High School	87	40.5	13.55±4.02	14.93±2.99	18.22±5.40	3.7(4.3-3.0)	4.0(4.8-3.5)	26.79±4.63	3.8(4.5-3.0)	115.85±18.00					
University	47	21.9	13.14±4.33	14.97±3.21	18.59±5.28	3.7(4.3-2.7)	4.0(4.5-3.8)	26.93±4.50	3.5(4.3-3.0)	114.91±18.68					
<i>Test value</i>			0.494 ³	1.134 ³	1.913 ³	3.509 ⁴	0.500 ⁴	0.612 ³	5.021 ⁴	1.816 ³					
<i>p</i>			0.687	0.336	0.129	0.320	0.919	0.608	0.170	0.145					

Economic situation																									
Income more than expenditure	35	16.3		12.17±4.19	13.94±3.35	16.82±5.82	3.7(4.7-3.0)	4.0(4.3-3.3)	27.11±4.54	3.3(3.8-2.5)	108.54±18.66														
Income matches expenditure	131	60.9		13.71±3.95	14.95±3.16	18.34±4.98	3.7(4.3-3.0)	4.3(5.0-3.8)	26.45±4.47	3.8(4.5-3.0)	116.05±17.72														
Income less than expenditure	49	22.8		12.83±4.45	14.34±3.01	17.02±5.33	3.7(4.3-3.0)	4.0(4.4-3.5)	26.24±5.03	3.5(4.1-2.9)	110.14±19.26														
<i>Test value</i>				2.300 ³	1.709 ³	1.860 ³	1.109 ⁴	9.846⁴	0.388 ³	10.877⁴	3.408³														
<i>p</i>				0.103	0.184	0.158	0.574	0.007**	0.679	0.004**	0.035*														
Presence of health insurance																									
Yes	185	86.0		13.43±4.16	14.83±3.14	17.96±5.15	3.7(4.3-3.0)	4.3(4.8-3.6)	26.68±4.70	3.5(4.5-3.0)	114.82±18.23														
No	30	14.0		12.23±3.84	13.53±3.15	16.76±5.77	3.3(4.0-2.9)	3.8(4.0-3.0)	25.50±3.87	3.4(4.0-2.9)	105.20±17.83														
<i>Test value</i>				1.478 ¹	2.098¹	1.159 ¹	-1.753 ²	-4.303²	1.305 ¹	-1.725 ²	2.691¹														
<i>p</i>				0.141	0.037*	0.248	0.080	0.000**	0.193	0.084	0.008**														
Presence of first-degree relatives diagnosed with breast cancer																									
Yes	30	14.0		14.13±4.11	14.66±3.03	18.50±5.09	3.3(4.4-2.6)	4.1(5.0-3.5)	26.20±4.74	3.5(4.5-3.0)	115.10±20.06														
No	185	86.0		13.12±4.13	14.64±3.20	17.68±5.27	3.7(4.3-3.0)	4.0(4.8-3.5)	26.56±4.59	3.5(4.3-3.0)	113.22±18.20														
<i>Test value</i>				1.242 ¹	0.029 ¹	0.793 ¹	-1.148 ²	-0.926 ²	-0.405 ¹	-0.653 ²	0.517 ¹														
<i>p</i>				0.216	0.977	0.429	0.251	0.354	0.686	0.514	0.606														
TOTAL	215	100																							

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; ¹ t-testi (t); ² Mann-Whitney U testi (z); ³ Varyans analizi (F); ⁴ Kruskal-Wallis Testi (H); Summary statistics are given as X=standard values.

Table 3. Comparison of ASSISTS and its sub-dimensions according to the descriptive characteristics of women (n=215), Konya-2024

Descriptive variables	Number (n)	Percentage (%)	Support Systems Score	Self-efficacy Score	Self-Care Score	Stress Management Score	Motivation Score	Attitude Score	Information Retrieval Score	ASSISTS Total Score
			Mean±ss	Mean±ss	Mean±ss	Q(Q1-Q3)	Q(Q1-Q3)	Mean±ss	Q(Q1-Q3)	Mean±ss
Receipt of training on breast self-examination (BSE)										
Yes	78	36.3	14.65±3.83	15.29±2.86	19.42±5.04	4.0(4.7-3.3)	4.0(4.8-3.5)	27.52±4.09	3.9(4.8-3.0)	120.08±17.42
No	137	63.7	12.47±4.10	14.28±3.28	16.86±5.14	3.7(4.3-3.0)	4.0(4.8-3.5)	25.94±4.79	3.5(4.0-2.9)	109.72±17.99
<i>Test value</i>			3.833¹	2.268¹	3.525¹	-1.887 ²	-0.854 ²	2.453¹	-3.041²	4.108¹
<i>P</i>			0.000**	0.024*	0.001**	0.059	0.393	0.015*	0.002**	0.000**
Do you do breast self-examination?										
I do it regularly, once a month	9	4.2	15.44±4.79	16.33±2.29	22.11±4.56	4.3(4.7-4.0)	5.0(5.0-4.5)	30.44±3.53	4.5(4.9-4.0)	133.88±12.56
Sometimes, when I think of it, I do it	132	61.4	13.84±3.65	14.93±2.97	18.78±5.00	3.7(4.3-3.0)	4.3(4.8-3.8)	26.33±4.38	3.8(4.5-3.0)	116.32±16.70
No, I never did.	74	34.4	11.97±4.54	13.94±3.45	15.50±4.88	3.3(4.3-2.7)	3.8(4.1-3.3)	26.36±4.93	3.3(4.0-2.7)	105.93±18.84
<i>Test value</i>			6.458³	3.706³	14.022³	8.382⁴	25.553⁴	3.499³	13.857⁴	15.023³
<i>P</i>			0.002**	0.026*	0.000**	0.015*	0.000**	0.032*	0.001**	0.000**
Do you know how often mammography and breast USG (ultrasonography) should be performed?										
Yes	95	44.2	14.21±3.72	15.34±2.80	18.74±5.00	4.0(4.3-3.0)	4.3(5.0-3.8)	27.11±4.44	3.8(4.5-3.0)	118.41±17.47
No	120	55.8	12.51±4.29	14.10±3.33	17.04±5.32	3.7(4.3-3.0)	4.0(4.5-3.5)	26.04±4.69	3.5(4.0-2.8)	109.58±18.32
<i>Test value</i>			3.040¹	2.915¹	t=2.395¹	-1.257 ²	-2.331²	1.706 ¹	-2.859²	3.581¹
<i>P</i>			0.003**	0.004**	0.018*	0.209	0.020*	0.089	0.004**	0.000**

Have you ever had mammography and breast USG (ultrasonography) for breast examination?																						
Never had a mammogram	151	70.2	13.07±4.21	14.27±3.21	17.35±5.12	3.7(4.3-3.0)	4.0(4.8-3.5)	26.23±4.52	3.5(4.5-3.0)	111.78±18.54												
Less than 1 year ago	15	7.0	15.53±3.27	16.80±2.00	21.26±4.47	4.0(4.3-3.7)	4.3(5.0-4.0)	30.26±4.18	4.3(4.5-3.3)	129.46±14.04												
1-5 years ago	35	16.3	14.02±3.65	15.60±2.85	19.05±5.73	3.3(4.3-3.0)	4.3(4.8-3.8)	26.42±4.26	3.5(4.3-3.0)	117.02±16.73												
More than 6 years ago	14	6.5	10.92±4.00	14.00±3.25	15.64±4.03	4.0(4.1-2.6)	4.3(4.8-3.8)	25.78±5.32	2.9(3.8-2.0)	105.78±16.04												
<i>Test value</i>			3.623³	4.440³	4.182³	3.371 ⁴	5.817 ⁴	3.772³	7.857⁴	5.791³												
<i>p</i>			0.014*	0.005**	0.007**	0.338	0.121	0.011*	0.049*	0.001**												
How often do you have a clinical breast examination?																						
I have never had one	160	74.4	12.88±4.23	14.25±3.22	17.16±5.22	3.7(4.3-3.0)	4.0(4.7-3.5)	26.30±4.47	3.5(4.3-3.0)	111.17±18.53												
I do it at least once a year	15	7.0	15.46±3.81	16.20±3.78	23.26±4.57	4.0(5.0-3.7)	4.3(5.0-3.8)	28.93±5.70	3.5(4.5-3.0)	128.80±19.74												
I do it at irregular intervals	40	18.6	13.95±3.54	15.65±2.25	18.25±4.34	3.8(4.3-3.1)	4.3(4.8-3.8)	26.47±4.53	3.8(4.3-3.0)	116.97±14.14												
<i>Test value</i>			3.418³	5.214³	10.277³	4.974 ⁴	7.497⁴	2.271³	0.884⁴	7.585³												
<i>p</i>			0.035*	0.006**	0.000**	0.083	0.024*	0.106	0.643	0.001**												
TOTAL	215	100																				

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; ¹ t-testi (t); ² Mann-Whitney U testi (z); ³ Varyans analizi (F); ⁴ Kruskal-Wallis Testi (H); Summary statistics are given as X±standard values.

Table 4. Mean Scores of ASSISTS Subdimensions (n=215), Konya - 2024

ASSISTS and its subdimensions	$\bar{x}\pm SD$	Min-Max	Scale Min-Max
Support systems	13.26±4.13	4.00-20.00	4.00-20.00
Self-efficacy	14.65±3.17	4.00-20.00	4.00-20.00
Self-care	17.79±5.24	6.00-30.00	6.00-30.00
Stress Management	10.89±2.77	3.00-15.00	3.00-15.00
Motivation	16.04±3.34	4.00-20.00	4.00-20.00
Attitude	26.51±4.60	10.00-36.00	10.00-36.00
Information Retrieval	14.31±3.69	4.00-20.00	4.00-20.00
ASSISTS Total Points	113.48±18.44	61.00-159.00	61.00-159.00

Ethical Considerations

For the implementation of the study, permission of the “XXX” University Drug and Non-Medical Device Research Ethics Committee was obtained.

The women to be included in the study were informed about the purpose of the study and the steps of the application by the researcher before the application and their written permission was obtained by using the “Informed Consent Form”. Permission was obtained from the authors of the scale for the Turkish version of the “Instrument to Measure Factors Influencing Women’s Breast Cancer Prevention Behaviors (ASSISTS)” used in the study via e-mail.

RESULTS

It was found that 47% of the 215 women who participated in the study were between the ages of 18-30. It was found that 62,3% of the women were married, 56,3% were not employed, 40,5% were high school graduates, 60,9% had an income equivalent to their expenses, 86,0% had health insurance, and 86,0% had no first-degree relatives diagnosed with breast cancer (Table 2).

Among the women who participated in the study, 63,7% reported that they had not received training on breast self-examination (BSE), 61,4% reported that they sometimes performed breast self-examination when they thought of it, 55,8% reported that they did not know how often mammography and breast ultrasonography (USG) should be performed, 70,2% reported that they had never had mammography and breast USG for

breast examination, and 74,4% reported that they had never had clinical breast examination (Table 3).

There was no difference between the ASSISTS scores and scale sub-dimension scores according to the age groups and marital status of the women. It was found that there was a significant difference ($p<0.05$) between the economic status of the women and their ASSISTS scores and motivation and information retrieval sub-dimension scores. According to the result of the Gabriel test conducted to find the source of the difference between the groups, it was found that those whose income was more than their expenses had higher ASSISTS scores and motivation and information-seeking sub-dimension scores than those whose income was equal to their expenses. It was found that the ASSISTS scores, self-efficacy, and motivation scores of those with health insurance were significantly higher than those without health insurance ($p<0.05$) (Table 2).

Those who received training on BSE ASSISTS scores and scores in the sub-dimensions of support, self-efficacy, self-care, attitude, and information seeking were found to be significantly higher than those who did not receive training ($p<0.05$) (Table 3).

A significant difference was found between the answers given to the question “Do you perform breast self-examination?” in the scores of ASSISTS and all sub-dimension scores ($p<0.05$). According to Hochberg’s GT2 test conducted to find the source of the difference between the groups, it

was found that those who did it once a month, regularly, sometimes, whenever they thought of it, and sometimes whenever they thought of it had higher scores than those who never did it ($p<0.05$) (Table 3).

It was found that those who knew how often mammography and breast USG should be performed had significantly higher ASSISTS scores and support, self-efficacy, self-care, motivation, and information-seeking sub-dimension scores than those who did not know ($p<0.05$) (Table 3).

There is a significant difference ($p<0.05$) in ASSISTS scores and support, self-efficacy, self-care, and attitude sub-dimension scores according to the status of having mammography and/or breast USG for breast examination. According to Hochberg's GT2 test conducted to find the source of the difference between the groups, it was found that the score of those who had mammograms less than 1 year ago was higher than those who had never had mammograms and those who had mammograms more than 6 years ago ($p<0.05$) (Table 3).

When the frequency of clinical breast examinations of women was compared, there was a significant difference ($p<0.05$) in ASSISTS scores and support, self-efficacy, self-care, and attitude sub-dimension scores. According to Hochberg's GT2 test performed to find the source of the difference between the groups, it was found that the ASSISTS scores and self-care scores of those who had clinical breast examinations at least once a year were higher than those who never had them and those who had them at regular intervals ($p<0.05$) (Table 3).

The mean ASSISTS score of the women was found to be 113.48 ± 18.44 . Among the sub-dimensions of ASSISTS, the mean score of support systems was 13.26 ± 4.13 , the mean score of self-efficacy was 14.65 ± 3.17 , the mean score of self-care was 17.79 ± 5.24 , the mean score of stress management was 10.89 ± 2.77 , the mean score of motivation was 16.04 ± 3.34 , the mean score of attitude was 26.51 ± 4.60 , and the mean score of receiving information was 14.31 ± 3.69 (Table 4).

DISCUSSION

Many factors are involved in the etiology of breast cancer and some of them are preventable. Every preventable factor reduces the development of breast cancer. In the study, the mean ASSISTS total score of the women was found to be at a moderate level. When the sub-dimensions of the ASSISTS scale were evaluated, it was found that the mean scores of support systems, self-efficacy, stress management, motivation, attitude, and information were high and the mean score of self-care was at a medium level. Okan et al (2023) and Güneş et al (2022) studies, it was determined that the mean ASSISTS scale total score of women was at a moderate level (13,14). Among the women who participated in the study, it was found that those whose income was equal to or higher than their expenses had high ASSISTS scale scores. In the study of Okan et al (2023), in parallel with the results of the study, it was found that the ASSISTS scale score of those whose income and expenditure were equal was higher than those whose income was less than expenditure (13). Women have multiple responsibilities in society such as childcare, housework, and meeting parental needs. Considering that good socio-economic status contributes significantly to supporting these responsibilities, it can be said that this situation facilitates women's ability to allocate sufficient time for health seeking. In the study of Karabulutlu et al (2023), it was determined that there was no significant difference between the ASSISTS scale score and income status (15). In addition to economic security, it was found that women with health insurance had higher ASSISTS scale scores than those without health insurance. Today, with increasing health technologies, there is a corresponding increase in health expenditures. It can be said that knowing that the tests and examinations are covered by any institution increases women's sense of competence and positive health-related behaviors.

Inadequate knowledge about breast cancer screening and treatment may lead individuals to have negative perceptions and rely on inaccurate alternative treatments (16). This may lead to late detection of the disease and more difficult

treatment. In the study, it was found that those who received training on breast self-examination (BSE) had higher ASSISTS scores and all sub-dimensions. In a study examining the relationship between knowledge and attitude towards BSE in women, it was reported that the attitudes of women with high levels of knowledge were also positive (17). In a study by Khiyali, Aliyan, and Kashf (2017), they increased the knowledge level of women through training on breast cancer and BSE and stated that this training improved BSE behaviors that can be used in early diagnosis (18).

It was found that the ASSISTS scale scores of those who regularly and sometimes practiced BSE were higher than those who never practiced BSE. In parallel with the results of the study, Karabulutlu et al (2023) also reported that the ASSISTS scale scores of women who performed BSE examination increased significantly (15). When the BSE status is examined, there are studies indicating that less than half of the participants regularly perform BSE (19). Türkmen (2017) found that more than half of the women in her study did not know the symptoms of breast cancer and that the BSE practice behaviors of those who knew the symptoms increased 4 times (20). According to the results of the study, it can be said that women who practice BSE examination have a higher awareness of breast cancer and take measures to diagnose the disease at an early stage.

Prevention and treatment interventions need to be improved due to the incidence, mortality, and economic burden of cancer (21). It was found that those who knew how often mammography and breast USG should be performed had higher ASSISTS scale scores than those who did not know and those who had mammography and breast USG in less than one year. In parallel with the results, studies are showing that the attitudes and practices of women who know about BSE are more positive (22,23,24). Women who do not follow breast cancer screening recommendations such as BSE, mammography, and clinical breast examinations are more likely to have the disease detected at later stages (25). It can be said that women who have a high level of knowledge and attach importance to screening take precautions to

prevent the disease.

It was found that women who had clinical breast examinations at least once a year had higher ASSISTS scores than those who never had them and those who had them regularly. In a study by Aytekin et al. in which women's knowledge and practice of clinical breast examination were questioned, it was concluded that 51.5% of women had not heard of clinical breast examination and 13.5% of women had clinical breast examination (26). It is reported that those who have regular clinical breast examinations have increased compliance with screening and breast health awareness (25). According to the socio-cultural structure, clinical breast examination is seen as an embarrassing behavior in some women and therefore low awareness in these groups is an expected picture. It can be said that women who have continuous examinations realize their responsibilities related to the disease in the hospital environment and do not take any individual precautions.

Strengths of the Study

Women living in rural areas are disadvantaged in terms of access to health screenings due to the limited facilities in their region. The strength of this study is that it was conducted in a disadvantaged group. It may be possible to provide health screening support to women living in rural areas in line with the information obtained about breast cancer preventive interventions and screenings.

Limitations of the Study

The limitation of this research is that the results represent only the relevant population. The results cannot be generalized.

CONCLUSION

The factors affecting women's breast cancer prevention behaviors were influenced by economic status, health insurance, and having received education on BSE. Social media and public service campaigns can be utilized, and providing free mammography services to low-

income women can be a supportive factor. In addition, since primary health care services are usually the units that come into contact with women, awareness raising and dissemination can be ensured here. Raising awareness of screening can also contribute to reducing the burden on secondary and tertiary health services.

Training on screening methods is important for the early detection of breast cancer. The educational role of nurses, which is among their contemporary roles, is significant in protecting women's breast health. Nurses, who have an important place in the healthcare team, have an important role in education because they are in constant communication with women in therapeutic institutions such as hospitals, units providing preventive health services such as schools, family health centers, centers providing rehabilitation services such as cancer associations, and homes. In terms of education, nurses must first evaluate what women know or want to know about BSE practices. In addition, nurses, as role models and responsible individuals for the people they serve, should perform the BSE methodically and correctly, and regularly turn clinical breast examination and mammography checks into routine behavior, and have extensive knowledge about the signs and symptoms of breast cancer and risk groups. They should also be familiar with current guidelines for breast cancer prevention and be able to answer questions from patients about breast cancer risk and breast cancer prevention interventions. For this reason, nurses' knowledge levels on this subject should be evaluated, their participation in in-service training should be encouraged, and their participation in organized training programs should be supported. Breast cancer risk assessments, general lifestyle modification initiatives, and breast cancer prevention strategies, including screening, should be included in training programs for health professionals.

Acknowledgments

The researchers would like to thank the individuals who participated in the study.

Declaration of competing interest

The authors declare that they have no known competing financial interests or personal relationships that could have appeared to influence the work reported in this paper.

Funding

This research did not receive any specific grant from funding agencies in the public, commercial, or not-for-profit sectors.

Informed Consent

Informed written consent was obtained from all individual participants included in the study.

Availability of Data and Materials

All data generated or analyzed during this study are included in this article. Further inquiries can be directed to the corresponding author.

REFERENCES

1. WHO. 2024. World Health Organization. (2024, April 01). <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer>
2. Özçelik EK, Seçginli S. Ailesinde meme kanseri öyküsü olan kadınlarda meme kanseri tarama davranışları. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*. 2022;31(3):183-192. <https://doi.org/10.17942/sted.897058>
3. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2024). (2024, April 05). Meme Kanseri Korunma, Tarama, Tanı, Tedavi ve İzlem Klinik Rehberi (Versiyon 1.0). <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/38131,memekanskr20200720pdf.pdf?0>
4. Köksal NG. Breast Cancer Screening And Early Diagnosis. *East Black Sea Journal of Health Sciences*. 2022;1(2):50-56.
5. Türkiye Halk Sağlığı Müdürlüğü Kanser Daire Başkanlığı. (2024). (2024, April 05). Meme Kanseri Tarama Programı Ulusal Standartları. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kansertarama-standartlari/listesi/meme-kanseri-taramaprogram%C4%B1-ulusal-standartlar%C4%B1.html>.
6. Ngan TT, Nguyen NT, Van Minh H, et al. Effectiveness of clinical breast examination as a 'stand-alone' screening modality: an overview of systematic reviews. *BMC cancer*. 2020;20:1-10. <https://doi.org/10.1186/s12885-020-07521-w>
7. Gupta R, Gupta S, Mehrotra R, et al. Risk factors of breast cancer and breast self-examination in early detection: a systematic review of awareness among Indian women in community and health care professionals. *Journal of public health*. 2020;42(1):118-131. doi: 10.1093/pubmed/fdy228
8. Madubogwu CI, Madubogwu NU, Azuik EC. Practice of Breast Self-Examination among Female Students of Chukwuemeka

- Odumegwu Ojukwu University, Awka. *Journal of Health Science Research*. 2021;6(2):10-18. doi: <https://doi.org/10.7324/jhsr.2021.622>
9. Suwankhong D, Liamputtong P. Early Detection of Breast Cancer and Barrier to Screening Programmes amongst Thai Migrant Women in Australia: A Qualitative Study. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*. 2018;19(4):1089–1097. doi: 10.22034/APJCP.2018.19.4.1089
10. Osei-Afriyie S, Addae AK, Oppong S, et al. Breast cancer awareness, risk factors and screening practices among future health professionals in Ghana: A cross-sectional study. *PloS one*. 2021;16(6):e0253373. doi: 10.1371/journal.pone.0253373.
11. Khazaei-Pool M, Majlessi F, Montazeri A, et al. Development and Psychometric Testing of A New Instrument to Measure Factors Influencing Women's Breast Cancer Prevention Behaviors (ASSISTS). *BMC Women's Health*. 2016;16:40. doi: 10.1186/s12905-016-0318-2.
12. Turan Z, Yiğit F. Kadınların meme kanseri önleme davranışlarını etkileyen faktörleri belirleme ölçeği'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Kocaeli Medical Journal*. 2021;10(3):407-420.
13. Okan F, Porsuk SK, Taşdemir S, et al. Kadın Tekstil İşçilerinin Meme Kanseri Önleme Davranışlarını Etkileyen Faktörler: Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi. 2023;5(3):301-311. <https://doi.org/10.54061/jphn.1253458>
14. Güneş D, Atalikoğlu Başkan S, Köse Tuncer S. Factors affecting women's breast cancer prevention behaviors. *Turkish Journal of Science and Health*. 2022;3(3):138–146. <https://doi.org/10.51972/tfsd.1081529>
15. Karabulutlu Ö, Bakır N, Demir C. The Effect of Breast Cancer Anxiety Levels of Female Seasonal Agricultural Workers on Breast Cancer Prevention Behaviors. *Gümüşhane University Journal of Health Sciences*. 2023;12(4):1647-1654. <https://doi.org/10.37989/gumussagbil.1372782>
16. Saeed S, Asim M, Sohail MM. Fears and barriers: problems in breast cancer diagnosis and treatment in Pakistan. *BMC Women's Health*. 2021;21:151. <https://doi.org/10.1186/s12905-021-01293-6>
17. Susanti S, Mona S, Munirah M, et al. The Correlation Between Knowledge and Attitudes of Women of Fertile Age Toward Breast Self-Examination. *MEDIS: Jurnal Riset Ilmu Kesehatan*. 2024;1(1):05-10.
18. Khyali Z, Aliyan F, Kashf SH. Educational Intervention on Breast Self-Examination Behavior in Women Referred to Health Centers: Application of Health Belief Model. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*. 2017;18(10):2833–2838. doi: 10.22034/APJCP.2017.18.10.2833.
19. Nacar, G. The Relationship Between Breast Cancer Anxiety Level and Early Diagnosis Screening Behavior in Women. *Journal of Inonu University Health Services Vocational School*. 2018;6(2):44-53.
20. Türkmen, H. Üniversite öğrencilerinin kendi kendine meme muayenesini bilme ve uygulama durumları. *Manisa Celal Bayar University Journal of Institute of Health Science*. 2017;4(2):586-592.
21. Scarpetti L, Guarino M, Baima J. Cancer; Pathophysiology and Stress Modulation (Cancer; Therapeutic Interventions). *Seminars in Oncology Nursing*. 2022;38(5):151328. WB Saunders. doi: 10.1016/j.soncn.2022.151328.
22. Yakubu AA, Gadanya MA, Sheshe AA. Knowledge, attitude, and practice of breast self-examination among female nurses in Aminu Kano teaching hospital, Kano, Nigeria. *Nigerian Journal of Basic and Clinical Sciences*. 2014;11(2):85-88. doi: 10.4103/0331-8540.140344
23. Hassan LM, Mahmoud N, Miller AB, et al. Evaluation of effect of self-examination and physical examination on breast cancer. *The Breast*. 2015;24(4):487-490. doi: 10.1016/j.breast.2015.04.011.
24. Tuyen DQ, Dung TV, Dong HV, et al. (2019). Breast self-examination: knowledge and practice among female textile workers in Vietnam. *Cancer Control*. 2019;26(1):1073274819862788. doi: 10.1177/1073274819862788.
25. Yip CH, Taib NA, Song CV, et al. Early diagnosis of breast cancer in the absence of population-based mammographic screening in Asia. *Current Breast Cancer Reports*. 2018;10(8):1-9. doi: 10.1007/s12609-018-0279-6
26. Aytekin MŞ, Çetin Ö, Kahraman A. Determining the relationship between the breast self-examination of midwifery students and their mothers and fear of breast cancer. *Anatolian Journal of Health Research*. 2022;2(3):93-100. <http://dx.doi.org/10.29228/anatoljhr.53959>

Ergenlerde Sosyal Medya Bağımlılığının Sosyal Görünüş Kaygısı ve Benlik Saygısı ile İlişkisi

The Relationship of Social Media Addiction with Social Appearance Anxiety and Self-Esteem in Adolescents

Onurhan EKİCİ¹, Aydan AKKURT YALÇINTÜRK²

ÖZ

Amaç: Bu araştırma, ergenlerde sosyal medya bağımlılığı ile sosyal görünüş kaygısı ve benlik saygısı arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla tanımlayıcı tipte gerçekleştirilmiştir.

Yöntem: Araştırmada veriler Eylül – Aralık 2024 tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırmanın örneklemini 390 lise öğrencisi oluşturmuştur. Veriler Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği, Ergenler için Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçeği (ESMBÖ) ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Analizler SPSS 22 programı kullanılarak yapılmıştır.

Bulgular: Çalışmada ergenlerin "Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçeği" puan ortalamasının 18,364 olduğu, "Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği" puan ortalamasının 32,682 olduğu, "Benlik Saygısı Ölçeği" puan ortalamasının 1,777 olduğu belirlenmiştir. "Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçeği" ile "Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği" puanları arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Sonuç: Çalışma bulguları doğrultusunda, ergenlerde sosyal medya bağımlılığının sosyal görünüş kaygısını artırdığı, benlik saygısını ise azalttığı sonucuna ulaşılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Benlik Saygısı, Ergen, Sosyal Görünüş Kaygısı, Sosyal Medya Bağımlılığı

GİRİŞ

İnsan, varoluşundan bu yana sürekli olarak iletişim kurma ihtiyacı duyan sosyal bir varlıktır. Tarihsel süreç boyunca bu ihtiyacını karşılamak için çeşitli yöntemler ve araçlar geliştirmiştir. Bu araçlardan birisi de sosyal medyadır. Sosyal medya, kullanıcıların duygu ve düşüncelerini, yaratıcılıklarını ya da günlük yaşamlarına dair çeşitli detayları başkalarıyla anlık olarak

1-Uzman Hemşire, Üsküdar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı.

E-posta: onurhan.ekici@st.uskudar.edu.tr

ORCID: 0009-0008-9687-9406

2-Dr. Öğr. Üyesi, Üsküdar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü.

E-posta: aydan.akkurtyalcinturk@uskudar.edu.tr

ORCID: 0000-0002-5386-0624

Gönderim Tarihi: 14.02.2025 - Kabul Tarihi: 03.12.2025

ABSTRACT

Aim: This descriptive study was conducted to examine the relationship between social media addiction and social appearance anxiety and self-esteem in adolescents.

Methods: The data were collected between September and December 2024. The sample of the study consisted of 390 high school students. Data were collected using "Student Descriptive Characteristics Form", "Social Media Addiction Scale for Adolescents", "Social Appearance Anxiety Scale", and "Rosenberg Self-Esteem Scale". Analyses were conducted using SPSS 22 program.

Results: In the study, it was determined that the mean score of Social Media Addiction Scale for Adolescents was 18.364±6.086, the mean score of Social Appearance Anxiety Scale was 32.682±13.170, and the mean score of Rosenberg Self-Esteem Scale was 1.777±1.633. It was determined that there was a positive and significant relationship between Social Media Addiction Scale for Adolescents and Social Appearance Anxiety Scale and Rosenberg Self-Esteem Scale scores ($p<0.05$).

Conclusion: In line with the findings of the study, it was concluded that social media addiction increases social appearance anxiety and decreases self-esteem in adolescents.

Keywords: Adolescents, Self-Esteem, Social Appearance Anxiety, Social Media Addiction

paylaşabildikleri çevrimiçi bir iletişim ortamıdır. (1). Instagram, Facebook, Twitter, Youtube gibi sosyal ağlar en sık sıklıkla kullanılan sosyal medya araçlarıdır.

Sosyal medyanın gelişimi, dünya genelindeki toplumları derinden etkilemiş ve beraberinde hem olumlu hem de olumsuz sonuçlar doğurmuştur. Bireyleri etkileyen olumlu yönleri arasında, tüm dünya vatandaşlarına ulaşım imkanıyla yüksek sayıda kişinin sanal ortamda bir araya gelerek sosyalleşebilmesi, yalnız kalma hissini azaltması, güncel bilgilere hızlı bir şekilde ulaşılması, belirsizlik ve kaygıyı azaltması, duygusal tatmin sağlaması, çeşitli sağlık hizmetlerine ve psikoeğitim içeriklerine çevrimiçi olarak erişim

imkânı sunması yer almaktadır. (2). Sosyal medya, kullanıcılarına geniş bir paylaşım ağı ve erişim olanağı sağlamaktadır. Bu özelliği, sağlık sektöründe pazarlama amaçlı olarak da kullanılmaktadır. Sosyal medya platformları aracılığıyla bireylere sağlıklı yaşam, güzellik, estetik ve formda kalma gibi konular kolaylıkla aktarılmakta ve bu durum, bireylerin estetik işlemlere yönelimini arttırmaktadır. Bunun yanı sıra, sosyal medyada sürekli olarak belirli bir güzellik algısının sunulması, bireylerin kendi bedenlerini yetersiz hissetmelerine ve dış görünüşleriyle ilgili kaygı duymalarına yol açmaktadır (3). Kullanıcılar kendi bedenlerini sosyal medyada bu idealize edilmiş bedenlerle karşılaştırırken, olumsuz değerlendirilmenin kaygısını yaşamaktadırlar. Bireylerin çevreleri tarafından fiziksel olarak değerlendirildiklerini hissettikleri durumlarda yaşadıkları gerginlik ve kaygı sosyal görünüş kaygısı olarak adlandırılmaktadır (4).

Sosyal görünüş kaygısı özellikle ergenlik döneminde daha yoğun yaşanmaktadır (5). Ergenlik döneminde birey, akranlarının görüşlerine daha fazla değer vermeye başlar ve kendisini onların bakış açısından değerlendirme eğilimi gösterir. Bu süreçte, fiziksel görünümünü yetersiz bulan bireyler, olumsuz yargılanma kaygısı nedeniyle sosyal etkileşimlerini sınırlandırma eğiliminde olabilirler (5,6). Woods ve Scott (2016) tarafından yapılan çalışmada, sosyal medya kullanımının ergenlerde sosyal görünüş kaygısını artırdığı belirtilmiştir. Çalışmada, sosyal medya platformlarında geçirilen sürenin artmasının, sosyal görünüş kaygısına, depresyon ve düşük benlik saygısına yol açtığı saptanmıştır (7). Farooq ve ark. (2023) tarafından yapılan çalışmada sosyal medya kullanımı için ayrılan süre arttıkça bireylerin benlik saygılarında düşüş olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu bulgular, sosyal medyanın ergenlerin ruh sağlığı üzerindeki olumsuz etkilerini vurgulamaktadır (8).

Sosyal medya kullanımı sırasında bireyler, birçok farklı uyarıcıyla karşı karşıya kalmaktadır. Platformlarda paylaşılan fotoğraflar, yazılar, videolar ve kullanıcıların birbirlerinin profillerini diledikleri an görüntüleyebilmesi, bu uyarıcılar

arasında yer almaktadır. Bireyler, maruz kaldıkları bu içeriklerin etkisiyle kendilerini başkalarıyla kıyaslayabilir ve bu durum, zamanla benlik saygılarında azalmaya neden olabilir. Gökkaya ve ark. (2020) araştırmasında, sosyal medya kullanımı ile beden imajı algısı arasında bir bağlantı olduğu saptanmıştır. Çalışmanın bulgularına göre, bireyler sosyal medyadaki profilleri kendi beden imajlarıyla kıyaslama eğilimindedir. Ayrıca, bireylerin sosyal medyada aldığı beğeni sayısı, takipçi oranı ve izlenme sayısı gibi unsurlar, benlik saygılarıyla ilişkili olabilmektedir (9). Beğeni sayısı, takipçi düzeyleri veya anlık olarak izlenme sayısının düşüklüğü benlik saygısında düşmeye neden olabilmektedir (10).

Toplumların gelişiminde eğitimin etkisi yadsınamaz düzeyde önemlidir. Eğitim aileden başlayarak okul ve sosyal hayatın gelişimi ile sürekli olarak devam etmektedir. Sosyal döngüde bireylerin eğitim görmeye başladığı alanlarda aynı anda kişisel gelişimleri de hız kazanmaktadır. Özellikle kişisel gelişimin hız kazandığı ergenlik döneminde sosyal medya kullanımının artması ile oluşabilecek negatif sonuçlardan dolayı başarı ve gelişmişlik seviyelerinde düşme; asosyal ve depresif belirtilerde artma gözlenmesi olasıdır. Psikiyatri hemşireleri, ruh sağlığı konusundaki sorunları gidermek ve farkındalığı artırmak için toplumu eğitme görevini üstlenmektedir. Verilen eğitimler, insanların ruhsal sorunlarını erken dönemde tanımlarını ve profesyonel yardım almalarını sağlarken toplumsal önyargıların azalmasına da katkı sağlamaktadır.

Hemşirelerin ergenlerin sağlığının korunması ve sürdürülmesinde okul yöneticileri, rehber öğretmenler, okul hemşireleri ile iş birliği halinde olmaları, bu konuda aktif görev ve sorumluluk almaları gerekmektedir (11). Özellikle ergenlere doğru sosyal medya kullanımı, sosyal medyanın pozitif ve negatif getirileri, sosyal medya bağımlılığı konuları üzerine yoğunlaşmalıdır. Sosyal medya bağımlılığı ve beraberinde getireceği riskler ile ilgili olarak eğitim çalışmaları yapılmalı, öğrencilerin yeni hobi ve aktivitelere yönlendirilmesi sağlanmalı, yeni sosyal beceriler kazandırılması gibi girişimler

uygulanmalıdır Aynı zamanda bu konuda psikiyatri hemşirelerinin ergenler ile birlikte okul çalışanlarına da rehberlik etmesi önem taşımaktadır. Bu bağlamda verilebilecek eğitimler öncesi ergenlerin sosyal medya bağımlılık düzeylerinin ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi ve eğitimlerde bu faktörlerin ele alınması önemlidir. Literatürler incelendiğinde, ergenlerde sosyal medya bağımlılığının sosyal görünüş kaygısı ve benlik saygısı arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmaya rastlanılmamıştır. Bu çalışmanın amacı, ergenlerde sosyal medya bağımlılığı ile sosyal görünüş kaygısı ve benlik saygısı arasındaki ilişkinin belirlenmesidir.

Araştırma Soruları;

- Ergenlerde sosyal medya bağımlılık düzeyi nasıldır?
- Ergenlerde sosyal görünüş kaygısı düzeyi nasıldır?
- Ergenlerde benlik saygısı düzeyi nasıldır?
- Ergenlerde sosyal medya bağımlılığı ile sosyal görünüş kaygısı arasında ilişki var mıdır?
- Ergenlerde sosyal medya bağımlılığı ile benlik saygısı arasında ilişki var mıdır?
- Ergenlerde sosyal görünüş kaygısı ile benlik saygısı arasında ilişki var mıdır?

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın Amacı ve Türü

Çalışma tanımlayıcı tipte gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini İstanbul İli Avrupa yakasında yer alan bir Anadolu Lisesi'nde Eylül – Aralık 2024 tarihleri arasında eğitim gören tüm öğrenciler oluşturmuştur (N=2500) Araştırma da örneklem seçimine gidilmeyip çalışmaya katılmayı kabul eden öğrenciler araştırmaya dahil edilmiştir. Çalışmaya dahil edilme kriterleri; 14-17 yaş arasında olmak, çalışmanın yapılacağı lisede eğitim öğretime aktif olarak katılmak, çalışmaya katılmaya gönüllü olmaktır. Örneklem

sayısı evreni bilinen popülasyondan örneklem hesaplama yöntemi kullanılarak hesaplanmıştır. Hesaplamalar sonucunda çalışmaya 350 kişinin katılmasının yeterli olduğu belirlenmiştir. Öğrencilerin ailelerinden izin alınamaması, öğrencilerin üniversite sınavına hazırlanmasından dolayı derslere devam etmemesi, öğrencilerin araştırmaya katılmak istememesi gibi nedenlerden dolayı çalışmanın örneklemi 390 öğrenci oluşturmuştur.

Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımsız değişkenleri ergenlerin tanımlayıcı özellikleri ve sosyal medya bağımlılığı düzeyi; bağımlı değişkenleri ise sosyal görünüş kaygısı ve benlik saygısı düzeyidir.

Veri Toplama Araçları

Araştırmada veriler “Öğrenci Tanımlayıcı Özellikler Formu”, “Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçeği”, “Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği” ve “Benlik Saygısı Ölçeği” ile toplanmıştır.

Öğrenci Tanımlayıcı Özellikler Formu:

Literatür taranarak araştırmacılar tarafından oluşturulan formda ergenlerin bireysel özelliklerini içeren toplam 7 soru (cinsiyet, yaş, sınıf, teknolojik cihaz varlığı, sosyal medyada kullanılan uygulamalar, sosyal medya kullanım süresi ve amacı) yer almaktadır (12,13,14).

Ergenler için Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçeği (ESMBÖ):

Ölçek ergenlerin sosyal medya bağımlılığı düzeylerini ölçmek için Özgenel ve ark. (2019) tarafından geliştirilmiştir. 9 maddeden oluşan ölçek 5’li Likert tipindedir. Ölçekten en az 9 puan, en fazla 45 puan alınabilmektedir. Ölçek toplam puanının yüksekliği bireyin sosyal medya bağımlılığının yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçeğin orijinal çalışmasında Cronbach’s Alpha güvenirlik katsayısı 0,90 olarak belirlenmiştir (15). Bu çalışmada ise 0,85 olarak belirlenmiştir.

Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği (SGKÖ):

Bireylerdeki sosyal görünüş kaygısını ölçmek amacıyla Hart ve arkadaşları (2008) tarafından geliştirilmiştir (16). 16 maddeden oluşan 5’li likert tipi bir ölçektir. Ölçekten alınabilecek en

düşük puan 16, en yüksek puan ise 80'dir. Puanın yüksek olması sosyal görünüş kaygısının yüksek olduğu anlamına gelmektedir. Doğan tarafından yapılan Türkçe uyarlama çalışmasında ölçeğin Cronbach's Alpha iç tutarlık katsayısı 0,93 olarak belirlenmiştir (17). Bu çalışmada ise 0,86 olarak bulunmuştur.

Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ): Rosenberg benlik saygısı ölçeği, Rosenberg (1965) tarafından bireylerin benlik saygısı düzeylerini ölçmek için geliştirilmiş olup ölçekte 12 alt ölçeğe dağıtılmış 63 madde yer almaktadır (18,19). Ölçeğin ilk on maddesi benlik saygısını ölçmektedir. Bu nedenle diğer alt ölçekleri değerlendirme kapsamında kullanılmamıştır. "Benlik Saygısı" alt ölçeğinde 0 –1 puan alanların "yüksek"; 2–4 puan alanların "orta" ve 5–6 puan alanların "düşük" benlik saygısına sahip oldukları kabul edilmektedir Türkçe uyarlama çalışması Çuhadaroğlu (1986) tarafından yapılmış olup Cronbach's Alpha katsayısı 0,75 olarak belirlenmiştir (19). Bu çalışmada ise 0,84 olarak bulunmuştur.

Verilerin Toplanması

Veriler yüz yüze toplanmıştır. Gerekli yazılı izinler tamamlandıktan sonra okulun yöneticisi ile görüşülerek okul faaliyetlerini aksatmayacak şekilde araştırmanın uygulanacağı tarih belirlenmiştir. Veri toplama tarihleri öğrencilerin sınav haftalarına denk gelmeyecek ve ana derslerinden geri kalmayacak şekilde planlanmıştır. Çalışma kapsamına alınan öğrencilerin ailelerine bilgilendirilmiş onam gönderilip iki gün sonra da bu onamlar tekrardan okula giderek toplanmıştır. Planlanan tarihlerde öğrencilere çalışmanın amacı, ölçeklerin nasıl doldurulacağı konusunda açıklama yapılarak araştırmaya katılmayı kabul eden öğrenciler çalışma kapsamına alınmıştır. Veri toplama süreci yaklaşık 20 dakika sürmüştür.

Verilerin İstatistiksel Analizi

Araştırmada elde edilen veriler bilgisayar ortamında IBM SPSS Statistics for Windows, Version 22.0 (SPSS INC., Chicago, IL, USA) istatistik programı kullanılarak değerlendirilmiştir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin tanımlayıcı özelliklerinin belirlenmesinde frekans ve yüzde analizlerinden, ölçeklerin incelenmesinde ortalama ve standart sapma istatistiklerinden faydalanılmıştır. Araştırma değişkenlerinin normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemek üzere Kurtosis (Basıklık) ve Skewness (Çarpıklık) değerleri incelenmiştir. Değişkenlerin normal dağılım gösterdiği belirlenmiştir. Verilerin analizinde parametrik yöntemler kullanılmıştır. Ölçek düzeylerini belirleyen boyutlar arasındaki ilişkiler Pearson korelasyon ve lineer regresyon analizleri aracılığıyla incelenmiştir. Tanımlayıcı özelliklere göre ölçek düzeyindeki farklılaşmaların incelenmesinde bağımsız gruplar t-testi, tek yönlü varyans analizi (Anova) ve post hoc (Tukey, LSD) analizlerinden faydalanılmıştır. Anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın uygulanabilmesi için Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan izin alınmıştır (61351342/020-324). Milli Eğitim Bakanlığı'ndan kurum izni alınmıştır. Ergenlerin ailelerinden bilgilendirilmiş yazılı onam alınmıştır.

Bulgular

Çalışmada ergenlerin %57,4'ünün kadın, %35,1'inin 16 yaşında ve %35,1'inin birinci sınıfta olduğu belirlenmiştir. Ergenlerin %98,7'sinin teknolojik cihaza sahip olduğu, %95,4'unun Instagram, % 92,3'ünün Youtube kullandığı, %41'inin günlük sosyal medya kullanım süresinin 3-5 saat olduğu, %94,1'inin arkadaşlarıyla iletişim kurmak için, %35,1'inin oyun oynamak için sosyal medyayı kullandığı belirlenmiştir (Tablo 1).

Tablo 1. Ergenlerin tanımlayıcı özellikleri (N=390), İstanbul-2024

Gruplar	Frekans(n)	Yüzde (%)
Cinsiyet		
Erkek	166	42,6
Kadın	224	57,4
Yaş		
14	122	31,3
15	79	20,3
16	137	35,1
17	52	13,3
Sınıf		
1	137	35,1
2	99	25,4
3	106	27,2
4	48	12,3
Teknolojik Cihaz Sahipliği		
Evet	385	98,7
Hayır	5	1,3
Kullanılan Sosyal Medya Uygulamaları*		
Instagram	372	95,4
Facebook	59	15,1
Twitter	171	43,8
Youtube	360	92,3
Snapchat	160	41,0
Google+	242	62,1
Tiktok	141	36,2
Diğer	46	11,9
Sosyal Medya Günlük Kullanım Süresi		
0-1	19	4,9
1-3	138	35,4
3-5	160	41,0
5 Ve Üzeri	73	18,7
Sosyal Medya Kullanım Amaçları*		
Arkadaşlar ile İletişim Kurmak	367	94,1
Arkadaşların Yaşamlarını İncelemek	68	17,4
Eski Arkadaşlar ile Tekrar İletişime Geçmek	115	29,5
Kendi Düşüncelerini Paylaşmak	120	30,8
İlgi Duyduğu Gruplara Katılmak	75	19,2
Beğenileri Paylaşmak	90	23,1
Yeni Arkadaşlar Edinmek	64	16,4
Tanınmak ve Popüler Olmak	29	7,4
Oyun Oynamak	137	35,1
Diğer	42	10,8

*Kapalı uçlu olarak sorulmuştur. Birden fazla şık işaretlenmiştir.

Tablo 2. “Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçeği”, “Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği” ve “Benlik Saygısı Ölçeği” puan ortalamaları (N=390), İstanbul-2024

	Ort	Ss	Minimum	Maksimum
Ergenler İçin Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçeği	18,364	6,086	9,000	37,000
Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği	32,682	13,170	16,000	79,000
Benlik Saygısı Ölçeği	1,777	1,633	0,000	6,000

Ort: Ortalama, Ss: Standart sapma

Tablo 3. “Ergenler İçin Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçeği”, “Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği” ve “Benlik Saygısı Ölçeği” puan ortalamalarının cinsiyet, yaş, sınıf ve sosyal medya kullanım süresine göre farklılaşma durumu (N=390), İstanbul-2024

	Ergenler İçin Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçeği Ort±Ss	Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği Ort±Ss	Benlik Saygısı Ölçeği Ort±Ss
Cinsiyet			
Erkek	18,446±6,208	32,102±12,709	1,639±1,423
Kadın	18,304±6,007	33,112±13,513	1,880±1,769
	t= 0,228 p=0,820	t= -0,748 p=0,455	t= -1,442 p=0,137
Yaş			
14	17,451±5,638	31,008±13,339	1,648±1,595
15	17,228±5,347	34,785±14,442	1,658±1,663
16	19,299±6,609	32,153±13,008	1,810±1,616
17	19,769±6,208	34,808±10,565	2,173±1,700
	F= 3,922 p=0,009 3>1, 4>1, 3>2, 4>2	F= 1,866 p=0,135	F= 1,866 p=0,135
Sınıf			
1	17,540±5,653	31,905±13,964	1,672±1,659
2	17,748±5,818	31,929±12,737	1,647±1,507
3	19,179±6,591	33,377±13,766	1,859±1,681
4	20,188±6,228	34,917±10,023	2,167±1,680
	F= 3,304 p=0,020 3>1, 4>1, 4>2	F= 0,825 p=0,481	F= 1,404 p=0,241
Sosyal Medya Günlük Kullanım Süresi			
0-1	13,842±5,188	31,158±17,667	1,684±1,765
1-3	16,928±5,121	32,478±12,694	1,761±1,550
3-5	18,931±5,882	31,656±12,411	1,700±1,711
5 Ve Üzeri	21,014±7,064	35,712±14,140	2,000±1,590
	F= 12,087 p=0,000 2,3,4>1, 3,4>2, 4>3	F= 1,717 p=0,163	F= 0,595 p=0,618

t: Bağımsız örneklem t testi, F: Tek yönlü varyans analizi, Ort: Ortalama, Ss: Standart sapma, p<0,05

Tablo 4. Ergenlerin “Ergenler İçin Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçeği”, “Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği” ve “Benlik Saygısı Ölçeği” puanlarının korelasyonu (N=390), İstanbul-2024

		Ergenler İçin Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçeği	Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği	Benlik Saygısı Ölçeği
Ergenler İçin Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçeği	r	1,000		
	p	0,000		
Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği	r	0,327	1,000	
	p	0,000	0,000	
Benlik Saygısı Ölçeği	r	0,246	0,436	1,000
	p	0,000	0,000	0,000

r:Pearson Korelasyon Analizi, $p<0,05$

Ergenlerin “Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçeği” puan ortalamasının 18,364±6,086, “Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği” puan ortalamasının 32,682±13,170, “Benlik Saygısı Ölçeği” puan ortalamasının 1,777±1,633 olduğu belirlenmiştir (Tablo 2).

Çalışmada “Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçeği” puan ortalamalarında yaş gruplarına göre anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir ($F=3,922$; $p=0,009$). Post-hoc analiz sonuçlarına göre, 17 yaş grubu ortalamasının (19,769±6,208) ve 16 yaş grubu ortalamasının (19,299±6,609), 14 yaş grubu (17,451±5,638) ve 15 yaş grubu (17,228±5,347) ortalamalarından anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır. “Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği” ve “Benlik Saygısı Ölçeği” puan ortalamalarında yaş gruplarına göre anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (Tablo 3).

Çalışmada “Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçeği” puan ortalamalarında sınıf düzeylerine göre anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir. Post-hoc analiz sonuçlarına göre, 4. sınıf öğrencilerinin (20,188±6,228) ve 3. sınıf öğrencilerinin (Ort=19,179±6,591) puan ortalamalarının, 1. sınıf (Ort=17,540±5,653) ve 2. sınıf öğrencilerinin (17,748±5,818) puan ortalamalarından anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır. “Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği” ve “Benlik Saygısı Ölçeği” puan ortalamalarında sınıf düzeylerine göre anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (Tablo 3).

Çalışmada “Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçeği” puan ortalamalarında sosyal medyayı günlük

kullanım sürelerine göre anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır. Post-hoc analiz sonuçlarına göre, 1-3 saat, 3-5 saat ve 5 saatten fazla sosyal medya kullanan grupların puan ortalamalarının, 0-1 saat sosyal medya kullanan gruba göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Ayrıca sosyal medyayı 3-5 saat kullanan grubun puan ortalamasının, 1-3 saat kullanan gruba göre, 5 saatten fazla kullanan grubun puan ortalamasının, 3-5 saat kullanan gruba göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır. “Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği” ve “Benlik Saygısı Ölçeği” puan ortalamalarında sosyal medyayı günlük kullanım sürelerine göre anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir (Tablo 3).

Çalışmada “Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçeği” “Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği” ve “Benlik Saygısı Ölçeği” puan ortalamalarında cinsiyete göre anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir (Tablo 3).

Çalışmada “Ergenler İçin Sosyal medya bağımlılığı ölçeği” ile “Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği” ($r=0,327$; $p<0,05$) ve “Benlik Saygısı Ölçeği” ($r=0,246$; $p<0,05$) puan ortalamaları arasında pozitif yönlü, anlamlı ve zayıf bir ilişki olduğu belirlenmiştir. “Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği” ile “Benlik Saygısı Ölçeği” puan ortalamaları arasında da ve orta seviyede, pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($r=0,436$; $p<0,05$). (Tablo 4).

Tablo 5. Ergenlerde sosyal medya bağımlılığının sosyal görünüş kaygısı ve benlik saygısı üzerine etkisi (N=390), İstanbul- 2024

Bağımsız Değişken	Standart Edilmemiş Katsayılar		Standart Edilmiş Katsayılar	t	p	%95 Güven Aralığı	
	B	SE	β			Alt	Üst
Sabit	19,688	2,008		9,804	0,000	15,739	23,636
Ergenler İçin Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçeği	0,708	0,104	0,327	6,816	0,000	0,503	0,912
*Bağımlı Değişken=Sosyal Görünüş Kaygısı Toplam, $R=0,327$; $R^2=0,105$; $F=46,455$; $p=0,000$; Durbin Watson Değeri=1,870							
Sabit	0,565	0,255		2,213	0,027	0,063	1,067
Ergenler İçin Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçeği	0,066	0,013	0,246	4,997	0,000	0,040	0,092
*Bağımlı Değişken=Benlik Saygısı Toplam, $R=0,246$; $R^2=0,058$; $F=24,965$; $p=0,000$; Durbin Watson Değeri=1,899							

$p<0,05$

Çalışmada sosyal medya bağımlılığının sosyal görünüş kaygısı üzerindeki etkisini belirlemek üzere yapılan regresyon analizi anlamlı bulunmuştur ($F=46,455$; $p=0,000$). Sosyal görünüş kaygısı düzeyindeki toplam değişim %10,5 oranında sosyal medya bağımlılığı tarafından açıklanmaktadır ($R^2=0,105$). “Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçeği” toplam puanının standart edilmemiş katsayısı pozitif yönlü bir etki göstermektedir ($B=0,708$; $p=0,000$). Bu durum, sosyal medya bağımlılığı puanındaki her bir birimlik artışın, sosyal görünüş kaygısı puanında 0,708 birimlik bir artışa neden olduğunu ifade etmektedir. Standart edilmiş katsayı ($\beta=0,327$), sosyal medya bağımlılığının sosyal görünüş kaygısı üzerinde orta düzeyde bir etkisinin olduğunu göstermektedir (Tablo 5).

Çalışmada sosyal medya bağımlılığının benlik saygısı üzerindeki etkisini belirlemek üzere yapılan regresyon analizi anlamlı bulunmuştur ($F=24,965$; $p=0,000$). Benlik saygısı düzeyindeki toplam değişim %5,8 oranında sosyal medya bağımlılığı tarafından açıklanmaktadır ($R^2=0,058$). “Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçeği” toplam puanının standart edilmemiş katsayısı anlamlı ve pozitif yönlü bir etki göstermektedir ($B=0,066$; $p=0,000$). Bu durum, “Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçeği” puanındaki her bir birimlik artışın, “Benlik Saygısı Ölçeği” puanında 0,066 birimlik bir artışa neden olduğunu ifade etmektedir. Ancak, benlik saygısı puanındaki

artışın benlik saygısında düşüş anlamına geldiği dikkate alındığında, bu bulgu sosyal medya bağımlılığındaki artışın benlik saygısında azalmaya neden olduğunu göstermektedir. Standart edilmiş katsayı ($\beta=0,246$), sosyal medya bağımlılığının benlik saygısı üzerinde düşük düzeyde bir etkiye sahip olduğunu ortaya koymaktadır (Tablo 5).

Çalışmada sosyal görünüş kaygısının benlik saygısı üzerindeki etkisini belirlemek üzere yapılan regresyon analizi anlamlı bulunmuştur ($F=90,972$; $p=0,000$). Benlik saygısı düzeyindeki toplam değişim %18,8 oranında sosyal görünüş kaygısı tarafından açıklanmaktadır ($R^2=0,188$). “Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği” toplam puanının standart edilmemiş katsayısı anlamlı ve pozitif yönlü bir etki göstermektedir ($B=0,054$; $p=0,000$). Bu bulgu, sosyal görünüş kaygısı puanındaki her bir birimlik artışın, benlik saygısı puanında 0,054 birimlik bir artışa neden olduğunu göstermektedir. Ancak, benlik saygısı ölçeği puanındaki artışın benlik saygısının azaldığını ifade ettiği dikkate alındığında, bu durum sosyal görünüş kaygısındaki artışın, benlik saygısında azalmaya neden olduğunu ortaya koymaktadır. Standart edilmiş katsayı ($\beta=0,436$), sosyal görünüş kaygısının benlik saygısı üzerinde orta düzeyde bir etkiye sahip olduğunu göstermektedir (Tablo 5).

Tartışma

Çalışmada ergenlerin yaklaşık yarısına yakınının sosyal medyada günde 3- 5 saat vakit geçirdiği saptanmıştır. Benzer şekilde Caz ve Bardakçı (2019) tarafından yapılan çalışmada ergenlerin %44'nün günde en az 4 saatlerini sosyal medyada geçirdikleri belirtilmiştir (20). Büyükbaykal ve Temel (2019) tarafından yapılan çalışmada ergenlerin büyük çoğunluğunun günde ortalama 3 saatini sosyal medya platformlarında geçirdiği belirlenmiştir (21). Esen (2010) tarafından yapılan çalışmada ergenlerin %26,7'sinin sosyal medyada haftada 22 saatten fazla zaman geçirdiği belirtilmiştir. Ergenlerin sosyal medya kullanım amaçları incelendiğinde, en çok arkadaşlarıyla iletişim kurmak, oyun oynamak ve kendi düşüncelerini paylaşmak amacıyla sosyal medyayı kullandıkları belirlenmiştir (22). Büyükbaykal ve Temel (2019) tarafından yapılan çalışmada ergenlerin sosyal medyayı en çok boş zaman değerlendirmek ve eğlenmek amacıyla kullandıkları belirlenmiştir (21).

Ergenlerin "Ergenler İçin Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçeği" puan ortalamalarında yaşa göre anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir. Yaş ilerledikçe sosyal medya bağımlılığı düzeyinin arttığı saptanmıştır. Ayrıca çalışmada anlamlı farklılık olmamakla birlikte yaş ilerledikçe sosyal görünüş kaygısında artma ve benlik saygısında azalma olduğu saptanmıştır. Griffiths ve Kuss (2017) tarafından yapılan çalışmada sosyal medya bağımlılığının lise öğrencilerinde daha sık görüldüğü ve bu bağımlılığın yaş ilerledikçe arttığı belirtilmiştir (23).

Ergenlerin "Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçeği" puan ortalamalarında sınıf düzeyine göre anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir. Sınıf düzeyi yükseldikçe sosyal medya bağımlılığı düzeyinin arttığı belirlenmiştir. Şahin ve Kumcağız (2017) tarafından yapılan çalışmada lise öğrencilerinin sosyal medya bağımlılığı düzeylerinin sınıf düzeyine göre farklılık gösterdiği, özellikle 11. ve 12. sınıf öğrencilerinin sosyal medya bağımlılığı puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (24). Kaplan (2022) tarafından yapılan çalışmada 10,11 ve 12. Sınıf öğrencilerinin sosyal görünüş

kaygısının hazırlık ve 9. Sınıftakilere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (25). Bu bulguların üst sınıf öğrencilerinin sosyal medyada daha fazla zaman geçirmesiyle ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Ergenlerin "Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçeği" puan ortalamalarında sosyal medya kullanım süresine göre anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir. Sosyal medya bağımlılığı düzeyinin günlük kullanım süresi arttıkça yükseldiği saptanmıştır. Söyler (2019) tarafından yapılan çalışmada akıllı telefon kullanım süresinin artmasının akıllı telefon bağımlılığı üzerinde anlamlı bir etkisinin olduğu belirtilmiştir (26). Uslu (2021) tarafından yapılan çalışmada sosyal medya bağımlılığı puanları ile sosyal medyada geçirilen süre arasında pozitif ilişki olduğu görülmüştür (27). Daşlı ve Baloğlu (2020) tarafından yapılan çalışmada internet kullanım süresinin artmasıyla bağımlılık düzeylerinin de doğru orantılı olarak arttığı belirlenmiştir (28). Tutgun-Ünal ve Bozkurt (2020) tarafından gerçekleştirilen çalışmada internette geçirilen sürenin dijital bağımlılıklarda tek başına belirleyici olmamakla birlikte aşırı kullanımı olan kişilerde bağımlılığın yüksek oranda seyrettiği belirtilmiştir. Çalışmada ayrıca anlamlı bir farklılık olmamasına rağmen sosyal medya kullanımı süresi arttıkça sosyal görünüş kaygısının arttığı, benlik saygısının ise azaldığı belirlenmiştir (29). Tiggemann ve Slater (2013) tarafından yapılan çalışmada sosyal medyada geçirilen zamanın beden imajı kaygılarını artırdığı saptanmıştır (30). Benzer şekilde, Prieler ve Choi (2021) tarafından yapılan çalışmada sosyal medya karşılaştırmalarının ergenlerde beden memnuniyetsizliğini artırdığı ve bunun sosyal görünüş kaygısını güçlendirdiği belirlenmiştir (31). Woods ve Scott (2016) tarafından gerçekleştirilen çalışmada, artan sosyal medya kullanımına bağlı olarak ergenlerin benlik saygısının azaldığı saptanmıştır (7). Farooq ve ark. (2023) tarafından yapılan çalışmada ergenlerin sosyal medyada geçirdikleri süre ile benlik saygısı düzeyleri arasında belirgin bir negatif ilişki olduğu ortaya koyulmuştur. Başka bir deyişle, sosyal medyada daha uzun süre vakit geçiren ergenlerin benlik saygısının daha düşük olduğu saptanmıştır (8).

Yapılan regresyon analizi sonucunda sosyal medya bağımlılığının sosyal görünüş kaygısı üzerinde anlamlı ve pozitif bir etkiye sahip olduğu belirlenmiştir. Bu bulgu, sosyal medya kullanımının bireylerde sosyal görünüş kaygısını artırabileceğini göstermiştir. Korelasyon analizi sonucunda ise sosyal medya bağımlılığı ile sosyal görünüş kaygısı arasında zayıf, pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Polat (2023) tarafından gerçekleştirilen çalışmada ise ergenlerde sosyal medya bağımlılığı ile sosyal görünüş kaygısı arasında güçlü bir ilişki olduğu belirtilmiştir (32). Erdoğan (2019) ve Kaya (2024) tarafından gerçekleştirilen çalışmalarda sosyal medya bağımlılığı ile sosyal görünüş kaygısı arasında orta düzeyde pozitif yönlü bir ilişki olduğu saptanmıştır (33,34).

Yapılan regresyon ve korelasyon analizi sonucunda sosyal medya bağımlılığının benlik saygısı üzerinde anlamlı ve pozitif yönlü bir etkiye sahip olduğu belirlenmiştir. Sosyal medya bağımlılığı ile benlik saygısı arasında zayıf, pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Ancak, benlik saygısı puanındaki artışın benlik saygısının düştüğünü ifade etmesi nedeniyle, bu bulgu ergenlerde sosyal medya bağımlılığının artmasının benlik saygısı düzeyinin azalmasına neden olduğunu göstermiştir. Yüksel Şahin ve Öztoprak (2019) tarafından yapılan çalışmada düşük benlik saygısına sahip olan ergenlerin sosyal medya bağımlılık düzeylerinin yüksek olduğu belirlenmiştir (35). Meeus ve ark. (2019) tarafından erken ergenlik dönemindeki bireylerle gerçekleştirilen çalışmada, sosyal medyada öz sunum çabalarının düşük benlik saygısı ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (36).

Yapılan regresyon ve korelasyon analizi sonucunda sosyal görünüş kaygısının benlik saygısı üzerinde anlamlı ve pozitif bir etkiye sahip olduğu ve sosyal görünüş kaygısı ile benlik saygısı arasında da orta seviyede, pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Benlik saygısı puanının artışının benlik saygısında azalma anlamına gelmesi nedeniyle, sosyal görünüş kaygısının artması, bireylerin benlik saygısı düzeylerinin azalmasına neden olduğu saptanmıştır. Papapanou ve ark (2023) tarafından

gerçekleştirilen çalışmada sosyal medya kullanımının sosyal görünüş kaygısını artırdığı ve bunun da dolaylı olarak benlik saygısını düşürdüğü belirtilmiştir (37).

Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın ilk kısıtlılığı, çalışmanın örneklemini İstanbul İli Avrupa yakasında yer alan bir Anadolu Lisesi'nde öğrenim gören öğrencilerin oluşturmasıdır. Çalışmada her sınıftan bir tabaka alınıp tabakalı örnekleme yönteminin seçilmemesi çalışmanın diğer bir kısıtlılığıdır. Farklı yaş gruplarında, bölge veya liselerde yapılacak olan benzer çalışmaların farklı sonuçlar verebileceği dikkate alınmalıdır.

Sonuç ve Öneriler

Bu çalışmada, çalışma grubundaki ergenlerde sosyal medya bağımlılığının sosyal görünüş kaygısı ve benlik saygısı ile ilişkisi kapsamlı bir şekilde ele alınmıştır. Çalışma sonucunda ergenlerde sosyal medya bağımlılığının sosyal görünüş kaygısını artırdığı ve benlik saygısını düşürdüğü belirlenmiştir. Ayrıca, yaş ve sosyal medya kullanım süresinin bağımlılık düzeyi üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu saptanmıştır. Bu bağlamda, ergenlerin sosyal medyanın zararlarından korunmalarına destek olmak amacı ile okullarda farkındalık eğitimlerinin yapılması, ailelere yönelik ergenlerin sosyal medya kullanımını bilinçli şekilde yönlendirebilmeleri için sosyal medya okuryazarlığı konusunda eğitimler düzenlenmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Otrar M., Arın F.S. (2015). Öğrencilerin sosyal medyaya ilişkin tutumlarını belirlemeye yönelik bir ölçek geliştirme çalışması. *Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi*, 4(1), 391-403.
2. Şengönül M., Aydın B.N. (2023). Genç yetişkinlerde sosyal medya kullanımına dair özellikler ile sosyal görünüş kaygısı ve yeme tutumları ilişkisi. *Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 6(1), 113-134.
3. Özer P., Güzel Ş. (2023). Sosyal görünüş kaygısı ve sosyal medya bağımlılığının estetik işlem yaptırma algısı ile ilişkisi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, 14(40), 1412-1432.
4. Ürün Ö., Şafak Öztürk C. (2020). Yetişkin bireylerde sosyal görünüş kaygısı ile sosyal kaygı, benlik saygısı ve yaşam doyumu arasındaki ilişkiler. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 4(1), 37-45.

5. Akarsu H., Demirpençe M. (2022). Ergenlerde sosyal görünüş kaygısının iletişim becerilerine etkisi. *Necmettin Erbakan Üniversitesi Ereğli Eğitim Fakültesi Dergisi*, 4(1), 14-26
6. Çelik E., Şenay Güzel H. (2018). Ergenlerde sosyal görünüş kaygısı, mükemmeliyetçilik ve benlik saygısı ilişkisinin incelenmesi. *Türk Eğitim Bilimleri Dergisi*, 16(2), 235-256.
7. Woods H.C., Scott H. (2016). Sleepy teens: Social media use, sleep deprivation, and social appearance anxiety in adolescents. *Journal of Adolescence*, 68, 61-65. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2016.05.008>
8. Farooq H.O., Farrukh H., Khan Z. (2023). The influence of social media on adolescents' self-esteem. *Qlantic Journal of Social Sciences and Humanities*, 4(3), 173-182.
9. Gökçaya F., Deniz İ., Gedik Z. (2020). Sosyal medya bağımlılığının sosyal onay ihtiyacı ve beden memnuniyeti ile ilişkisi. *Klinik Psikoloji Dergisi*, 4(2), 94-105.
10. Demir S.Z. (2021). Yetişkin bireylerde sosyal medya kullanımının benlik saygısı ile ilişkisi: Narsisizmin aracı rolü. *Yakın Doğu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 14(2), 245-271.
11. Avcı F., Ayaz Alkaya S. (2018). Akran zorbalığının önlenmesinde okul sağlığı hemşiresinin rolü. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 5(1), 78-84.
12. Koçak M., Traş Z. (2021). Üniversite öğrencilerinde sosyal medya bağımlılığı ile sosyal ortamlarda gelişmeleri kaçırma korkusu ve yaşamın anlamı arasındaki yordayıcı ilişkiler. *MANAS Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 10(3), 1618-1631.
13. Güven B. (2022). Öğrenci hemşirelerde sosyal medya kullanımı, uyku kalitesi ve ilişkili faktörler (Yüksek Lisans Tezi), İstanbul Arel Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Türkiye.
14. Qianhui Du. (2023). The negative impact of social media on adolescents. *The International Conference on Interdisciplinary Humanities and Communication Studies*, 6(1), 305-309.
15. Özgenel M., Canpolat Ö., Ekşi H. (2019). Social Media Addiction Scale for Adolescents: Validity and reliability study. *Addicta: The Turkish Journal on Addictions*, 6(3), 629-662.
16. Hart T.A., Flora D.B., Paşo S.A., Fresco D.M., Holle C., Heimberg R.C. (2008). Development and examination of the Social Appearance Anxiety Scale. *Assessment*, 15(1), 48-59.
17. Doğan T. (2010). Adaptation of the Social Appearance Anxiety Scale (SAAS) to Turkish: A validity and reliability study. *Hacettepe University Journal of Education*, 39, 151-159.
18. Rosenberg M. (1965). *Society and the adolescent self image*. New Jersey: Princeton University Press.
19. Çuhadaroğlu F. (1986). Ergenlerde benlik saygısı (Doktora Tezi). Hacettepe Üniversitesi, Türkiye.
20. Caz Ç., Bardakçı S. (2019). Sosyal medya bozukluğu: Üniversite öğrencileri üzerine bir araştırma. *OPUS- Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi*, 10(17), 1100-1124.
21. Büyükbaykal A.C.İ., Temel G. (2019). Kullanımlar ve doyumlar yaklaşımı bağlamında sosyal medya kullanımı ve gençlik. *Uluslararası Kültürel ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 5(2), 434-447.
22. Esen E., Siyez D.M. (2011). Ergenlerde internet bağımlılığını yordayan psiko-sosyal değişkenlerin incelenmesi. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 4(36), 127- 136.
23. Griffiths M.D., Kuss D.J. (2017). Adolescent social media addiction (revisited). *Education and Health*, 35(3), 49-52.
24. Şahin C., Kumcağız H. (2017). Narsisizm ve benlik saygısının sosyal medya bağımlılığı üzerindeki yordayıcı rolü. *Uluslararası Avrasya Sosyal Bilimler Dergisi*, 8(30), 2136-2155.
25. Kaplan V. (2022). Öğrencilerin sosyal görünüş kaygı düzeylerinin incelenmesi (Kayseri ili örneği). *Uluslararası Psikolojik Danışma ve Rehberlik Araştırmaları Dergisi*, 4(1), 107-125.
26. Söyler İ. (2019). Ergenlerde akıllı telefon bağımlılığı ile kendilik algısı ve okula bağlanma arasındaki ilişki (Yüksek Lisans Tezi), İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Türkiye.
27. Uslu M. (2021). Türkiye'de sosyal medya bağımlılığı ve kullanımı araştırması. *Turkish Academic Research Review*, 6(2), 370-396.
28. Daşlı Y., Baloğlu A.O. (2020). Sosyal medya bağımlılığı üzerine bir alan araştırması. *International Social Mentality and Researcher Thinkers Journal*, 6(33), 1229-1239.
29. Tutgun Ünal A., Bozkurt V. (2020). Sosyal medya bağımlılığı belirtileri üzerine etki eden faktörler. (Bilişim Teknolojileri ve İletişim: Birey ve Toplum Güvenliği içinde). (1. basım). Türkiye Bilimler Akademisi, ss: 163-189.
30. Tiggemann M., Slater, A. (2013). NetGirls: The internet, Facebook, and body image concern in adolescent girls. *The International Journal of Eating Disorders*, 46(6), 630-633.
31. Prieler M., Choi J. (2021). The Relationships among self-worth contingency on others' approval, appearance comparisons on Facebook, and adolescent girls' body esteem: A cross-cultural study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(3), 901.
32. Polat R.N. (2023). Ergenlerde sosyal medya bağımlılığı, sosyal görünüş kaygısı ve aleksitimi arasındaki ilişki (Yüksek Lisans Tezi), Yozgat Bozok Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Türkiye.
33. Erdoğan B. (2019). Klinik olmayan örnekleme sosyal medya bağımlılığının sosyal görünüş kaygısı ve iletişim becerileri ile arasındaki ilişkinin incelenmesi (Yüksek Lisans Tezi), Üsküdar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Türkiye.
34. Kaya B. (2024). Internet Addiction and Social Appearance Anxiety: A Meta-Analysis. *Educational Academic Research*, 54, 144-153.
35. Yüksel Şahin F., Öztoprak Ö. (2019). Ergenlerin sosyal medya bağımlılığı düzeylerinin benlik saygısına göre incelenmesi. *IBAD Sosyal Bilimler Dergisi*, Özel sayı, 363-377.
36. Meeus A., Beullens K., Eggermont S. (2019). Like me (please?): Connecting online selfpresentation to pre- and early adolescents' self-esteem. *New Media & Society*, 21(1-12), 2386-2403.
37. Papapanou T.K., Darviri C., Kanaka-Gantenbein C., Tıgani X., Michou M., Vlachakis D., Chrousos G.P., Bacopoulou F. (2023). Strong correlations between social appearance anxiety, use of social media, and feelings of loneliness in adolescents and young adults. *International Journal of Environmental Research And Public Health*, 20(5), 4296.

Meme Kanseri Tanılı Bireyin Günlük Yaşam Aktiviteleri Modeline Göre Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu

Nursing Care According to the Model of Daily Living Activities of an Individual Diagnosed with Breast Cancer: A Case Report

Fadime TORU¹, Hatice GÜLSOY²

ÖZ

Meme kanseri tanılı ve mastektomi operasyonu geçirmiş bir kadın hasta, 2025 yılında Mersin Şehir Hastanesi Genel Cerrahi Servisi'nde Roper-Logan-Tierney'in Günlük Yaşam Aktiviteleri Modeli kullanılarak değerlendirilmiş ve bireye özgü hemşirelik bakımı planlanmıştır. Model, bireyin gereksinimlerini fiziksel, psikolojik ve sosyal alanlarda 12 başlık altında ele alarak bütüncül bir yaklaşım sunmaktadır. Sistematik değerlendirme sürecinde hastanın mevcut ve potansiyel sorunları belirlenmiş; bu sorunlara yönelik hemşirelik tanımları konulmuş ve planlanan girişimler uygulanmıştır. Bakım sonunda diyare, oral mukoz membranda değişiklik, uyku düzeninde bozulma, beden imajında bozulma ve sosyal izolasyon tamamen ortadan kalkmış; akut ağrı ve bulantı şikayetlerinde azalma sağlanmıştır. Ancak yorgunluk, aile içi süreçlerde değişim, aktivite intoleransı, beden gereksiniminden az beslenme, enfeksiyon riski ve travma riski gibi sorunlar devam etmiştir. Elde edilen olumlu sonuçlar, benzer özelliklerine göre gruplandırılarak tablolastırılmıştır. Bulgular, Günlük Yaşam Aktiviteleri Modeli'nin meme kanserli bireylerde bakımın planlanması, komplikasyonların önlenmesi ve iyileşme sürecinin desteklenmesinde etkili bir araç olduğunu göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Günlük yaşam aktiviteleri, Hasta bakım planı, Meme kanseri, Hemşirelik bakımı.

1. GİRİŞ

Kanser, öncelikle vücudun farklı bölgelerinde kontrol edilemeyen şekilde hücre büyümesi ve çoğalması ile ortaya çıkan, ilerleyen süreçlerde de geniş bölgelere yayılarak metastaz yapan ve birçok organı etkileyen bir hastalıktır (1-3). Kanserlin hastalığa yakalanma ve ölüm oranları bakımından ciddi bir sağlık problemi olmasının

1-Arş. Gör. Dr. Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Alanya, ANTALYA

E-posta: fadime.toru@alanya.edu.tr ORCID: 0000-0003-2795-4077

2-Dr. Öğr. Üyesi, Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Alanya, ANTALYA

E-posta: hatice.gulsoy@alanya.edu.tr ORCID: 0000-0001-5468-4047

Gönderim Tarihi:05.11.2024 - Kabul Tarihi: 03.12.2025

ABSTRACT

A female patient diagnosed with breast cancer who had undergone a mastectomy was evaluated at Mersin City Hospital, General Surgery Unit, using the Roper-Logan-Tierney Activities of Living Model, and an individualized nursing care plan was implemented. The model addresses the patient's needs across 12 domains in physical, psychological, and social dimensions, providing a holistic approach to care. Through systematic assessment, the patient's actual and potential problems were identified, nursing diagnoses were established, and planned interventions were carried out. Following the care process, diarrhea, changes in the oral mucous membrane, sleep pattern disturbance, body image disturbance, and social isolation were completely resolved, while acute pain and nausea were reduced. However, some issues such as fatigue, changes in family processes, activity intolerance, imbalanced nutrition less than body requirements, risk of infection, and risk of injury persisted. The positive outcomes were grouped according to their similarities and presented in a table. The findings indicate that the Activities of Living Model is an effective tool in the planning of care, prevention of complications, and support of the recovery process in individuals with breast cancer.

Keywords: Daily Living Activities, Patient care planing, Breast cancer, Nursing care.

nedenleri arasında; dünyada ve Türkiye'de sık olarak görülmesi, ölüme sebebiyet vermesi, her yaşta bireyde ortaya çıkması, bireyi bakıma bağımlı hale getirerek hasta ve bakım veren bireyleri olumsuz olarak etkilemesi sayılmaktadır. (4-6). Meme kanseri dünya genelinde de en önemli sağlık sorunlarından birisi olup, memenin yapısındaki epitel hücrelerinden kaynaklı kötü huylu tümörlere verilen addır (7-8). Meme kanseri, memede yer alan hücrelerin hızlı bir şekilde artması ve yakın bölgelere metastaz yapma ihtimali olan hücrelerden oluşan bir kanser çeşididir (9-12).

Kanser hücrelerinin yayılmasını önleyen kemoterapi ilaçları vücutta bulunan canlı

hücrelere de nüfuz ederek önüne geçilmesi zor olan yan etkilere neden olabilmektedir (12-13). Kemoterapi kadınlarda fizyolojik, ruhsal, manevi ve sosyal olarak yan etkiler oluşturmaktadır. Kadınların sıklıkla karşılaştıkları fiziksel sorunlar arasında iştahta azalma, tat alamama, zayıflama, saç dökülmesi, ciltte değişiklikler, bulantı-kusma, oral mukozit, yorgun hissetme, halsizlik ve nefes darlığı yer almaktadır (12-15). Kadınların karşılaştığı sosyal sorunlar aile içi süreçlerde değişiklik, damgalama (stigma), sosyal izolasyon, evli çiftlerin aile içi sorunlar yaşaması, ailedeki rol değişmesidir. Kadınların karşılaştığı psikolojik sorunlar ise hastalığı kabullenmeme, pazarlık ve inkar etme de kadınlarda görülen psikolojik sorunlar arasında yer almaktadır (16-18). Bunların yanında kadınların anksiyete, depresyon, uyku bozuklukları, öfkelenme, gelecek kaygısı, umutsuzluk, özkıyım düşünceleri, benlik saygısının azalması, beden imajının bozulması, dişil özelliklerini kaybetme korkusu ve cinsel işlev bozukluğu gibi diğer çeşitli psikolojik sorunlar da yaşadığı da belirtilmektedir (16-20).

Uygulanan kemoterapinin çeşidine, miktarına, uygulama türüne, tedavi süresi ve aralıklarına, hastanın yaşına, genel durumuna, kronik hastalık varlığına ve ihtiyaçlarının belirlenme düzeylerine göre yan etkilerin derecesi ve görülme sıklığı farklılıklar göstermektedir (14,21). Tüm dünyada kadınlarda sıklıkla görülen meme kanseri, kanser olmanın verdiği korku ve anksiyeteye ek kadınlığın ve cinselliğin sembolü olan, bebeğin beslenmesini sağlayan, sevgiyi ve annelik duygularını barındıran memenin kaybına neden olmasından ötürü kanser çeşitleri içinde ruhsal / psikolojik yönleri bakımından dikkat çeken kanser çeşidi olmuştur. Özellikle ölümü düşündüren bir hastalık olmasından dolayı diğer hastalıklara göre bireyde daha fazla bakım gereksinimine ihtiyaç duyulmaktadır (22-24). Hemşirelik bakımının uygulamasında yararlanılan modeller bakım veren hemşirelerin bakımı planlı hale getirmesine katkı sağlamaktadır. Bu modeller hastalara ilişkin planlanan bakımın verilmesine ortak dil oluşturulmasına sağlayarak bilgilerin sistemli bir şekilde toplanıp holistik, hümanistik ve bütüncül içeriğe sahip hemşirelik bakımının oluşmasına

katkı sağlamaktadır (25-26).

Meme kanseri olan hastalarda günlük yaşam aktivitelerine yönelik sorunların önlenmesi, azaltılması ve çözüm sağlanmasında bireye özgü Günlük Yaşam Aktiviteleri Modelinin kullanılması gereklidir (26-28). Roper, Logan ve Tierney tarafından 1970 yılında geliştirilen model bireyi bir bütün olarak ele almayı, bireyin yaşadığı sorunları saptayıp çözmeyi sağlamakta ve bireye bütüncül bakım vermeyi amaçlamaktadır (27-29). Model; güvenli çevrenin sağlanması ve sürdürülmesi, iletişim, solunum, beslenme, boşaltım, bireysel temizlik ve giyim, beden ısısının denetimi, hareket, çalışma ve eğlenme, cinselliği ifade etme, uyku, ölüm dahil olmak üzere 12 alandan meydana gelmektedir (26-28). Günlük yaşam aktiviteleri modeli alt boyutları kapsamında, meme kanseri hastası olan olgunun, mastektomi ve kemoterapiden dolayı ev içinde gündelik aktivitelerini sürdürmede zorluk yaşadığı ve iyileşme sürecinde komplikasyon gelişmesi bakımından riskli olduğu düşünüldü. Makalede meme kanseri olan hastayı Roper, Logan, Tierney Günlük Yaşam Aktiviteleri Modeli çerçevesinde tanılamak ve hastaya NANDA (North America Nursing Diagnosis Association) hemşirelik tanılarıyla birlikte NIC (Nursing Intervention Classification), NOC (Nursing Outcomes Classification) sınıflamasıyla kanıta dayalı hemşirelik bakım planı oluşturmak amaçlanmıştır.

2. GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmamızda 2025 yılında Mersin Şehir Hastanesi Genel Cerrahi Servisinde Meme kanseri tanısıyla takip edilen olgu incelemeye alınmıştır. Hasta sağ memede kitle, meme başında içe çekilme, yorgunluk, halsizlik ve son bir aydır geceleri uykudan uyandıran eklem ağrıları şikâyetiyle hastaneye başvurmuştur. Çalışma olgu sunumu olduğu için etik kurul izni alınmamış olup bireyden sözlü ve yazılı onam (bilgilendirilmiş olur formu) alındıktan sonra veri toplama başlanmıştır

3. OLGU SUNUMU

42 yaşında N. B. isimli hasta sağ memede kitle, meme başında içe çekilme, yorgunluk, halsizlik ve son bir aydır geceleri uykudan uyandıran eklem ağrıları şikayetiyle hastaneye başvurmuştur. Hastanede yapılan tetkikler sonucu hastaya meme kanseri tanısı konulmuş, sağ memesine mastektomi uygulanmış ve kemoterapi tedavisine başlanmıştır. Memesinin alınmasına çok üzüldüğünü belirten hasta kendisini artık kadın olarak görmediğini ifade etmektedir. Kemoterapi tedavisi hala devam eden hastada bulantı, kusma, ağızda tat almada değişiklik, ağızda ülserasyonlar ve kilo kaybı meydana gelmiştir. Hasta kemoterapi almadan önce 70 kg iken kemoterapi tedavisinden sonra 60 kg'a düşmüştür. Hastada ayrıca solukluk, nefes darlığı ve hafif hareketle olan dispne vardır. Hasta eklemlerinin ağrıya devam ettiğini sözlü olarak ifade etmekte ve beden diliyle kaşlarını çatarak, yüzünü buruşturarak ağrıdan olan rahatsızlığını

ifade etmektedir. E.B. idrar boşaltımında bir değişiklik olmadığını günde 3 kere idrar boşaltımını olduğunu, ama bağırsak boşaltımına normalde günde 1 kere çıkarken şimdi günde 4 kere sulu gaita yaptığını ifade etmiştir. Kemoterapi aldıça hastanın saçları dökülmeye başlamıştır. Hasta saçlarının tutam tutam eline geldiğini, bir gün hiç saçının kalmayacağını düşünüp, çok çirkin bir görüntüsünün olacağını düşünmektedir. 3 çocuk sahibi olan hasta hastanede bulunduğu sürece çocuklarının bakımlarında aksamalar olduğunu ifade etmiştir. O hastanede olduğu sürece çocuklara annesi bakmaktadır.

Hastanın hemşirelik bakımının Roper Logan Tierney Günlük Yaşam Aktiviteleri Modeli doğrultusunda yapılmasına karar verilmiştir.

4. TARTIŞMA

Olgunun hemşirelik bakımı Roper Logan Tierney Günlük Yaşam Aktiviteleri Modeli'ndeki başlıklar doğrultusunda Tablo 1'de sunulmuştur.

Tablo 1: Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Birliği-NANDA Göre Roper Logan Tierney Günlük Yaşam Aktiviteleri Modeli'ndeki Başlıklar Doğrultusunda Bireyin Hemşirelik Bakımı (2025, Mersin)

GÜVENLİ ÇEVRENİN SAĞLANMASI VE SÜRDÜRÜLMESİ AKTİVİTESİ		
<p>HEMŞİRELİK TANISI 1: Geceleri uykudan uyardıran eklem ağrıları, kaşlarını çatma, inleme, yüzünü buruşturma gibi ağrı bulgularının olması ve hastanın ağrı değerlendirmesi ile bulguların, kanser numarası işaretlemesi ile bulguların, kanser tanısı ile ilişkili “AKUT AĞRI”</p> <p>Alan 12: Konfor/Rahatlık, Sınıf 1: Fiziksel Konfor Kod: 00132</p>	<p>Hemşirelik Girişimleri</p> <ul style="list-style-type: none"> Hastanın ağrıları ve yaşam bulguları değerlendirilerek kayıt edildi. Uygun pozisyon verilerek, ekstremiteler yastıkla desteklendi. Ağrıyı arttıran ve azaltan günlük yaşam aktiviteleri hasta ile görüşülerek belirlendi. Masaj ve müzik dinletme gibi dikkati farklı yöne çekme yöntemleri kullanıldı. Hekimin istemine uygun olarak analjezik tedavisi planlanıp uygulandı. 	<p>Amaç: ağrısız olarak günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmesini, ağrısının azaldığını ve geçtiğini ifade etmesini sağlamak</p> <p>Beklenen hasta sonuçları: Hastanın eklem ağrılarının olmaması, ağrı olmadan gece kalkmadan uyuması ve ağrı şiddetinin en az 4'e düşürülmesi</p>
<p>Değerlendirme: Hasta ağrı şiddetinin 8'den 4'e azaldığını söyledi</p>		
<p>HEMŞİRELİK TANISI 2: Bağışıklık sistemini baskılayan kemoterapi tedavisine ve trombosit sayısında azalmaya (trombosit değeri 40000) bağlı</p> <p>“TRAVMA RİSKİ”</p> <p>Alan 11: Güvenlik/Koruma, Sınıf 2: Fiziksel Yaralanma Kod: 0155</p>	<p>Hemşirelik Girişimleri</p> <ul style="list-style-type: none"> Erken kanama belirtileri gözlenerek bu belirtiler hastaya öğretildi. Laboratuvar bulgularından trombosit değerine bakıldı. Yaşam bulguları düzenli olarak ölçüldü. Hastaya travma oluşturabilecek uygulamalar (yumuşak diş fırçası kullanması, tıraş esnasında jilet yerine tıraş makinesi kullanması, sert burun temizliğinden kaçınması, kabız olmaması için uygun diyet uygulaması) hakkında bilgi verildi. Gerekmedikçe invaziv girişimlerden kaçınıldı. 	<p>Amaç: Ağrısız olarak günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmesini, ağrısının azaldığını ve geçtiğini ifade etmesini sağlamak</p> <p>Beklenen hasta sonuçları: Hastanın eklem ağrılarının olmaması, ağrı olmadan gece kalkmadan uyuması ve ağrı şiddetinin en az 4'e düşürülmesi</p>
<p>Değerlendirme: Trombosit değeri 30000 çıkmıştır. Trombosit değerinde azalma olmuştur ancak kanama ve travma riski devam etmektedir.</p>		
<p>HEMŞİRELİK TANISI 3: Hastanın hastanede yatması, invaziv girişimler uygulanması ve kemoterapi tedavisinin kemik iliği hücrelerinden lökosit sayısını azaltmasına bağlı</p> <p>“ENFEKSİYON RİSKİ”</p> <p>Alan 11: Güvenlik /Koruma, Sınıf 1: Enfeksiyon Kod: 0004</p>	<p>Hemşirelik Girişimleri</p> <ul style="list-style-type: none"> Bütün sistemler enfeksiyon belirti ve bulguları bakımından takip edildi. Hastanın özel odada izolasyonu sağlandı. Ziyaretçiler kısıtlandı. Personel ve ziyaretçilere el yıkamanın önemi anlatıldı. Uygun izolasyon teknikleri uygulanarak invaziv girişimlerde aseptik teknik kullanıldı. Belirli aralıklarla laboratuvar ve yaşam bulguları değerlendirildi. Oral hijyen ve günlük deri bakımı hastayla işbirliği yapılarak uygulandı. Enfeksiyon için risk faktörleri hastaya öğretildi. 	<p>Amaç: Hastanın hastanede yattığı süre içinde nazokomiyal enfeksiyon geçirmesini önlemek, hastanın ve ailenin enfeksiyonlarla ilgili risk faktörlerini bildiği ve enfeksiyonlardan korunmak amacıyla gerekli önlemleri uyguladığını göstermesini sağlamak</p> <p>Beklenen hasta sonuçları: Lökosit değerinin kanda normal değer aralıklarında (4000-10000 μL) çıkması beklenmekte olup enfeksiyon belirtilerinden ateş görülmemesi hedeflenmektedir.</p>
<p>Değerlendirme: Lökosit değeri kanda 5.500 μL çıkmış olup normal değer aralıklarındadır.</p>		

İLETİŞİM AKTİVİTESİ		
<p>HEMŞİRELİK TANISI 4: Saçlarda dökülmeye ve soluk görünümlü ile bulguların, fiziksel görünümündeki değişiklik ve kronik hastalığı olması ile ilişkili</p> <p>“SOSYAL İZOLASYON”</p> <p>Alan 7: Rol ilişkileri, sınıf 2: Sosyal ilişkiler Kod: 00053</p>	<p>Hemşirelik Girişimleri</p> <ul style="list-style-type: none"> Risk oluşturan faktörler göz önünde bulundurulup kontrol altına alındı (örneğin; saçları döküldüyse peruk takması sağlanabilir.). Hastanın sosyalleşmesini sağlayacak yöntemlere karar verildi. Sosyalleşmeyi sağlayacak ortamlar ve fırsatlar oluşturuldu. Hastanın sosyal destekleri harekete geçirildi. Destekleyici bir tutum içinde hastaya bakım verildi. 	<p>Amaç: Bireyin mevcut sosyal durumunu kabul ettiğini ifade etmesini, sosyalleşmesini sağlayacak etkileşim tutumlarını tanımlaması ve uygulamasını, izolasyondan kurtulma isteğini ifade etmesini, güçlerini ve sosyal destek kaynaklarının farkında olmasını sağlamaktır.</p> <p>Beklenen hasta sonuçları: Hastanın saçları dökülmesine rağmen çok çirkin olmadığını ifade etmesi ve saç dökülmesinin tedaviye bağlı bir yan etki olduğunu kabul etmesidir.</p>
<p>Değerlendirme: Hasta, fiziksel görünümündeki değişiklikleri hastalığın ve tedavinin yan etkileri olarak ortaya çıktığını ifade etti.</p>		
SOLUNUM AKTİVİTESİ		
<ul style="list-style-type: none"> Solunumla ilgili herhangi bir problemi olmayıp, solunum sayısı 16/dk. 		
BESLENME AKTİVİTESİ		
<p>HEMŞİRELİK TANISI 5: Mide yakınması ve mide içeriğinin çıkarılması ile bulguların, kemoterapi tedavisi ile ilişkili</p> <p>“BULANTI”</p> <p>Alan 12: Fiziksel Konfor, Sınıf 1: Fiziksel Konfor Kod: 00134</p>	<p>Hemşirelik Girişimleri</p> <ul style="list-style-type: none"> Hastaya sık, az miktarda, yavaş yemesi, çok sıcak/soğuk, yağlı, baharatlı gıdalardan ve kafeinli içeceklerden kaçınması önerildi. Yemek yediği ortamda kötü koku ve görünümlerin olmamasına dikkat edildi. Hastanın yemekten sonra semifawler pozisyonunda yatmasını daha sonra pozisyonunu yavaş yavaş değiştirmesi sağlandı. Yemek yedikten sonra en az iki saat sırtüstü düz yatmaması anlatıldı. 	<p>Amaç: Hastanın bulantısının azaldığını ifade etmesini, hastanın bulantıyı artıran yiyecek ve içecekleri öğrenmesini sağlamaktır.</p> <p>Beklenen Hasta Sonuçları: Hastanın bulantı belirtilerinin azalması ve mide yakınmasının azalmasıdır.</p>
<p>Değerlendirme: Kemoterapi tedavisi devam ettiği için kemoterapinin yan etkisi olarak bulantı devam etmektedir. Ancak beslenme saati öncesi yapılan girişimler ile bulantı hissi azaltılmıştır.</p>		
<p>HEMŞİRELİK TANISI 6: İştahsızlık ve kilosunun azalması (70 kg dan 60 kg a düşmesi) ile bulguların, bağırsıklık sistemini baskılayan tıbbi tedavi ile ilişkili</p> <p>“BEDEN GEREKİNİMİNDEN AZ BESLENME”</p> <p>Alan 2: Beslenme, Sınıf 1: Yeme Kod: 00002</p>	<p>Hemşirelik Girişimleri</p> <ul style="list-style-type: none"> Diyetisyenle konuşulup günlük besin alımı gözlenerek yeterli kalorige beslenmesi sağlandı. Günlük kilo takibi yapıldı. Hastanın gün boyunca, az ve sık aralıklarla beslenmesi sağlanarak uygun besinlerden istediğini seçmesine izin verildi. Kemoterapi öncesi, sırasında ve sonrasında doktor istemine göre antiemetik verildi. Hastaya yemeklerden önce ağız bakımı verilerek, yemek yapılan yerin kokusundan uzak tutuldu. 	<p>Amaç: Hastanın normal kiloda, normal laboratuvar değerlerine sahip olmasını ve malnütrisyon bulgularının olmamasını sağlamaktır.</p> <p>Beklenen Hasta Sonuçları: İştahının artması ve beden kitle endeksinin 18-24 arasında olmasıdır.</p>
<p>Değerlendirme: Kemoterapi tedavisi devam ettiği için kemoterapinin yan etkisi olarak iştahsızlık ve kilo kaybı devam etmektedir.</p>		

BOŞALTIM AKTİVİTESİ		
<p>HEMŞİRELİK TANISI 7: Günde 4 kere sulu defekasyon ve dışkılama hissi olması ile bulguların, kemoterapinin gastro intestinal sistem üzerindeki iritasyonu ile ilişkili “DİYARE”</p> <p>Alan:3 Boşaltım Gaz Değişimi , Sınıf 4: Gastrointestinal Fonksiyon</p> <p style="text-align: center;">Kod: 00013</p>	<p>Hemşirelik Girişimleri</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diyarinin günlük miktarı, özelliği, sıklığı gözlenerek ve kayıt edildi. • Diyareyi oluşturan yiyeceklerden kaçınılıp uygun diyetin düzenlenmesi sağlandı. • Bağırsak sesleri dinlenip ve kayıt edildi. • Hastaya sıvı alımının önemi anlatılarak gerekirse doktor istemine uygun IV sıvı desteği sağlandı. • Laboratuar bulgularından özellikle elektrolit değerleri izlendi. • Cilt bütünlüğü sağlanıp, perianal bölge temiz tutuldu ve yumuşatıcılar sürülmesi önerildi. • Hastaya uygun hijyenik kurallar hakkında (örneğin; tuvalet temizliği ve el yıkaması gibi) bilgi verildi. 	<p>Amaç: Hastanın normal sıklıkta ve kıvamda gaita yapmasını, uygun hijyenini, perianal bakımını ve el yıkamasını sağlamaktır.</p> <p>Beklenen Hasta Sonuçları: Hastanın sürekli dışkılama hissinin olmaması, defekasyon sıklığında azalma ve gaitanın normal kıvamda olmasıdır (günde 1 kere).</p>
<p>Değerlendirme: Yapılan tedaviler ve hemşirelik uygulamaları sonucunda hastanın diyaresi geçti ve normal sıklıkta, kıvamda gaita yapmaya başladı (günde 1 kere).</p>		
BİREYSEL TEMİZLİK VE HİJYEN AKTİVİTESİ		
<p>HEMŞİRELİK TANISI 8: Ağızda ülserasyon ve tad almada değişiklik ile bulguların, Kemoterapinin gastro intestinal sistem üzerindeki etkisi ile ilişkili “ORAL MUKOZ MEMBRANLARDA DEĞİŞİKLİK”</p> <p>Alan 11: Güvenlik/Koruma, Sınıf 2: Fiziksel Yara</p> <p style="text-align: center;">Kod: 00044</p>	<p>Hemşirelik Girişimleri</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hastanın oral mukoza durumu değerlendirilerek, fungal enfeksiyonları önlemek için doktor istemine göre % 5 Sodyum Bikarbonat kullanılarak ağız temizlenerek konuyla ilgili hasta bilgilendirildi. • Ağız bakımında kullanılacak malzemelerin niteliğine, hastanın oral-mukoz membranına göre doktor ile iş birliği yapılarak karar verildi. • Hasta sıcak, ekşi, baharatlı ve asitli yiyeceklerden uzak tutulması ile ilgili bilgi verilerek yumuşak gıdalar ile beslenmesi sağlandı. • Hasta alabileceği miktar kadar sıvı alımı ile desteklendi. 	<p>Amaç: Hastanın mukoz membranındaki ülserasyonun iyileşmesini ve ağrısız yemek yemesini sağlamaktır.</p> <p>Beklenen Hasta Sonuçları: Hastanın ağız bölgesindeki ülserasyonlarının iyileşmesi ve tad almadaki bozuklukların geçmesidir.</p>
<p>Değerlendirme: Yapılan ağız bakımı sonucunda ağızdaki ülserasyonlarda iyileşme gözlemlendi.</p>		
VÜCUT SICAKLIĞININ KONTROLÜ		
<ul style="list-style-type: none"> • Bu aktivite ilgili herhangi bir problemi olmayıp, vücut sıcaklığı 36.3°. 		

HAREKET AKTİVİTESİ		
<p>HEMŞİRELİK TANISI 9: Yorgunluk, solukluk, nefes darlığı, hafif hareketle olan dispne ile bulgulanan, anemi ile ilişkili “AKTİVİTE İNTOLEANSI” Alan 3: Aktivite/Dinlenme, Sınıf 4: Kardiyovasküler/Pulmoner Yanıtlar Kod: 00092</p>	<p>Hemşirelik Girişimleri</p> <ul style="list-style-type: none"> • Önemli olan aktiviteler hasta tarafından belirlendi. • Yapabildiği ve gücünün yettiği aktiviteler konusunda hasta cesaretlendirildi. • Hasta ile hareketin önemi tartışılarak hareket toleransını belirlemek amacıyla kriterlerin belirlenmesi (vital bulguları, mesafe, süre, ağrı kontrolü ve gücü) sağlandı. • Aktiviteden önce ve sonra hastanın yaşam bulguları değerlendirildi. • Range of motion (ROM) egzersizleri hastaya öğretilerek yapması sağlandı. • Hastanın günlük programına göre dinlenme periyotları oluşturuldu. • Yavaş ve uzun sürmeyen hareketler yaparak daha fazla ara vererek ya da yardımcı olunarak hastanın aktivite intoleransı artırıldı. 	<p>Amaç: Hastanın günlük yaşam aktivitelerini rahatsız olmadan yerine getirebilmesini sağlamaktır.</p> <p>Beklenen Hasta Sonuçları: Ağrı, nefes darlığı ve yorgunluk hissetmeden hareket edebilmesi, hastanın yeterli uyuduğunu ve dinlendiğini söylemesi, artan aktiviteyi tolere ettiğini göstermesi, nefes darlığı ve yorgunluk olmadan dengeli beslenmesini sürdürmesidir.</p>
Değerlendirme: Hareketle artan dispne devam etmektedir.		
ÇALIŞMA VE EĞLENME AKTİVİTESİ		
<p>HEMŞİRELİK TANISI 10: Çocuklarına hastanın ailesinin bakması ile bulgulanan, hastalığa ve geleceğin belirsizliği ile ilişkili “AİLE İÇİ SÜREÇLERDE DEĞİŞİM” Alan 7: Rol İlişkileri, Sınıf 1: Aile İlişkileri Kod: 00059</p>	<p>Hemşirelik Girişimleri</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durumun değerlendirilmesi için hasta ve aileye yardım edildi. • Kazanılacak ya da kaybedilecek durumlar ile ilgili doğru, tam bilgi vererek, soruları eksiksiz cevaplayarak, aile gerçekçi bir bakış açısına sahip olmak için cesaretlendirildi. • Tercihler/olasılıklar ile ilgili evdeki rollerin farkında olması, aile bütünlüğünün devamı için öncelikleri belirlemesi ve stresi azaltmak için aileye yardım edilerek bilgi verildi. • Sağlanabilecek yardım ile ilgili aile gereksinimi olan toplumsal kurumlara yönlendirildi. • Aile üyeleri mümkün olduğunca hastanın bakımına katılması için teşvik edildi. • Zaman geçtikçe, hasta kişinin bakımını bağımsız yapacak duruma gelmesi için aile cesaretlendirildi. • Hastalık sürerken aile üyeleri hastalık süreci içinde görülebilecek anksiyete, depresyon, bağımlılık bulguları yönünden önceden bilgilendirildi. 	<p>Amaç: Hastanın duygularını hemşireye ya da diğer kişilere rahat ifade edebilir hale gelmesini, Aile üyelerinin de bakıma katılmasını, her bir üye için ortak kararlar sağlayacak destek sisteminin işlevselliğinin sürdürülmesini sağlamaktır.</p> <p>Beklenen Hasta Sonuçları: Hastanın çocuklarına kendi bakacak gücünün olduğunu ifade etmesidir.</p>
Değerlendirme: Hastanın hastanedeki tedavisi devam ettiği için çocuklarına bakamamaktadır.		

CİNSELLİĞİ İFADE ETME AKTİVİTESİ	
<p>HEMŞİRELİK TANISI 11: Hastanın saçlarının dökülmesi ve saçlarının hepsi döküldüğünde çok çirkin olacağı düşüncesi ile bulguların, kemoterapi tedavisi ile ilişkili</p> <p style="text-align: center;">“BEDEN İMAJINDA BOZULMA”</p> <p>Alan 6: Kendimi Algılama, Sınıf 3: Beden İmajı Kod: 00119</p>	<p>Hemşirelik Girişimleri</p> <ul style="list-style-type: none"> Duygularının baskı altında kalmadan rahatça ifade etmesi, sağlık sorunu, tedavi, prognoz, ilerlemeler hususunda soru sorması için hasta cesaretlendirildi. Kendi bakımı ve kendi bakım vericileri ile ilgili sahip olduğu yanlış bilgi ve ifadeler açığa kavuşturuldu. Uyum sağlamak için hasta ve hastanın ailesi desteklendi. Akrabaların ve önemli diğer kişilerin ziyareti teşvik edilerek ve hasta bireyin kendileri için önemli olduğunu ifade etmesi sağlandı. Kaybın birey ve yakınları için anlamı, bireyin kayba tepkileri değerlendirildi. Kayba karşı yakınlarının tepkilerinin farkında olarak duygularını ifade etmesi için hastaya izin verildi. Gerekli durumlarda başvurabileceği toplumsal kaynaklar öğretildi (örneğin; ruh sağlığı merkezleri) <p>Amaç: Hastanın beden imajı duygularında artma olduğunu sözel olarak ifade etmesini ve kendini gerçekçi bir şekilde çarpıtmadan değerlendirmesini sağlamaktır.</p> <p>Beklenen Hasta Sonuçları: Kişinin saçları dökülmesine rağmen çok çirkin olmadığını ifade etmesi ve saç dökülmesinin tedaviye bağlı bir yan etki olduğunu kabul etmesidir.</p>
Değerlendirme: Kemoterapinin yan etkisi nedeniyle saçta dökülmeler devam etmektedir.	
UYKU VE DİNLENME AKTİVİTESİ	
<p>HEMŞİRELİK TANISI 12: Eklem ağrılarından dolayı geceleri sık sık uyanma, göz altında koyu halkalar oluşması, gündüzleri uyku hali ile bulguların, metabolik enerji üretiminin azalması, hücre yıkımında artma, bağışıklık sistemini baskılayan tıbbi tedavi, ağrı ile ilişkili</p> <p style="text-align: center;">“UYKU DÜZENİNDE BOZULMA”</p> <p>Alan 4: Aktivite/Dinlenme, Sınıf 1: Uyku/ Dinlenme Kod: 00095</p>	<p>Hemşirelik Girişimleri</p> <ul style="list-style-type: none"> İlgili bireye, çevreye ve tedaviye yönelik risk faktörleri kontrol altına alındı. Bireyin uyku düzeni ve alışkanlıkları belirlenerek çevredeki uyaranlar azaltılmaya çalışıldı (ışık, gürültü... vb). Bireyin alışkanlıkları doğrultusunda farmakolojik ajan olmadan uyumasını kolaylaştıran girişimler (ılık süt içme, gevşeme egzersizleri, müzik dinleme vb.) alındı. Hasta eklem ağrılarından dolayı uyuyamadığı için doktorla konuşulup uyguna analjezikler yapıldı. <p>Amaç: Hastanın uykusuzluk belirtilerinin azalmasını, günlük yaşam aktivitelerini yapmak için gerekli enerjiye sahip ve daha fazla uyuyarak dinlenmiş olmasını sağlamaktır.</p> <p>Beklenen Hasta Sonuçları: Geceleri ağrısı olmadan ve uyanmadan uyuması, göz altında koyu halkalar oluşmaması ve gündüzleri uyku halinin olmamasıdır.</p>
Değerlendirme: Doktor eklem ağrılarına yönelik analjezik tedavisi uygulamaya başladı. Hastaya analjezik tedavisi uygulandıktan sonra hasta daha rahat uyuduğunu ifade etti.	

<p>HEMŞİRELİK TANISI 13: Halsizlik ve günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede zorluk yaşama ile bulguların, kemoterapi tedavisi, metabolik enerji üretiminin azalması ile ilişkili “YORGUNLUK”</p> <p>Alan 4: Aktivite/Dinlenme, Simif 3: Enerji Dengesi Kod: 00093</p>	<p>Hemşirelik Girişimleri</p> <ul style="list-style-type: none"> • Yorgunluğun nedenlerini belirlemeye çalışılarak günlük ve haftalık aktiviteler için öncelikler belirlendi. • Hastanın hayatında yorgunluğun etkilerini tanımlamasına izin verildi. • Bireyin güçlü yönlerini görmesine, yeteneklerini tanımasına yardım edildi. • 24 saatlik zamanda, her bir saatte yorgunluk düzeyini kaydetme bireye öğretildi. • Uygun bir ölçek kullanılarak (örneğin; Rohen yorgunluk skalası-0: yorgun değil, 10: tam tükenmişlik) yorgunluğu değerlendirildi. • Bireyin tek başına yapacağı ve başka birine bırakacağı işler belirlendi. Önemli işlerini enerjisinin yüksek olduğu zamanlarda gerçekleştirmesi için planlama yapıldı. 	<p>Amaç: Hastanın yorgunluğunu kontrol altına aldığını ifade etmesini sağlamaktır.</p> <p>Beklenen Hasta Sonuçları: Hastanın günlük yaşam aktivitelerini yaparken halsizlik olmamasıdır.</p>
	<p>Değerlendirme: Kemoterapinin yan etkilerine bağlı olarak hasta yorgunluk belirtilerinin devam ettiğini ifade etti.</p>	
<p>ÖLÜM AKTİVİTESİ</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bu aktivite ilgili herhangi bir problemi olmayıp, ölüm süreci ile ilgili bir korku yaşamadığını ifade etti 		

5. SONUÇ

Olgu sunumu olarak incelenen mastektomi sonrası meme kanserli bireyin yaşadığı ve yaşayabileceği olası problemlerin belirlenmesinde, bireye özgü Günlük Yaşam Aktiviteleri Modeli kullanımının bağımsızlığın kazandırılması ve olası komplikasyonların önlenmesinde önemli bir model olduğu belirlenmiştir.

Bu modelin uygulanması ile diyare, oral mukoz membranda değişiklik, uyku düzeninde bozulma, beden imajında bozulma ve sosyal izolasyon gibi sorunlar tamamen ortadan kaldırılmış; akut ağrı ve bulantı şikayetlerinde azalma sağlanmıştır. Elde edilen olumlu sonuçlar benzer özelliklerine göre gruplandırılarak Tablo 2’de sunulmuştur.

Tablo 2: Hemşirelik Tanıları ve Olumlu Sonuçları (2025, Mersin)

Tema/grup	Olumlu sonuçlar
Fiziksel iyileşme	Diyarenin ortadan kalkması, oral mukoz membranda değişikliklerin giderilmesi, akut ağrının azalması, bulantının azalması
Psikolojik iyileşme	Beden imajında düzelme
Sosyal uyum	Sosyal izolasyonun ortadan kalkması
Uyku ve dinlenme	Uyku düzeninde iyileşme

Modelin uygulanmasına rağmen yorgunluk, aile içi süreçlerde değişim, aktivite intoleransı, beden gereksiniminden az beslenme, enfeksiyon riski ve travma riski gibi bazı sorunların devam ettiği gözlemlenmiştir.

Hemşirelik bakımında Günlük Yaşam Aktiviteleri Modeli’nin kullanımı, hastada mevcut sorunların saptanması, bu sorunlara yönelik hemşirelik bakımının planlanması, girişimlerin uygulanması ve değerlendirilmesinde amaçlanan hedefe ulaşmayı kolaylaştırmaktadır. Ayrıca, sistematik yaklaşımla olumlu sonuçların belirlenmesi hastaya yönelik holistik, hümanistik ve bütüncül bakımın oluşmasına katkı sağlamaktadır.

Sonuç olarak; Roper, Logan, Tierney Günlük Yaşam Aktiviteleri Modeli’nin meme kanseri olgusunda kullanılması yararlı bulunmuş olup, farklı olgularda da kullanılması önerilmektedir.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Hasta, klinikte 30 gün yatmıştır. Hastanın takibi, klinik uygulamanın olduğu günlerde yapıldığından dolayı hasta ancak 16 gün izlenmiştir. Hastanın klinikte her gün birebir takip edilememesi, araştırmanın sınırlılığı olarak belirlenmiştir.

Araştırmanın Etik Yönü

Çalışmamızda Mersin Şehir Hastanesi Genel

Cerrahi Servisinde Meme kanseri tanısıyla takip edilen olgu incelemeye alınmıştır. Hasta sağ memede kitle, meme başında içe çekilme, yorgunluk, halsizlik ve son bir aydır geceleri uykudan uyandıran eklem ağrıları şikâyetiyle hastaneye başvurmuştur. Çalışma kapsamında etik kurul izni alınmamış olup söz konusu bireyden sözlü ve yazılı izin (bilgilendirilmiş olur formu) alındıktan sonra veri toplama aşamasına geçilmiştir.

Çıkar Çatışması Beyanı

Araştırmada herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

Yazar Katkıları

Fikir/kavram: FT; Tasarım: HG, FT; Danışmanlık: HG; Veri toplama ve/veya Veri İşleme FT; Analiz ve/veya Yorum: HG, FT; Kaynak tarama; FT, HG. Makalenin Yazımı: FT, HG; Eleştirel inceleme: HG

Finansal Destek Beyanı

Kurumsal ve finansal destek yoktur

Herhangi bir kongre ya da sempozyumda sunulmamıştır.

KAYNAKLAR

1. Akyolcu N, Özhanlı Y, Kandemir D. Current developments in breast cancer. *Journal of Health Sciences and Profession*. 2019;6(3):583-94. Doi: 10.5152/hsp.2019.440012
2. Aslan FE, Olgun N. *Physiopathology*, Ankara, Özyurt Printing House, 2017.
3. Public Health Institution of Turkey. *Cancer statistics [Internet]*. 2016 [Accessed 05 July 2017]. Access address: www.kanser.gov.tr/daire-faaliyetleri/kanser-istatistikleri.html
4. Aslan FE, Aslan EÖ. *Psychosocial Problems and Nursing Approaches in Patients with Breast Cancer* Ö, ed. Ankara, Turkey Clinics, 2019. p. 51-54.
5. Ehsani M, Taleghani F, Hematti S, Abazari P. Perceptions of patients, families, physicians and nurses regarding challenges in cancer disclosure: A descriptiv equalitative study. *European Journal of Oncology Nursing*. 2016;25:55-61. DOI: 10.1016/j.ejon.2016.09.003
6. Greenlee H, DuPont-Reyes MJ, Balneaves LG,..... Tripathy D. *Clinical practice guidelines on the evidence-based use of integrative therapies during and after breast cancer treatment*. *CA Cancer J Clin*. 2017;67(3):194-232. doi: 10.3322/caac.21397.
7. Coleman C. *Early detection and screening for breast*

- cancer*. *Semin Oncol Nurs*. 2017;33(2):141-155. doi: 10.1016/j.soncn.2017.02.009.
8. Fahad Ullah M. *Breast cancer: current perspectives on the disease status*. *Adv Exp Med Biol*. 2019;11(52):51-64. doi: 10.1007/978-3-030-20301-6_4.
9. American Cancer Society. *What is breast cancer? [Internet]*. 2018 [Date of access 22 May 2018] Access address: <http://www.cancer.org/cancer/breastcancer/detailedguide/breast-cancer-what-is-breast-cancer>
10. Parker PD, Heiney SP, Adams SA, Friedman DB, Dawson RM. *Factors influencing chemotherapy knowledge in women with breast cancer*. *Appl Nurs Res*. 2020;56(15):13-35. doi: 10.1016/j.apnr.2020.151335
11. Taşkın L. *Obstetrics and women's health nursing*, Ankara, Sistem Ofset Printing, 2021.
12. Ursavaş FE, Karayurt Ö. *Experience with a support group intervention offered to breast cancer women*. *J Breast Health*. 2017;13:54-61.
13. Gudenkauf, L.M., Ehlers, S.L.(2017). *Psychosocial interventions in breast cancer survivorship care*. *Breast*. 38, 1-6. doi: 10.1016/j.breast.2017.11.005.
14. İzci F, İlgün AS, Fındıklı E, Özmen V. *Psychiatric symptoms and psychosocial problems in patients with breast cancer*. *J Breast Health*. 2016;12:94-101.
15. McFarland DC, Shaffer KM, Tiersten A, Holland J. *Prevalence of physical problems detected by the distress thermometer and problem list in patients with breast cancer*. *Psychooncology*. 2018;27(5):1394-1403. doi: 10.1002/pon.4631.
16. Corey B, Smania MA, Spotts H, Andersen M. *Young women with breast cancer: treatment, care, and nursing implications*. *Clin J Oncol Nurs*. 2020;24(2):139-147. doi: 10.1188/20.CJON.139-147
17. Harbeck N, Gnant M. *Breast cancer*. *Lancet*. 2017;18(389):1134-1150. doi: 10.1016/S0140-6736(16)31891-8.
18. Jankowska-Polańska B, Świątoniowska-Lonc N, Ośmiałowska E, Galka A, Chabowski M. *The association between illness acceptance and quality of life in women with breast cancer*. *Cancer Manag Res*. 2020;14(12):8451-8464. doi: 10.2147/CMAR.S261624.
19. Park S, Sato Y, Takita Y, Tamura N,..... Fujisawa D. *Mindfulness-based cognitive therapy for psychological distress, fear of cancer recurrence, fatigue, spiritual well-being, and quality of life in patients with breast cancer-a randomized controlled trial*. *J Pain Symptom Manage*. 2020;60(2):381-389. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2020.02.017.
20. Tsaras K, Papathanasiou IV, Mitsi D, Veneti A, Kelesi M, Zyga S, Fradelos EC. *Assessment of depression and anxiety in breast cancer patients: prevalence and associated factors*. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2018;19(6):1661-1669. doi: 10.22034/APJCP.2018.19.6.1661.
21. Wöckel A, Albert US, Janni W, Scharl A, Kreienberg R, Stüber T. *The screening, diagnosis, treatment, and follow-up of breast cancer*. *Dtsch Arztebl Int*. 2018;115(18):316-323. doi: 10.3238/arztebl.2018.0316.
22. Chan RJ, Teleni L, McDonald S, Kelly J,.....Yates P. *Breast*

- cancer nursing interventions and clinical effectiveness: A systematic review. BMJ Support Palliat Care* 2020;10(3):276-286. doi: 10.1136/bmjspcare-2019-002120.
23. Farge D, Le Maignan C, Doucet L, Frere C. Women, thrombosis, and cancer. *Thromb Res.* 2019;18(1):47-53. doi: 10.1016/S0049-3848(19)30367-6.
24. Lanta Q, Arveux P, Asselain B. Epidemiology and socio-cultural specificities of young women with breast cancer. *Bull Cancer.* 2019;106(12):4-9. doi: 10.1016/S0007-4551(20)30041-2.
25. Ackley BJ, Ladwi GB, Makic BF. *Handbook of nursing diagnoses*, Ankara, Nobel Medicine Bookstores, 2019.
26. Karadağ A, Çalışkan N, Göçmen Baykara Z. *Nursing Fundamentals I-II*. In H. Bulut, S. Güler Demir (Ed.), *Nursing theories and models*. İstanbul, Academy Press, 2020.
27. Roper N, Logan WW, Tierney AJ. *The Roper-Logan-Tierney model of nursing: based on activities of living*, Edinburgh, Churchill Livingstone, 2018.
28. Torre LA, Islami F, Siegel RL, Ward EM, Jemal, A. Global cancer in women: burden and trends. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2017;26(4): 444-457. doi: 10.1158/1055-9965.
29. Bilgiç Ş, Çelikkalp Ü, Sarıkaya N. Diagnosis of a case with necrotizing fasciitis in the line of life model. *Gumushane University Journal of Health Sciences.* 2017;6(4):320-325. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/390276>

SAĞLIK VE TOPLUM DERGİSİ'NİN YAYIN İLKELERİ

1. GENEL

1.1. Sağlık ve Toplum dergisi, Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı'nın yayın organıdır. Dergi dört ayda bir (yılıda üç sayı) ve gerektiğinde 'özel sayı' olarak yayımlanır. Dergi elektronik ortamda ve basılı olarak yayınlanacaktır.

1.2. Dergide sağlık ve sosyal hizmetle ilgili özgün araştırma makaleleri, derlemeler, vaka sunumları, çeviri yazılar, eğitim amaçlı bilimsel yazılar (kitap özetleri ve değerlendirmeleri, Sağlık alanındaki uluslararası kuruluşların (WHO, UNFPA, UNICEF, vb) açıklamaları, literatürden özetler, vb) ve Vakıf çalışmaları hakkındaki haberler yayımlanır.

1.3. Derginin yayın dili Türkçe olmakla birlikte Türkçe özet içermek kaydıyla yazarların İngilizce yazılmış makalelerine de dergide yer verilebilir.

1.4. Yayınlanmak üzere dergiye gönderilen makalelerin daha önce yayınlanmamış ya da yayınlanmak üzere başka bir dergide halen değerlendirmede olmamaları gereklidir. Daha önce bir kongrede tebliğ edilmiş çalışmalar bu durum belirtilmek koşuluyla kabul edilir.

1.5. Yayınlanan bütün yazıların içerikleri yazarların görüşlerini yansıtır, hiçbir şekilde editör ve yayıncı sorumlu değildir.

1.6. Yazarlar dergide yayınlanan yazıların yayın haklarını dergiye devredeceklerini yazılı olarak beyan ederler. Bu durumlar tüm yazarlarca imzalanan ve yayın için editöre başvuru mektubunda belirtilir. Dergiye gönderilen yazılara telif hakkı ödenmez.

1.7. Çevirilerde yazının yabancı dildeki orijinal metni de gönderilmeli, metnin kaynağı ve yazarı açık şekilde belirtilmelidir.

1.8. Yayınlanması amacıyla gönderilen yazılar Uluslararası Tıp Dergi Editörleri Komitesi (ICMJE) tarafından oluşturulan ve Aralık 2014'de güncellenen, "Bilimsel Çalışmaların Yürütülmesi, Raporlanması, Düzenlenmesi ve Tıbbi Dergilerde Yayınlanması için Öneriler"e (Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing and Publication of Scholarly Work in Medical Journals -updated in December 2014) uygun olarak hazırlanmış olmalıdır. (<http://www.icmje.org/icmje-recommendations.pdf>)

2. YAZININ İNCELENME VE KABUL SÜRECİ

2.1. Sağlık ve Toplum hakemli bir dergidir.

2.2. Yayınlanmak üzere gönderilen bütün makalelerin dergimiz yazım kurallarına titizlikle uyularak hazırlanmış olması gerekir.

2.3. Yayınlanmak üzere gönderilen yazılar ilk olarak editör(ler) tarafından dergi okuyucu kitlesine hitap etmesi ve derginin yayın ilkelerine uyum açısından incelenir. Yazı uygun bulunursa, en az iki danışman (hakem) tarafından değerlendirmeye gönderilir. Editör(ler) konunun özelliğine göre gerekli gördüğünde, yazıyı yayın kurulunda veya danışma kurulunda yer alan hakemler dışında hakemlere gönderebilir. Yazılar konu ile ilgili iki danışmanın olumlu görüşü, Yayın Kurulu'nun kararıyla yayımlanır. Düzeltilmesi istenilen yazı yazarına iade edilir, gerekli düzeltme yapıldıktan sonra yayın kurulu tarafından uygun görülürse yayımlanır.

2.4. Editörler yayın koşullarına uymayan yazıları yayınlamamak, düzeltmek veya kısaltmak üzere yazarlara geri göndermek, ayrıca yazıları biçim olarak düzenlemek yetkilerine sahiptir. Editörlerin yazının mesajını değiştirmeyen düzeltmeleri ve kısaltmaları yapma yetkisi vardır.

2.5. Yayımlanan ve yayına kabul edilmeyen yazılar, ekleri dahil, geri gönderilmez, yazarlar bu konuda bir hak iddia edemez.

2.6. Yazıların değerlendirilme sürecinde yazarların başvurularına ilk yanıt için 14 gün, hakemlerin ilk değerlendirmesi için 21 gün, düzeltme gereken yazılarda yazara 20 gün ve kabul sonrası kesin basım tarihinin yazara bildirilmesi için 30 gün sürelerine uyum amaçlanır.

3. ETİK İLKELER

3.1. Makalelerin bilimsel ve etik kurallara uygunluğu yazarların sorumluluğundadır.

3.2. Gönderilen makalede tüm yazarların akademik ve bilimsel olarak doğrudan katkısı olmalıdır, bu bağlamda "yazar" yayınlanan bir araştırmanın kavramsallaştırılmasına ve desenine, verilerin elde edilmesine, analizine ya da yorumlanmasına belirgin katkı yapan, yazının yazılması ya da bunun içerik açısından eleştirel biçimde gözden geçirilmesinde görev yapan birisi olarak görülür. Yazar olabilmenin diğer koşulları ise, makaledeki çalışmayı planlamak veya icra etmek ve / veya revize etmektir. Fon sağlanması, veri toplanması ya da araştırma grubunun genel süpervizyonu tek başına yazarlık hakkı kazandırmaz.

3.3. Yazarlık için yeterli ölçütleri karşılamayan ancak çalışmaya katkısı olan bireyler yaptıkları katkı belirtilerek "teşekkür" kısmında sıralanmalıdır.

3.4. Sağlık ve Toplum dergisi Helsinki Bildirgesi etik standartlarına (<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>) uymayı kabul eder.

3.5. İnsanlar üzerinde yapılan tüm çalışmalarda, yazının Gereç ve Yöntem kısmında etik kurul onayı alındığı belirtilmelidir. Çalışmanın yapıldığı hasta veya gönüllüler bilgilendirilerek yazılı onayları alınmalı ve makalenin Gereç ve Yöntem kısmında yazılmalıdır.

3.6. Hayvanlar üzerinde yapılan çalışmalarda, yazının Gereç ve Yöntem kısmında çalışmanın Laboratuvar Hayvanlarının Bakımı ve Kullanımı Kılavuzu (www.nap.edu/catalog/5140.html) prensipleri doğrultusunda yapıldığı ve ilgili kurumdan etik kurul onayı alındığı belirtilmelidir.

3.7. Gerek görülürse editör tarafından etik kurul onayının bir örneği yazarlardan istenebilir.

3.8. Eğer makalede doğrudan veya dolaylı ticarî bağlantı veya çalışma için maddî destek veren kurum mevcut ise yazarlar; kaynak sayfasında, kullanılan ticarî ürün, ilaç, ilaç firması v.b. ile ticari hiçbir ilişkisinin olmadığını veya varsa nasıl bir ilişkisinin olduğunu (konsültan, diğer anlaşmalar) bildirmek zorundadır.

4. BAŞVURU

4.1. Yazılar, yazar/yazarların ad, adres, telefon ve faks numaraları, e-mail adresleri ve imzalarını içeren bir özgeçmişle birlikte teslim edilmelidir. İki ya da daha çok yazar olması durumunda, iletişim kurulacak yazar belirtilmelidir.

4.2. Yazı elden vakıf merkezine CD ortamında teslim edilebileceği gibi saglikvetoplum@ssyv.org.tr adresine elektronik ortamda da gönderilebilir.

4.3. Tüm yazarlar bilimsel katkı ve sorumluluklarını ve çıkar çatışması olmadığını bildiren toplu imza ile yayına katılmalıdır. Araştırmalara yapılan kısmi de olsa nakdi ya da aynı yardımların hangi kurum, kuruluş, ilaç-gereç firmalarınca yapıldığı makalenin tam metin dosyasının sonunda kaynaklardan önce dip not olarak bildirilmelidir.

5. YAYIN DÜZENİ

5.1. Yazılar standart A4 kağıdın bir yüzüne, 11 punto, Times News Roman karakterinde iki aralıklı ve kenarlarında yeterli boşluklar bırakılarak bilgisayarda yazılmalıdır. Sayfalar numaralandırılmalıdır.

5.2. Dergiye sunulacak makaleler aşağıdaki bölümleri içermelidir.

·Başlık: Yazının içeriğini yansıtan, özlü bir başlık seçilmelidir. Başlığın İngilizce'si de yazılmalıdır.

·Yazar İsmi: Her yazarın ilk ismi, varsa orta isminin baş harfi ve soyadı yazılmalı, dip notta akademik unvanları ile bağlı oldukları kuruluşları verilmelidir.

·Özet: Giriş bölümünden önce birbirine eş değer Türkçe ve İngilizce olarak verilmelidir. Özet çalışmanın amaç ve sonuçlarını özlü biçimde ifade etmeli ve 150 kelimeyi geçmemelidir. Özetlerin altında en fazla beş kelime anahtar kelimeler bulunmalıdır.

·Metin Bölümleri: Yazılar olağan bir bilimsel yazının izlemesi gereken düzende olmalıdır. Özgün araştırma yazıları Giriş, Gereç ve Yöntem, Sonuçlar (Bulgular) ve Tartışma bölümlerini; olgu sunumları ise Giriş, Olgu(lar) ve Tartışma bölümlerini içermelidir. Makale ve kitap özetleri, çeviri yazıları ve haberler yazının gerektirdiği düzen ve yazım kurallarına uymalıdır. Tablo, grafik, şekil ve diğer gösterimler doğrudan çoğaltılabilecek durumda olmalı ve özenle numaralandırılmalıdır.

·Kaynaklar: Kaynaklar metinde geçiş sırasına göre listelenmeli ve şu biçimde verilmelidir: Yazar(ların) soyad(lar)ı, ad(lar)ının ilk harfleri, makalenin adı, dergi/kitap adı, derginin sayısı, makalenin ilk ve son sayfa numaraları.

Dergi ile haberleşme adresi aşağıda verilmiştir.

Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı

Ehlibeyt Mahallesi Tekstilciler

Caddesi Ekşioğlu İş Merkezi No:16/11

Balga - Çankaya/ANKARA

Tel: 0. 312 435 97 22 (pbx)

Fax: 0.312 434 46 59

E-mail adresi: saglikvetoplum@ssyv.org.tr

THE HEALTH AND SOCIETY DOCUMENT PUBLICATION GUIDELINES

1. GENERAL

1.1. Health and Society (Sağlık ve Toplum) Journal is a publication of the Foundation of Health and Social Assistance. The journal is quarterly (three issues a year); a "special issue" is published when necessary. The journal is published electronically and in print.

1.2. Original research papers, compilations, case studies, translated articles and educational scientific articles (book summaries and reviews) about health and social assistance, statements of international health organizations (e.g. WHO, UNFPA, UNICEF etc.), literature highlights and announcements about the activities of the Foundation.

1.3. The publication language is Turkish. However, papers of authors in English with abstracts in Turkish may also be published.

1.4. Papers published previously or pending review for publication in another journal are not admissible. Papers previously presented in a congress are admissible on condition that the fact be stated in the paper.

1.5. The content of all publications reflects the views of the author and not of the editor or the publisher.

1.6. Authors provide a written statement for assigning the publication rights of their manuscripts to the journal. This statement will be included in all documents signed by the authors and in the letter of application to the editor. No copyright is payable for the manuscripts sent to the journal.

1.7. The translated texts should be accompanied with the original manuscripts in the original language and the source and author of the original should be indicated clearly.

1.8. Manuscripts to be submitted for publication should be prepared in accordance with the Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing and Publication of Scholarly Work in Medical Journals -updated in December 2014- developed by International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) (<http://www.icmje.org/icmje-recommendations.pdf>).

2. REVIEW AND ACCEPTANCE PROCESS

2.1. Health and Society (Sağlık ve Toplum) is a peer-reviewed journal.

2.2. All manuscripts must comply with the linguistic rules of our journal.

2.3. The manuscript is first assessed by the editor(s) for consistency with the readership and publication principles of the journal. If the manuscript is deemed appropriate in this regard, it is sent to a team of at least two advisors (reviewers) for review. Depending on the subject-matter, the editor(s) may deem it necessary to send the manuscript to external reviewers other than those at the editorial board or the advisory board. The manuscript is published upon the assent of the relevant two advisors and by a decision of the Editorial Board. The manuscript that requires correction is returned to the author. If it deems appropriate, the Editorial Board publishes the manuscript after the correction.

2.4. Editors are entitled not only not to publish or return to author for correction or abridgment a manuscript that does not comply with the publication conditions but also to edit the style of the manuscript. Editors are entitled to make corrections and abridgments which do not affect the message of the manuscript.

2.5. Published or not admitted, manuscripts are not returned to the authors. The authors may not claim a right in this regard.

2.6. During the review process, the deadline is 14 days for initial response to the author's application, 21 days for the first peer review, 20 days for correction and 30 days for notification of the definitive publication date to the author.

3. ETHICAL PRINCIPLES

3.1. Authors are responsible for compliance of manuscripts to scientific and ethical rules.

3.2. All authors must provide direct academic and scientific input to the manuscript. In this regard, an author is considered a person who makes a substantive contribution to the conceptualization and design of a study; obtaining, analysis or interpretation of the data or drafting and critical revising of the content. Another requirement for authorship is to plan or conduct and/or revise the study which is the subject of the manuscript. Funding, data collection or the overall supervision of the study group does not grant authorship per se.

3.3. Contributors who do not fulfill the authorship requirements must be listed in the "acknowledgments" part, stating their contributions.

3.4. The Health and Society Journal agrees to comply with the ethical standards of the Declaration of Helsinki (<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>).

3.5. In human studies, the approval of the ethical board should be included in the Materials and Methodology section of the manuscript. Written consent of the patients or volunteers involved in the study should be obtained and the fact that it is given should be stated in the Materials and Methodology Section.

3.6. In animal studies, compliance with the principles of the Guide for the Care and Use of Laboratory Animals (www.nap.edu/catalog/5140.html) and the approval of the respective ethical board should be stated in the Materials and Methodology section of the manuscript.

3.7. The editor may request a copy of the approval of the ethical board from the authors.

3.8. In case of direct or indirect commercial affiliation or financial support to the study by an organization, the authors must indicate in the References page that they have no commercial relations with the relevant commercial product, drug, pharmaceutical company etc. Otherwise, they must state the nature of their relationship (consultant, other agreements).

4. APPLICATION

4.1. Manuscripts should be submitted together with the resumes of the author(s) including the name, address, phone and fax number, email address and signature of the authors. The corresponding author should be indicated if two or more authors are involved.

4.2. The manuscript may be submitted personally in a CD or emailed to saglikvetoplum@ssyv.org.tr.

4.3. All authors should participate in the publication by a collective signature stating their scientific contributions and responsibilities and lack of conflicts of interest. The entities, organizations, pharmaceutical companies etc. that have provided -even partial- support in cash or kind to the study should be indicated in a footnote at the end of the full length text and before the References section.

5. PUBLICATION FORMAT

5.1. The manuscript text must be written on a single side of an A-4 sheet on a computer using Times News Roman fonts, 11 font size and double space and leaving sufficient margins on both sides. Pages should not be enumerated.

5.2. Articles to be submitted to the journal should include the following sections.

·Title: A concise title which gives a sense of the content should be selected. The title should be given in English also.

·Author's name: Given name, initial of middle name and family name of all authors should be provided, and their academic titles and organizations should be stated in a footnote.

·Abstract: The abstract in Turkish and English languages should be included before the Introduction section. The abstract content should be equivalent in both languages. The abstract should briefly state the objectives and results of the study and not exceed 150 words. A maximum of five keywords should be provided at the end of the abstracts.

·Main text: The text should follow the usual format of a scientific manuscript. Original study manuscripts should consist of Introduction, Materials and Methodology, Results (Findings) and Discussion sections and case presentations should include Introduction, Case(s) and Discussion sections. Article and book summaries, translated articles and announcements should follow the format and spelling rules of the manuscript. Tables, charts, figures and other illustrations should be directly reproducible and carefully enumerated.

·References: References should be listed in order of appearance in the text and provided as follows: Family name and initial of given name of each author, title of article, title of journal/book, issue of journal, first and last page cited.

Dergi ile haberleşme adresi aşağıda verilmiştir.

Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı

Ehlibeyt Mahallesi Tekstilciler

Caddesi Ekşioğlu İş Merkezi No:16/11

Balga - Çankaya/ANKARA

Tel: 0. 312 435 97 22 (pbx)

Fax: 0.312 434 46 59

E-mail adresi: saglikvetoplum@ssyv.org.tr

Other information about the Journal of Health and Society and previous issues of the magazine

You can find it at www.ssyv.org.tr

SAĞLIK VE TOPLUM
Journal of Health and Society

Yıl / Year: 35

Sayı / Number: 3

Eylül-Aralık / September-December 2025

İÇİNDEKİLER / Contents

DERLEME / Review

İklim Değişikliği ve Toplumsal Cinsiyet: Eşitsizlikler ve Politika İhtiyacı Üzerine Değerlendirme Ahmet Furkan SÜNER, Türkan GÜNAY.....	3-12
Gebelikte Görülen Rahatsızlıklarda Kanıt Temelli Uygulamalar Seda KAYA, Büşra YILMAZ.....	13-23
Yenidoğanlarda Anne Sütünün Başlanması ve Devam Ettirilmesinde Yaşanan Güçlükler ve Hemşirelik Yaklaşımları Müge SEVAL, Emine UZUNTARLA GÜNEY.....	24-34
A Comparative Analysis of Initiatives Aimed at Enhancing Digital Health Literacy (DHL) on a Global Scale Dilek KOLCA.....	35-44

ARAŞTIRMA / Research Articles

Türkiye’de Trafik Kazalarına Ait Verilerin Analizi (1994-2023) Ağah ERCÖMERT, Cihangir ÖZCAN.....	45-53
Exploring Psychometric Properties of Scales Measuring Social Handwashing Behavior, Habits, and Attitudes - Health Students Aysun GÜZEL, Meltem YURTÇU, Sevgi TURAN, Sarp ÜNER.....	54-65
“Yaşlı Bireylere Yönelik Yaş Temelli Ayrımcılık” ve “Sağlık Çalışanları” Konulu 2021 ve 2024 Yılları Arasında PubMed Veri Tabanında Yayınlanmış Makalelerin İncelenmesi Bezzanur YILDIRIMYILMAZ, Arda BÜKE, Perihan DİZDAR, Naime ÇOMOĞLU, Mehmet T. TOSUN, Oğuzhan BAHAAR, Ercüment ALTINTAŞ, Dilek ASLAN.....	66-77
Pandemi Sürecinin Ağız ve Diş Sağlığı Tutum ve Davranış Üzerine Etkisi Kübra CERAN DEVECI, Yasin CICEK, Abdulsamet TANIK.....	78-86
Kadınların Beden Memnuniyetsizliği, Yeme Bozukluğu Eğilimi ve Akdeniz Diyetine Uyumu Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi Kezban ŞAHİN DEMİRCİ, Hacı Ömer YILMAZ.....	87-94
Obez Bireylerde Konstipasyon Şiddetinin Yaşam Kalitesine Etkisi ve Alternatif Çözüm Yöntemleri Rukiye BURUCU, Fatma KOFAL, Mehmet R. KILIÇ, Nazife N. TANIR.....	95-105
Duygu Düzenleme Güçlüğü’nün Ayrılma Anksiyetesi ve Belirsizliğe Tahammülsüzlük İlişkindeki Aracı Rolü: COVID-19 Pandemisi Döneminde Toplum ve Sağlık Çalışanları Örneklemini Karşılaştırması Emel ÇULHA, Miray AKYUNUS.....	106-123
Hemşirelik Öğrencilerinin Yabancı Hemşire İstihdamına İlişkin Tutumları: Ekonomik ve Demografik Faktörlerin Rolü Seda Tuğba BAYKAR MAT.....	124-132
Adherence to End-Stage Renal Disease of Individuals Receiving Hemodialysis Treatment and Associated Factors: Cross-Sectional Study Cevriye ÖZDEMİR, Ali KAPLAN.....	133-141
Bir Sağlık Bilimleri Fakültesinde Öğrenim Gören Öğrenci Hemşirelerde Maneviyat ve Manevi Bakım Algısı Belgüzar KARA.....	142-150
Investigation of the Relationship Between Pre-Pregnancy Fear of Childbirth and Quality of Life and Psychological Resilience Hafize DAĞ TÜZMEN, Huriye ALTINKAYNAK.....	151-163
Hemşirelerin Menstrual Kap Kullanımına Yönelik Bilgi, Tutum ve Davranışları Merve TUNCER, Elifnur GÜNEŞ.....	164-172
X, Y ve Z Kuşağı Kadınların Engelli Kadınlara Yönelik Tutumları ve Bu Tutumları Etkileyen Faktörler Ayşe Sena YÜKSEL, Kerime Derya BEYDAĞ.....	173-180
Knowledge and Attitudes of Women Living in Rural Areas on Breast Cancer Prevention Hatice BALCI, Evre YILMAZ.....	181-192
Ergenlerde Sosyal Medya Bağımlılığının Sosyal Görünüş Kaygısı ve Benlik Saygısı ile İlişkisi Onurhan EKİCİ, Aydan AKKURT YALÇINTÜRK.....	193-203
OLGU SUNUMU / Case Report	
Meme Kanseri Tanılı Bireyin Günlük Yaşam Aktiviteleri Modeline Göre Hemşirelik Bakımı: Olguların Sunumu Fadime TORU, Hatice GÜLSOY.....	204-214