

HEMŞİRELİK VE EBELİK ALANINDA AKADEMİK ÇALIŞMALAR-I

Editör : Dr. Öğr. Üyesi Abdullah SARMAN

ARTİKEL AKADEMİ: 318

Hemşirelik ve Ebelik Alanında Akademik Çalışmalar - I

Editör: Dr. Öğr. Üyesi Abdullah SARMAN

ISBN 978-625-6627-09-3

Birinci Basım: Aralık - 2023

Ofset Hazırlık: Artikel Akademi

Baskı ve Cilt: Net Kırtasiye Tanıtım ve Matbaa San. Tic. Ltd. Şti.
Gümüşsuyu, İnönü Caddesi & Beytül Malcı Sokak 23/A,
34427 Beyoğlu/İstanbul
Matbaa Sertifika No: 47334

Artikel Akademi bir Karadeniz Kitap Ltd. Şti. markasıdır.

©Karadeniz Kitap - 2023

Akademik etik kurallara
bağlı kalınarak yapılacak olan alıntılar ve tanıtım maksadıyla yapılacak
olan kısa alıntılar dışında, yazılı izni alınmadan, tümünün veya bir
kısımının elektronik, mekanik ya da fotokopi yoluyla, basımı, yayımı,
kopyalanması, çoğaltımı veya dağıtımı yapılamaz.

KARADENİZ KİTAP LTD. ŞTİ.
Koşuyolu Mah. Mehmet Akfan Sok. No:67/3 Kadıköy-İstanbul
Tel: 0 216 428 06 54 // 0530 076 94 90

Yayıncı Sertifika No: 19708
mail: info@artikelakademi.com
www.artikelakademi.com

HEMŞİRELİK VE EBELİK ALANINDA AKADEMİK ÇALIŞMALAR-I

Editör : Dr. Öğr. Üyesi Abdullah SARMAN

YAZARLAR

Ali AY

Emine AYDIN BAYAT

Esra ÜNGÖR DAĞBAŞI

İsmail KELEŞ

Keriman AYTEKİN KANADLI

Mukaddes DEMİR ACAR

Nermin OLGUN

Selva Ezgi AŞKAR

Şule ÇİFTÇİ ÜNAL

Tuğba GÜL DİKME

Ümran ÇEVİK GÜNER

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	7
1. BÖLÜM	
EBEVEYNLERİN YAŞAM BOYU ÖĞRENME MOTİVASYONLARI VE SAĞLIKLI YAŞAM EĞİTİMİ BİLİNCİNİN İNCELENMESİ	9
Mukaddes DEMİR ACAR & Şule ÇİFTÇİ ÜNAL	
2. BÖLÜM	
COVID 19 PANDEMİSİNDE SAĞLIK PROFESYONELLERİNİN DUYGU DURUMLARININ ÇOCUKLARININ FİZYOLOJİK VE PSİKOLOJİK DURUMLARI ÜZERİNE ETKİSİ	25
- Ümran ÇEVİK GÜNER & Esra ÜNGÖR DAĞBAŞI	
3.BÖLÜM	
CERRAHİ HASTALARINDA AĞRI KONTROLÜNDE REFLEKSOLOJİ UYGULAMALARI VE HEMŞİRENİN ROLÜ	53
-Ali AY	
4. BÖLÜM	
HİPERTANSİYONDA HEMŞİRELİK BAKIMI	61
- İsmail KELEŞ & Nermin OLGUN	
5. BÖLÜM	
HEMŞİRELİK UYGULAMALARINDA KURAM VE MODEL KULLANIMININ ÖNEMİ	83
- Keriman AYTEKİN KANADLI & Selva Ezgi AŞKAR	
6. BÖLÜM	
OTİZM SPEKTRUM BOZUKLUĞU VE HEMŞİRELİK BAKIMI	91
- Emine AYDIN BAYAT	

7.BÖLÜM

YAŞLILIKTA GÖRÜLEN FİZYOLOJİK DEĞİŞİKLİKLER VE HEMŞİRELİK BAKIMI.....	105
- Emine AYDIN BAYAT	

8. BÖLÜM

AKTİF VE SAĞLIKLI YAŞLANMA SÜRECİNDE SAĞLIKLI BESLENME	119
- Tuğba GÜL DİKME	

ÖNSÖZ

Değerli Okurlarımız,

Yeni yıla sayılı günler kala, 2023 yılının son basılı kitap bölümünün yayımlanmasının ve yeni yılın heyecanını sizlerle paylaşmanın mutluluğunu yaşıyoruz. “*Hemşirelik ve Ebelik Alanında Akademik Çalışmalar-I*” isimli bu kitapta sağlıkla ilgili olan alanlarda hazırlanan ve ilgiyle okuyacağınızı düşündüğümüz çalışmalara yer verilmiştir. Kitabın hazırlanmasında emeği geçen tüm yazarlarımıza yapmış oldukları değerli katkılarından dolayı teşekkür ederim.

Yıl içerisinde yayımlanan kitaplara katkıda bulunan bütün yazarlarımızın, okurlarımızın, Artikel Akademi yöneticileri ve çalışanlarının yeni yılını en içten dileklerimizle kutluyor, 2024’ün herkes için huzur ve mutluluk dolu bir yıl olmasını diliyorum.

Editör

Dr. Öğr. Üyesi Abdullah SARMAN

1. BÖLÜM

EBEVEYNLERİN YAŞAM BOYU ÖĞRENME MOTİVASYONLARI VE SAĞLIKLI YAŞAM EĞİTİMİ BİLİNCİNİN İNCELENMESİ

Dr. Öğr. Üyesi Mukaddes DEMİR ACAR

Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD

mukaddesdemir.acar@gop.edu.tr

<https://orcid.org/0000-0002-6376-2171>

Hemşire Şule ÇİFTÇİ ÜNAL

Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı

suleciftci55@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0003-3307-7488>

ÖZET

Günümüzde üretilen, paylaşılan ve kullanılan bilgideki değişimin devamlılığı ve bilginin akış hızı bireyleri yaşamları boyu öğrenme iklimine sevk etmektedir. Ebeveynlik rolü ise; çiftlerin gebelik kararı ile başlayarak yaşam boyu devam eden ve çocukları üzerine sağlıklı yaşam davranışları eğitim bilincinin sağlanmasını gerektiren dinamik bir süreçtir. Sağlıklı yaşam davranışlarının kazanılması ebeveynler tarafından çocuklukta başlatılması gereken rol ve sorumlulukları gerektirir. Okullarda ise bu doğru davranışların pekiştirilmesi ve devamlılığı önem kazanır. Ebeveynler günlük temel bakımlarını karşılamak, pozitif sağlık sonuçlarına ulaşmak, çocuklarının sağlıklarını korumak ve sürdür-

mek, akut ve kronik hastalıkları yönetebilmek için sağlık okuryazarlık düzeylerini geliştirmelidir. Ebeveynlerin çocukları ve kendi sağlıkları üzerine sağlıklı yaşam eğitimi bilincine ve yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyine erişimlerinde yaşam boyu öğrenme motivasyonuna sahip olmaları kaçınılmazdır. Bu incelemede ulusal ve uluslararası güncel literatür eşliğinde ebeveynlerin yaşam boyu öğrenme temelinde, sağlıklı yaşam eğitimi bilinci ve sağlık okuryazarlığı kavramlarının açıklanması amaçlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Yaşam boyu öğrenme, motivasyon, sağlıklı yaşam, eğitim, sağlık okuryazarlığı, bilinç, ebeveyn

EXAMINING PARENTS' LIFELONG LEARNING MOTIVATIONS AND HEALTHY LIFE EDUCATION AWARENESS

ABSTRACT

Today, the continuity of change in the information produced, shared and used and the speed of flow of information have left individuals in a lifelong learning climate. The parenting role is; It is a dynamic process that starts with the couple's decision to become pregnant and continues throughout their lives, and requires providing education awareness of healthy living behaviors on their children. Acquiring healthy living behaviors requires roles and responsibilities that should be initiated by parents in childhood. In schools, reinforcement and continuity of these correct behaviors becomes important. Parents should improve their health literacy levels to meet their daily basic care, achieve positive health outcomes, protect and maintain their children's health, and manage acute and chronic diseases. It is inevitable for parents to have lifelong learning motivation in order to have awareness of healthy life education about their children and their own health and to reach an adequate level of health literacy. In this review, it is aimed to explain the concepts of healthy life education awareness and health literacy of parents on the basis of lifelong learning, in the light of national and international current literature.

Key words: Lifelong learning, motivation, healthy life, education, health literacy, awareness, parent

GİRİŞ

Teknolojinin ön planda olduğu çok yönlü ve hızlı bir gelişim içerisinde olan ve küreselleşen dünyada, en temel kavramlardan birinin “bilgi” olduğu belirtilmiştir. Üretilen, paylaşılan ve kullanılan bilgiye değişimin devamlılığı ve bilginin akış hızı bireyleri yaşamları boyunca devamlı bir öğrenme ikliminde bırakmıştır. Sonuçta kişilerin gereksinim duyduğu bilgiyi ve yetenekleri her zaman öğrenebilmelerine, öğrendiklerini uygulamaya, yaşam kalitesini artırmaya imkân tanıyan yaşam boyu öğrenme kavramı ortaya çıkmıştır (Ayra, Köstereli-oğlu, & Çelen 2016; Çavuşoğlu & Acar, 2020; Coşkun & Demirel, 2012).

Çocukların eğitilmesinde ailenin rolü büyüktür ve ebeveynlik devamlı öğrenme ve gelişme gerektiren bir roldür. Ailelere, doğru anne baba olabilmek, topluma yararlı bireyler kazandırabilmek, çocuklarının gelişim dönemleri, eğitimleri, kariyer seçimleri gibi her türlü alanda destek olabilmek ve çocukların yapacakları her şey için onları en iyi şekilde nasıl besleyebilecekleri konusunda ebeveynler bir ömür boyu sürecek öğrenmenin içinde olmalıdır (Karagöz & İlman, 2019).

Bütün çocuklar sağlıklı yaşamın devamlılığı hakkına sahiptir (United Nations, 2009). Birer yetişkin olan ebeveynler çocuklarına bu sağlık hakkını, sağlık hizmetlerinden yararlanarak ve sağlıklı yaşam eğitimi vererek sağlamalı ve sağlık okuryazarlıklarını geliştirmelidir (Morrison, Glick, & Yin, 2019).

Bu bağlamda bu bölüm, yaşam boyu öğrenme, sağlıklı yaşam eğitimi bilinci ve sağlık okuryazarlıkları kavramları üzerinden ebeveynliğin değerlendirilmesi ve literatüre katkı sağlanması amacıyla hazırlanmıştır.

1. YAŞAM BOYU ÖĞRENME

Öğrenme, büyüme ve bedendeki değişimlerle oluşan geçici faktörlere atfedilemeyecek, yaşantı ürünü olarak gelişen, davranışta nispeten kalıcı izli değişim şeklinde tanımlanır. Davranıştaki değişmeye öğrenme diyebilmek için bunun refleks biçiminde olmaması, diğer bir ifadeyle bir yaşantı ürünü sonucu meydana gelmesi ve kalıcı izli olması gereklidir (Senemoğlu, 2020).

Sürekli olarak kendini yenileme ve geliştirme yaşantısının ürünü olan yaşam boyu öğrenme ise bireylerin tüm yaşamı boyunca kazandıkları her türlü bilgi, beceri ve donanımın doğumdan ölüme kadar olan süreçte güncellenmesi ve uygulanabilmesi anlamına gelen destekleyici bir süreç olarak belirtilmektedir (Wielkiewicz & Meuwissen, 2014). Hayatın her anında yeni fikirlere, becerilere

re ve tutumlara açık olunması gerektiğini savunan davranış biçimidir (Laal & Salamati, 2012). Bireylerin hayatları boyunca buldukları yaşamda aktif rol almayı, yeni bir bakış açısı kazanmayı, yaşamı, sağlıklarını ve refahlarını iyileştirmeyi, güncel bilgiyi, becerileri, yeni fikirleri araştırmayı, bilgi, yetenek ile yeterliliğin iletilmesine yardımcı olan her çeşit öğrenme eylemini içerir (Bağcı, 2011; Güleç, Çelik, & Demirhan, 2012). Bireysel, sosyal, toplumsal ve mesleki yaşamın doğasında bilgi, beceri ve yeteneklerin geliştirilmesi, güncellenmesi amacıyla yapılan, örgün, yaygın ve/veya doğal, yetişkin, mesleki, teknik, hizmet içi/dışı bütün amaçlı eğitim, öğretim ve öğrenme etkinlikleri bulunmaktadır (Commission of the European Communities, 2000; Engin, Kör, & Erbay, 2017; Günüş, Odabaşı, & Kuzu, 2012).

Yaşam boyu öğrenme, yeni bir bakış açısı kazanmak için yeni dünyalar veya fikirler aramayı ve takdir etmeyi, ayrıca kişinin çevresini, bilgisini, becerilerini ve etkileşimlerini sorgulamasını içerir. Yaşam boyu öğrenen bir kişinin en temel özellikleri, düşünmek, sorgulamak, öğrenmekten zevk almak, bilginin dinamik doğasını anlamak ve aktif olarak öğrenme fırsatları arayarak öğrenmeye katılmaktır (Davis, Taylor, & Reyes 2014). Diğer bireylerden farklı olarak yaşam boyu öğrenen bireyler hayatının her parçasını bilinçli bir şekilde kendini geliştirmeye ve değiştirmeye adanmış, derinlemesine düşünen, sorgulayan, öğrenmekten keyif alan, öğrenme fırsatlarını arayan, problem çözme yeteneği yüksek, bilginin dinamik olan doğasını anlayan, nasıl öğreneceğini öğrenen ve öğrendiği bilgiyi doğru yerde kullanabilen kişilerdir (Demir Acar, Kilinc, & Demir, 2023; Ökten, 2019; Uzunboylu & Hürsen, 2011).

Birleşmiş Milletler Eğitim, Bilim ve Kültür Kurumu (UNESCO) eğitimin yalnızca okula giden bireyler için olmadığını, kişinin hangi yaşta olursa olsun okul dışında da yaşam boyu öğrenme odaklı eğitim programlarına ihtiyaç olduğunu, sürekli eğitim ile kişinin kendini sürekli yenilemesinin önemli olduğunu gündeme getirmiştir (UNESCO, 2022). Ekonomik Kalkınma ve İş Birliği Örgütü (OECD) ise dünya çapında okuryazarlığı geliştirmek 20. yüzyıl eğitiminin odak noktasıysa, 21. yüzyılın taleplerinin daha çok yaşam boyu öğrenme ve fırsat eşitliğine yönelttiğini belirtmektedir (OECD, 2023).

On birinci Kalkınma Planı'nda yaşam boyu öğrenme politikalarının değerlendirilmesine ilişkin bir derlemede özellikle kadınların ve kız çocuklarının hak, fırsat ve imkânlardan eşit olarak yararlanmaları için yaşam boyu öğrenme tedbir, hedef ve politikaları olduğu bildirilmektedir (Şahin, 2023).

Literatüre bakıldığında ebeveynlerin yaşam boyu öğrenme düzeyleri ve etkileyen değişkenlerin araştırıldığı sınırlı çalışma olduğu, bu konunun daha çok öğretmen ve öğrencilerde ele alındığı görülmüştür. Bazı çalışmalarda kadın üniversite öğrencilerinin yaşam boyu öğrenme puanlarının daha fazla olduğu bulunmuştur (Demirbilek & Bozanoğlu, 2023; Coşkun & Demirel, 2012). Bir çalışmada kadın hemşirelerin yaşam boyu öğrenme puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur (Demir Acar vd., 2023). Yılmaz (2016), Ökten (2019) ve Yaman ve Yazar (2015) tarafından yapılan çalışmalarda cinsiyet değişkeninin yaşam boyu öğrenmeye anlamlı bir etkisinin olmadığı belirtilmektedir. Diğer bir çalışmada ise ebeveynlerin eğitim, çalışma durumu ve öğrencinin akademik başarısı değişkenlerine göre yaşam boyu öğrenme puanlarında anlamlı farklılık bulunmuştur. Çalışma hayatında olan bireylerin mesleki iklimde kendilerini daha iyi geliştirmek için yaşam boyu öğrenmeye önem verdikleri söylenebilir. Bununla birlikte yaşam boyu öğrenmeye katılmanın belli bir maliyeti olduğu düşünüldüğünde çalışan bireylerin ve gelir düzeyi iyi olanların yaşam boyu öğrenmeye daha fazla katılma olanağı bulmalarından dolayı daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Ökten, 2019).

Literatürde, yukarıda belirtildiği gibi yaşam boyu öğrenme motivasyonunu etkileyen direkt ve indirekt faktörler ele alınmıştır. Ancak bazı değişkenlerin yaşam boyu öğrenme motivasyonu ve gelişimi üzerinde oldukça etkili olduğu belirlenmiştir. Bu faktörler; bireyin yaşı, ekonomik durumu, motivasyonu, rol model olarak alınan öğretmen, eğlenerek öğrenme, kültürel yaşam, politika, tutum, yeterlikler, beceriler, bilgi ve iletişim teknolojileri (BİT), okuryazarlık ve deneyim olarak tespit edilmiş ve yaşam boyu öğrenme ile ilişkisi kuramsal açıdan geliştirilmeye çalışılmıştır. Yaşam boyu öğrenme, sözü edilen bu faktörlerle sınırlı tutulsa da öğrenme ortamının, zekanın, etik değerlerin vb. gibi diğer faktörlerin de bu şemaya eklenebileceği bu yönüyle dinamik bir süreç olduğu bildirilmektedir (Bagnall, 2004). Bu değişkenlerin tümü; bireyin öğrenme sürecinde karşılaşılabileceği engellere dikkat çekmekte, iyi bir yaşam boyu öğrenen olma sürecinde önemli göstergeler sunmaktadır.

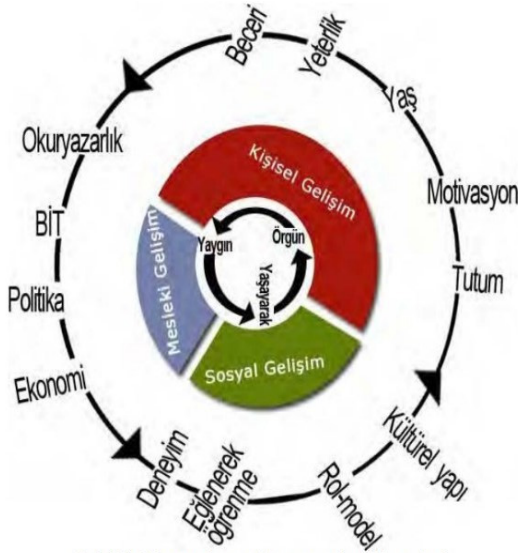
Longworth (2003), yaşam boyu öğrenmenin önündeki engelleri şu şekilde özetlemektedir:

- Yetersiz aile öğrenme kültürü, düşük istek ve motivasyon, düşük öz saygı, kötü çocukluk öğrenme deneyimleri (zihinsel engeller)
- Finansal yetersizlik, eğitim için çalışma ortamının yetersizliği (mali en-

geller)

- Bireylerin eğitim ortamına uzaklığı (erişim engelleri)
- Yaşam boyu öğrenenlerin gereksinim ve niteliklerine uymayan ve yaşam boyunca öğrencilerin bireysel farklılıklarını ve koşullarını yeterince dikkate almayan öğrenme ortamı (ortam engelleri)
- İnsanları öğrenme ortamına çekmede yetersiz bırakan öğretmenler ve insanların yaşamları boyunca öğrenme fırsatları üzerine iyi kalitede bilgi ve önerilere erişmelerinde başarısız olan öğreticiler (öğretmen, koç, çalışan vb. kişiler) (bilgi veren engelleri).

Küreselleşme sürecinde olan dünyada birey, kendini gerçekleştirme adına yaşam boyu öğrenmeye gereksinim duyar. Her bireyin bu düzeye ulaşması mümkün olamamaktadır. Çünkü bireyin bu süreçte önüne çıkan birtakım engeller ve yaşam boyu öğrenme sürecini etkileyen bazı faktörler bulunmaktadır. Şekil 1’de görüldüğü gibi yaşam boyu öğrenmeyi gerçekleştirebilmesi için öğrenmeye yönelik motivasyonundan teknolojiye erişim ve kullanımına, ekonomik durumu, kültür ve bilinçli olmasına kadar birçok değişken vardır. Tüm faktörlerin yaşam boyu öğrenmede etkin olduğu fakat her faktörün direkt ilişkisinin olduğu, sosyal, kişisel ve mesleki gelişim faktörleri bulunmaktadır (Tan & Morris, 2006). Birey, kişisel, sosyal ve mesleki gelişimini devam ettirebilmek için örgün, yaygın ve yaşam boyu öğrenme döngüsünde yaşamını devam ettirir. Bu sürecin en önemli gelişim aşaması kişisel gelişimdir. Çünkü bireyin her yaşam boyu öğrenme döngüsündeki etkinliği, motivasyonu ve çabası kişisel gelişimini de etkilemektedir (Günüç vd., 2012). Bu nedenle yaşam boyu öğrenme sürecinde “motivasyon” kavramı aşağıda detaylı olarak açıklanmıştır.



Şekil 1. Yaşam boyu öğrenmenin bileşenleri

2. MOTİVASYON

Yaşam boyu öğrenmeyi etkileyen önemli değişkenlerden biri Şekil 1’de de belirtildiği gibi motivasyondur (Crow, 2006; OECD, 2000). Öğrenenler, yaşamları boyunca sıkça karşılaştıkları engelleri aşmak ve öğrenmenin sürekliliği için motive edilmeye ya da motivasyonlarını yüksek seviyede tutmaya gereksinim duyarlar (OECD, 2000). Bir güdü etkisiyle amaca yönelme, eyleme geçme ve süreklilik sağlama sürecine sahip olan motivasyon (güdülenme), birtakım uyarıcıların etkisi ile bireylerin belirli amaçları gerçekleştirmek üzere kendi istekleri ile davranmalarınıdır (Tarakçıoğlu, Sökmen & Boylu, 2010).

Motivasyonun başarı ile ilişkisini inceleyen çeşitli kuram ve modeller geliştirilmiştir. Öğretim sürecinde öğrenenlerin motivasyonunun ne tür durumlardan etkilendiğini ortaya koymak ve motivasyonu sağlayacak bir tasarımı oluşturmalarında eğitimcilere destek olmak için Keller (2006) tarafından bir model geliştirilmiştir. ARCS (Attention, Relevance, Confidence, Satisfaction) olarak adlandırılan bu model; dikkat, uygunluk, güven ve tatmin olarak dört temel kategoriden oluşmaktadır. Dikkat aşamasında öğrenenin derse karşı ilgisi çekilerek bu ilginin ders sonuna kadar sürdürülmesi, uygunluk aşamasında konunun gereksinim ve amaçlarına uygunluğunun fark ettirilmesi sağlanır. Güven aşamasında öğrencilerin bireysel ve grup dinamiği ile başarıyı yakalayabileceği, tatmin aşamasında ise

öğrencilerin başarılarının çeşitli pekiştiricilerle ödüllendirilerek içsel tatmin duyacakları bir ortam sağlanır (Keller, 2006; Kutu & Sözbilir, 2011).

21. yüzyılda örgün ve yaygın eğitim ortamlarında motivasyonu arttırmak amaçlı sağlanan bu tür model içeren girişimlere ek olarak tüm öğrenenlerin sürekli öğrenme becerileri edinmesi ve öğrenmeyi yaşamlarının belirli bir parçası olarak değil, yaşam boyu devam eden dinamik bir süreç olarak algılaması benimsetilmelidir. Dolayısıyla her meslek profesyonelinin yaşam boyu öğrenme bağlamında kendini geliştirmesi ve mesleki geleceğinin gelişimine de katkı sağlaması beklenmektedir (Dikmen vd., 2016). Yaşam boyu öğrenme, öğrenciler için de bir gereklilik olarak kabul edilmiş, öğrencinin bilgiyi araştırdığı, Bruner'in Kuramında belirtildiği gibi buluş yoluyla öğrendiği ve bunun yaşamı boyunca mesleki ve bireysel ihtiyaçlarını karşılamak için kullandığı aktif bir süreç olarak yürütülmesinin gerekliliği belirtilmiştir (Örs, 2020; Senemoğlu, 2020). Pediatri hemşireleri üzerinde yapılan bir çalışmada, hemşirelerin yaşam boyu öğrenme algıları ile klinik karar vermede özgüven ve anksiyete düzeyleri arasında pozitif yönlü bir ilişki belirlenmiştir. Böylece yaşam boyu öğrenmenin kanıta dayalı bakımın uygulanmasına yönelik önemli bir adım olduğu ve hemşirelerin yaşam boyu öğrenme farkındalıklarının arttırılması önerilmiştir (Demir Acar vd., 2023).

Ebeveynlik rolünün de aslında bir meslek olduğu ve yaşam boyu öğrenme için anlamlı bir bağlam ve çerçeve sağlayabileceği belirtilmektedir (Stehlik, 2003). Sağlıklı yaşam davranışlarının bireye kazandırılmaya başlanması ise bilinçli ve sağlık okuryazarlığı yeterli olan ebeveynler tarafından sağlanmaktadır (Karagöz & İlman, 2019; Morrison vd., 2019). Dolayısıyla sağlıklı yaşam eğitimi konusunda bilinçli bir ebeveynlik rolünün yaşam boyu öğrenme motivasyonu ve felsefesiyle oluşması beklenmektedir (Stehlik, 2003).

3. SAĞLIKLI YAŞAM EĞİTİMİ BİLİNCİ

Sağlıklı yaşam biçimi; günlük yaşam aktivitelerinde bireyin fiziksel, zihinsel ve sosyal açıdan sağlığını etkileyebilecek tüm davranışlarını, bilinçli ve sağlık durumuna uygun olan yaklaşımları seçerek düzenlemesi, bu davranışların düzenli biçime getirilmesi olarak tanımlanmıştır. Aile, okul, toplum ve eğitim ile kazanılan, zamanla güncellenen bu davranışlar, bireylerin iyi olan sağlık durumunun devamlılığını sağlayan, kendisi için doğru olduğuna karar verdiği davranışlardır (Kostak, Kurt, Süt, Akarsu, & Ergül, 2014). Sağlıklı yaşam biçimi

davranışları, bireyin var olan sağlığını koruma ve geliştirmesine ilişkin sağlık sorumluluğunu alma, zararlı alışkanlıklardan uzak durma, yeterli ve dengeli beslenme, düzenli egzersiz yapma, bireyler arası destek, sağlığını ve başkalarının sağlığını koruma ve geliştirmeye yönelik bilinçli çaba ve stres yönetimini kapsamaktadır (Güler & Güner, 2017). Bireyleri hastalıklara karşı koruyup, onların sağlıklarını devam ettirebilmeleri için birçok uygulama hayata geçirilmiş ve günümüzde bu uygulamalara “Sağlıklı Yaşam Bilinci” denilmiştir (Karagöz & İlman, 2019).

Ebeveynlik rolü ise; çiftlerin gebelik kararı ile başlayarak yaşam boyu devam eden ve çocukları üzerine sağlıklı yaşam davranışları eğitim bilincinin sağlanmasını gerektiren dinamik bir süreçtir. Ebeveyn olma ve yeni bir bebeğe sahip olma, mutluluk getirisine ek olarak yeni rol ve sorumluluk gerektiren bir dönem olması nedeniyle güçlüklerle dolu bir süreçtir (Taşkın, 2015). Sağlıklı yaşam davranışlarının kazanılması ise ebeveynler tarafından çocuklukta başlatılması gereken rol ve sorumlulukları gerektirir. Eğitim sisteminin önemli bir ünitesi olan okullarda ise bu doğru davranışların pekiştirilmesi ve devamlılığı önem kazanır. Ayrıca okullar, yaşam boyu öğrenme yeterliklerinin geliştirilmesi ve yetişkin eğitimi için de temellerin atıldığı merkezi bir konumdadır (Landberg & Partsch, 2023).

Günümüzde yetişkin eğitiminin, eğitim sistemi içindeki konumu eskiye göre çok değişmiştir. Artık yetişkin eğitimi, eğitim sisteminin vazgeçilmez bir alt sistemi olarak kabul edilmektedir. Bugün çoğu ülke, yetişkin eğitime yönelik uygun yaklaşımları bulmak için ciddi arayışlar içindedir ve yetişkin eğitimi örgütlemeye çalışmaktadır. Yaşam boyu öğrenme kapsamında, aile eğitimleri de ülkemizde son zamanlarda gerçekleştirilen önemli yetişkin eğitimlerinden biri haline gelmiştir (Ay & Şahan, 2018; Hacıoğlu, 2013). Yetişkinlerin öğrenme sürecinde geçirdikleri aşamalar şunlardır; (Hacıoğlu, 2013).

1. Farkında olma: Yetişkin, önce kendisinin bilmediği bir bilginin veya becerinin var olduğunu farkına varır.
2. İlgilenme: Yetişkin bu yeniliğin ya da bilginin yararlarını merak ederek öğrenmek ister. Duyum düzeyindeki konu ile ilgili detaylı bilgi toplama ya çalışır.
3. Değerlendirme: Konu hakkında bilgi edinen yetişkin, bunun kendisine getireceği maliyet ya da yararlar konusunda bir değerlendirme yapar. Faydanın fazla olduğundan emin olmak ister, faydalı bulursa denemek ister.

4. Deneme: Yetişkin, öğrendiği bilginin kendisine sağlayacağı yararı az bir uygulama ile dener ve sonuçlarını gözler, yararlı olduğuna inanırsa uygulamak ister. Kesin kararı bu deneme sonuçlarına göre verir.

5. Yetişkin, bilgiyi benimsemiştir ve uygulamaya geçer.

Çocuklar yaş aldıkça ve gelişim düzeyleri arttıkça ebeveynlerin eğitim ihtiyaçları zamanla değişmekte ve bu koşullar, ebeveynleri daimi bir eğitim alma ve bir yetişkin olarak öğrenme sürecine diğer bir ifadeyle yukarıda bahsedilen aşamalara yöneltmektedir (Şölen, 2020; Hacıalioğlu, 2013).

Ebeveynlerin çocuklarının da yaşam boyu eğitimi üzerinde açık bir etkisi vardır. Fischer ve Lipovská (2013) yaptığı çalışmada daha yüksek eğitim düzeyine sahip olan, kitap okuma, dil bilgisi gibi kendi becerilerini geliştiren, eğitim faaliyetlerine katılan ebeveynlerin çocuklarının yetişkinlikte de yaşam boyu öğrenen bireyler olduğunu vurgulamış, ailelerdeki öğrenme davranışlarının nesiller arası aktarımının altını çizmiştir. Ebeveynlerin ev ortamında ve dışında sağladıkları zenginleştirilmiş kaliteli ortam, çocuğun gelişimi, eğitimi, mutlu ve sağlıklı bireyler olarak yetiştirilmelerine destek sağlamaktadır (Ökten, 2019).

4.SAĞLIK OKURYAZARLIĞI

Sağlık okuryazarlığı kavramı ise, sağlığın teşviki, sürdürülmesi ve geliştirilmesi, hastalıkların önlenmesi, bilgiye erişim, erişilen bilgileri anlama, değerlendirme ve hayata geçirme için bilgi, motivasyon ve yetkinlik olarak tanımlanır ve sağlıklı yaşam biçimi, yaşam boyu öğrenme kavramları ile oldukça ilgilidir (Çopurlar & Kartal, 2016). Sağlık okuryazarlık düzeyinin yetersiz olması, çocuk sağlığını olumsuz etkilediğinden çocuklarda sağlık okuryazarlığı kavramının geliştirilmesi ve anlaşılmasına olan ihtiyaç artmış ve giderek daha fazla önem kazanmıştır. Bunun için de ebeveynler günlük temel bakımlarını karşılamak, pozitif sağlık sonuçlarına ulaşmak, çocuklarının sağlıklarını korumak ve sürdürmek için kendi sağlık okuryazarlık düzeylerini geliştirmelidir (Çınar, Ay, & Boztepe, 2018). Çocuklara sağlık hizmeti sunumunda dikkate alınmasını gerektiren bir konu olan sağlık okuryazarlığı, çoğu ebeveyn için yetersiz bulunmuştur. Özellikle, her dört ebeveyninden birisinin sağlık okuryazarlığının düşük olması, çocukları adına sağlık kararları alırken sağlık bilgilerini kullanma becerilerini büyük ölçüde etkilemektedir (Morrison, Glick, & Yin, 2019). Ayrıca acil servislerde ve diğer sağlık bakımı ortamlarında dil, kültür ve sağlık okuryazarlığı engellerinin de özellikle mülteci aileler ve çocukları için kaliteli bakım sağlamayı potansiyel olarak zorlaştırdığı bildirilmiştir (Russell, Tsai, &

Linton, 2020). Ayrıca günümüzde engelli bireylerin ebeveyn olma düzeylerinin arttığı ve uygun destekler verildiğinde fiziksel engelliliğin varlığında başarılı ebeveynliğin mümkün olduğu gösterilmiştir. Araştırmalar sonucunda annelerin, çevrenin kendileri için daha erişilebilir hale getirilmesi, fiziksel ve duygusal destek, ebeveyn rehberliği sağlanması, hakları hakkında bilgilendirme, çocuklarının ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik maddi yardımlar ve erişilebilir eğlence aktiviteleri konusunda destek gereksinimleri olduğu belirlenmiştir (Demir Acar, 2023). Pituch ve ark. (2020) yaptıkları sistematik bir derlemede engelli ebeveynlerin küçük çocuklarının bakım süreci, ev içinde ve dışında kişisel ihtiyaçları ve sağlık sisteminde yön bulma ihtiyaçları olmak üzere üç tematik analiz belirlemiştir (Pituch, Bindu, Grondin, & Bottari, 2020).

Bütün çocuklar sağlıklı yaşamın devamlılığı hakkına sahiptir (United Nations, 2009). Ebeveynler çocuklarına bu sağlık hakkını sağlık hizmetlerinden yararlanarak ve sağlıklı yaşam eğitimi vererek sağlamalı ve sağlık okuryazarlıklarını geliştirmelidir. Sağlıklı yaşam davranışlarının kazandırılması ve sağlıklı, eğitilmiş bireyler yetiştirmek bilinçli ebeveynler tarafından sağlanmaktadır. Bilinçli ebeveynler çocuklarına nasıl eğitim vereceklerini araştırarak çocukluk döneminde sağlıklı yaşam için gerekli olan davranışları kazandırmalıdır. Ebeveynlik sürecinde eğitimle birlikte anılmış ve her dönemde eğitimi etkilemiş ve eğitimden etkilenmiş bir kavram olan yaşam boyu öğrenme misyonuna sahip olunmalıdır (Çınar vd., 2018; Karagöz & İlman, 2019).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuç olarak, ebeveynlerin yaşam boyu öğrenme motivasyonlarının geliştirilmesi ile çocukların sağlıklı yaşam eğitimi bilinç düzeylerinin artmasına ve böylece gelecek nesillerin sağlıklı olmasına katkı sağlanabilir. Bu incelemede elde edilen bulguların ebeveynlerin yaşam boyu öğrenme ve sağlıklı yaşam eğitimi bilinç düzeylerinin geliştirilmesi için yapılacak çalışmalarda kullanılabilirliği ve yeni çalışmalar için başlangıç noktası olabileceği düşünülmektedir. Özellikle annelerin, anne adaylarının başta olmak üzere ebeveynlerin, eğitim ve gelir düzeyi düşük olan ebeveynlerin, göçmenlerin, engelli ve dezavantajlı bireylerin yaşam boyu öğrenme motivasyonlarının ve farkındalıklarının, sağlıklı yaşam eğitimi bilinç düzeylerinin, sağlık okuryazarlığı düzeylerinin artırılması amacıyla ulusal ve uluslararası politikalar geliştirilmesi, yetişkin eğitimlerine ağırlık verilmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

Ay, F. Şahan, G. (2018). Aile eğitimleri kurslarının yetişkin eğitimi bağlamında etkilerinin değerlendirilmesi. *Uşak Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 9, 66-86.

Ayra, M., Kösterelioğlu, İ., Çelen, Ü. (2016). Öğretmenlerin yaşam boyu öğrenme eğilimlerinin çeşitli değişkenler açısından incelenmesi. *Hitit Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 9(1), 497-516.

Bagnall, R.G. (2004). The ethics of lifelong learning. *International Journal of Learning*, 11, 1453-1460.

Bağcı, Ş. E. (2011). Avrupa Birliği'ne üyelik sürecinde Türkiye' de yaşam boyu öğrenme politikaları. *Ondokuz Mayıs Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 30 (2), 139-173.

Commission of the European Communities (2000). *A Memorandum on Lifelong Learning*. Brussels. Erişim tarihi: 01 Aralık 2023 http://arhiv.acs.si/dokumenti/Memorandum_on_Lifelong_Learning.pdf

Çavuşoğlu, G., Acar, K. (2020). Üniversite öğrencilerinin uzaktan eğitime yönelik görüşleri ile yaşam boyu öğrenme düzeyleri arasındaki ilişki. *Spor ve Performans Araştırmaları Dergisi*, 11(3), 207-220.

Çınar, S., Ay, A., Boztepe, H (2018) Çocuk Sağlığı ve Sağlık Okuryazarlığı. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 14(2), 25-39.

Çopurlar, C.K., Kartal, M (2068). Sağlık Okuryazarlığı Nedir? Nasıl Değerlendirilir? Neden Önemli? *TJFM&PC*, 10(1), 42-47.

Coşkun, Y. D., Demirel, M. (2012). Üniversite öğrencilerinin yaşam boyu öğrenme eğilimleri. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 42(42), 108-120.

Crow, S. R. (2006). What motivates a lifelong learner?. *School Libraries Worldwide*, 12(1), 22-34.

Davis, L., Taylor, H., Reyes. H. (2014). Lifelong learning in nursing: A Delphi study. *Nurse Education Today*, 34(3), 441-445.

Demir Acar, M. (2023). Engelli ebeveynlerin yaşadıkları güçlüklerin değerlendirilmesi. *Sağlıklı Yaşam ve Obezitede Farkındalık Kongresi, Toros Üniversitesi, Mersin*

Demir Acar, M., Kilinc, C.G., Demir, O. (2023) The relationship between lifelong learning perceptions of pediatric nurses and self-confidence and anxiety in clinical decision-making processes, *Comprehensive Child and Adolescent Nursing*, 46(2), 102-113.

Demirbilek, N., Bozanoğlu, B. (2023). Üniversite öğrencilerinin yaşam doyumu, iletişim becerileri ve yaşam boyu öğrenme düzeyleri arasındaki ilişki. *İnönü Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 24(1), 312-333.

Dikmen, Y., Denat, Y., Filiz, N. Y., Başaran, H. (2016). Hemşirelik öğrencilerinde yaşam boyu öğrenme eğilimleri. *Journal of Human Rhythm*, 2(1). 0-0. Retrieved from <https://dergipark.org.tr/en/pub/johr/issue/40171/477895>

Engin, M., Kör, H., Erbay, H. (2017). Yaşam boyu öğrenme ölçeği Türkçe uyarlama çalışması. *Kastamonu Eğitim Dergisi*, 25(4), 1561-1572.

Fischer, J., Lipovská, H. (2013) Building human capital: the impact of parents' initial educational level and lifelong learning on their children, *Journal on Efficiency and Responsibility in Education and Science*, 6(4), 218–231.

Güleç, İ., Çelik, S., Demirhan, B. (2012). Yaşam boyu öğrenme nedir? Kavram ve kapsamı üzerine bir değerlendirme. *Sakarya University Journal of Education*, 2(3), 34-48.

Güler, Z. Ş., Güner, İ. (2017). Van Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimlerinin ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Van Tıp Dergisi*, 25(4), 445-451.

Günüç, S., Odabaşı, H. F., Kuzu, A. (2012). Yaşam boyu öğrenmeyi etkileyen faktörler. *Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 11(2), 309-325.

Hacıaloğlu, N. (2013). *Hemşirelikte Öğretim Öğrenme ve Eğitim*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.

Karagöz, Y., İlman, E. (2019). Ebeveynlerde Sağlıklı Yaşam Eğitimi Bilinç Düzeyi Ölçeğinin geliştirilmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 4(1), 55-64.

Keller, J.M. (2006). *Development of Two Measures of Learner Motivation*. Erişim tarihi: 26 Şubat 2023 <https://studylib.net/doc/7446614/development-of-two-measures-of-learner-motivation>

Kostak, M. A., Kurt, S., Süt, N., Akarsu, Ö., Ergül, G. D. (2014). Hemşirelik ve sınıf öğretmenliği öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *TAF Prev Med Bull*, 13(3), 189-96.

Kutu, H., Sözbilir, M. (2011). Öğretim materyalleri motivasyon anketinin Türkçeye uyarlanması: güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Necatibey Eğitim Fakültesi Elektronik Fen ve Matematik Eğitimi Dergisi*, 5 (1), 292-12.

Laal, M., Salamati, P. (2012). Lifelong learning; why do we need it?. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 31, 399-403.

Landberg, M., Partsch, M. V. (2023). Perceptions on and attitudes towards lifelong learning in the educational system. *Social Sciences & Humanities Open*, 8(1), 100534.

Longworth, N. (2003). *Lifelong Learning in Action: Transforming Education in the 21 th*

Century. Erişim tarihi: 06 Aralık 2023. https://www.researchgate.net/publication/297981632_Lifelong_learning_in_action_transforming_education_in_the_21st_century

Morrison, A. K., Glick, A., Yin, H. S. (2019). Health literacy: implications for child health. *Pediatrics in Review*, 40(6), 263-277.

Organisation for Economic Co-operation and Development OECD (2023). *Learning for life*. Erişim tarihi: 06 Aralık 2023. <https://www.oecd.org/education/learningforlife.htm>

Ökten, P. (2019). *Ailelerin yaşam boyu öğrenme ve aile destek düzeyleri arasındaki ilişkinin çeşitli değişkenler açısından incelenmesi* (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi) Sakarya Üniversitesi, Sakarya

Örs, M. (2020). Lifelong learning competencies among undergraduate first year and final year midwifery-nursing students. *International Journal of Curriculum and Instruction*, 12, 88-104.

Pituch, E., Bindiu, A. M., Grondin, M., Bottari, C. (2020). Parenting with a physical disability and cognitive impairments: a scoping review of the needs expressed by parents. *Disability and Rehabilitation*, 1-15.

Russell, E. A., Tsai, C., & Linton, J. M. (2020). Children in Immigrant Families: Advocacy Within and Beyond the Pediatric Emergency Department. *Clinical Pediatric Emergency Medicine*, 21(2), 100779.

Senemoğlu, N. (2020). *Kuramdan Uygulamaya Gelişim Öğrenme ve Öğretim*. Ankara: Anı Yayıncılık.

Stehlik, T. (2003). Parenting as a vocation: Lifelong learning can begin in the home. *International Journal of Lifelong Education*, 22(4), 367-379.

Şahin, M.Ş. (2023). On Birinci Kalkınma Plan'nda Hayat Boyu Öğrenme Politikalarının Değerlendirilmesi. *Anadolu University Journal of Education Faculty*, 7(4), 1334-1354.

Şölen, Y. (2020). *4-6 yaş arası çocuğu olan babaların ebeveyn tutumları ve yaşam boyu öğrenmelerinin baba eğitim programına katılım durumuna göre incelenmesi* (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi) Kocaeli Üniversitesi, Kocaeli

Tan, C. L. ve Morris, J. S. (2006). Undergraduate college students, laptop computers, and lifelong learning. *The Journal of General Education*, 54(4), 316-338.

Tarakçıoğlu, S., Sökmen, A., Boylu, Y. (2010). Evaluation of motivation factors: A research in Ankara. *İşletme Araştırmaları Dergisi*, 2(1), 3-20.

Taşkın, L. (2015). *Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği*. Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık.

United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization UNESCO (2022). *Institute for Lifelong Learning (UIL): annual report*. Erişim tarihi: 05 Aralık 2023. <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000384704>

United Nations (2009). *Convention on the Rights of the Child*. Erişim tarihi: 13 Aralık 2023. https://www.un.org/esa/socdev/unpfi/documents/CRC.GC.C.11_EN.pdf

Uzunboylu, H., Hürsen, Ç. (2011). Lifelong learning competence scale (LLLCS): The study of validity and reliability. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 41(41), 449-460.

Yaman, F., Yazar, T. (2015). Öğretmenlerin yaşam boyu öğrenme eğilimlerinin incelenmesi (Diyarbakır ili örneği). *Kastamonu Eğitim Dergisi*, 23 (4), 1553-1566.

Yılmaz, M. (2016). Öğretmenlerin yaşam boyu öğrenme eğilimlerinin incelenmesi. *Mustafa Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 13(35), 253-262.

Wielkiewicz, R. M., Meuwissen, A. S. (2014). A lifelong learning scale for research and evaluation of teaching and curricular effectiveness. *Teaching of Psychology*, 41(3), 220-227.

2. BÖLÜM

COVID 19 PANDEMİSİNDE SAĞLIK PROFESYONELLERİNİN DUYGU DURUMLARININ ÇOCUKLARININ FİZYOLOJİK VE PSİKOLOJİK DURUMLARI ÜZERİNE ETKİSİ

Doç. Dr. Ümran ÇEVİK GÜNER

Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Hemşirelik Bölümü

umran.guner@gop.edu.tr

<https://orcid.org/0000-0002-8677-0414>

Esra ÜNGÖR DAĞBAŞI

Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik ABD

esra.dagbasi@gop.edu.tr

<https://orcid.org/0000-0003-1225-9602>

ÖZET

Amaç: Bu çalışma, covid 19 pandemisinde sağlık profesyonellerinin duygu durumlarının çocuklarının fizyolojik ve psikolojik durumlarına etkisini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Bu tanımlayıcı ve kesitsel tipteki çalışma, 15 Ocak-15 Haziran 2021 tarihleri arasında 121 sağlık profesyonelinin katılımıyla gerçekleştirilmiştir. Verilerin toplanmasında Kişisel Bilgi Formu, Fizyolojik Durum Değişikliği Formu, Çocuklarda Algılanan Stres Ölçeği, Pozitif ve Negatif Duygu Ölçeği

kullanılmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı (yüzde, ortalama), bağımsız gruplar t testi, Anova ve korelasyon analizleri kullanılmıştır.

Bulgular: Sağlık profesyonellerinin pozitif duyguları ile çocuklarının algılanan stres durumları arasında anlamlı ilişki yokken negatif duygu durumları arasında orta düzeyde pozitif yönde ilişki olduğu saptandı ($p<0,05$). Sağlık profesyonelleri çocuklarının pandemi süresince %42,1'i kilo aldığını, %78,5'i uyku düzenini değiştirdiğini, %61,2'si fiziksel aktivite yapmadığını, %81,0'i ebeveynleri ile tartıştığını, %57,9'u çocuklarının ruhsal danışmanlığa ihtiyacı olduğunu, %86,8'i bu süreçte stresinin ve bakım yükünün arttığını ifade etmiştir. Sağlık profesyonellerinin çocuğunun ilkokulda olmasının, fiziksel aktivite yapma durumunun ve çocuklarıyla sık sık vakit geçirmesinin ebeveynlerin pozitif duygu durumunu, izolasyon için ayrı evde yaşamasının, çocukların kâbus görmesinin, ebeveynleri ile tartışmasının, haber izlemesinin ve ruhsal danışmanlığa ihtiyacı olmasının negatif duygu durumunu, abur cubur tüketme durumunun, kâbus görmesinin, ebeveynleri ile tartışmasının, ruhsal danışmanlığa ihtiyacı olmasının ve ebeveynlerin bakım yükünün artmasının çocukların algılanan stres durumunu anlamlı düzeyde etkilediği bulunmuştur ($p<0,05$).

Sonuç: Covid 19 pandemisinde sağlık profesyonellerinin pozitif ve negatif duygularının ve çocuklarının algılanan stres düzeylerinin orta düzeyde olduğu, çocuklarının fizyolojik ve psikolojik değişiklikler yaşadıkları, negatif duygu durumu arttıkça çocuklarının algılanan stres düzeylerinin arttığı saptandı. Bu bağlamda sağlık profesyonellerinin sosyal ve psikolojik desteklerinin artırılmasının, motive edilmelerinin negatif duygulanımlarını azaltacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Covid 19, Sağlık profesyonelleri, Çocuk, Pozitif duygu, Negatif Duygu

THE EFFECT OF HEALTH PROFESSIONALS' EMOTIONAL STATE ON THE PHYSIOLOGICAL AND PSYCHOLOGICAL CONDITIONS OF THEIR CHILDREN DURING THE COVID 19 PANDEMIC

ABSTRACT

Objective: This study was conducted to evaluate the effects of health professionals' emotional states on the physiology and psychology of their children during the covid 19 pandemic.

Method: This descriptive and cross-sectional study was conducted with the participation of 121 health professionals between January 15 and June 15, 2021. Personal Information Form, Physiological State Change Form, Perceived Stress Scale in Children, Positive and Negative Emotion Scale were used to collect data. Descriptive (percentage, χ), independent groups t test, ANOVA and correlation analyzes were used to analyze the data.

Results: While there was no significant relationship between the positive emotions of health professionals and their children's perceived stress states, it was found that there was a moderate positive relationship between their negative emotions ($p < 0.05$). Health professionals reported that 42.1% of their children gained weight during the pandemic, 78.5% changed their sleep patterns, 61.2% did not do physical activity, 81.0% argued with their parents, 57.9% stated that their children needed spiritual counseling, and 86.8% stated that their stress and care burden increased. It has been found that health professionals' children's being in primary school, being physically active and spending frequent time with their children affect the positive emotional state of the parents, while living in a separate house for isolation, children having nightmares, arguing with their parents, watching the news and needing psychological counseling affect the negative emotional state. It was found that consuming junk food, having nightmares, arguing with parents, needing psychological counseling, and increasing the care burden of parents significantly affected children's perceived stress ($p < 0.05$).

Conclusion: It was determined that during the Covid 19 pandemic, the positive and negative emotions of health professionals and the perceived stress levels of their children were at moderate levels, their children experienced physiological and psychological changes, and as the negative emotional state increased, the perceived stress levels of their children increased. In this context, it is

thought that increasing the social and psychological support and motivation of health professionals will reduce their negative emotions.

Keywords: Covid 19, Health professionals, Child, Positive emotion, Negative Emotion

1. GİRİŞ

Corona virüsler ağır solunum yolu enfeksiyonuna neden olan morbitidesi yüksek virüslerdir. Hastalığa yol açan virüs, Ağır Akut Solunum Yolu Yetersizliği Sendromu Koronavirüsü-2 (SARS-CoV-2) olarak tanımlanmıştır (Şahin ve ark., 2020). COVID-19'un dünya ülkelerine çok kısa sürede yayılmasıyla birlikte 11 Mart 2020'de pandemi ilan edilmiştir (WHO, 2020). Bulaşıcı hastalıklar ile mücadele edilirken bu süreçlerde sağlık çalışanlarına olan ihtiyaç artmaktadır. Yapılan çalışmalar da Covid-19 salgınında da sağlık çalışanlarına da bulaşma olabildiğini, çocuklarına bakım vermede zorluk yaşadıkları ya da bulaştırma korkusu beraberinde ruhsal sorunların görülebildiği bu yönüyle daha önceki salgınlarla benzerlik gösterdiği bildirilmektedir (Gavin ve ark., 2020; Wang ve ark., 2020). Virüsün yaş ayrımı yapmaksızın herkesi enfekte edebildiği görülmüştür. Çin Halk Cumhuriyetinde ilk kez 20 Nisanda virüs ile enfekte olan bir çocuk kayıtlara geçmiştir. Ülkemizde de Sağlık Bakanlığı Nisan 2020 verilerine göre %5 vakadan azı 15 yaş altı, %2 civarında vaka ise 5 yaş altı çocuklar olarak kayıtlara geçmiştir (Çiftçi, 2020).

Sağlık profesyonelleri yaşamın her anında insan sağlığının korunması, kurtarılması ve hayatın sağlıklı bir şekilde devam ettirilebilmesi için çaba gösteren meslek grubudur. Bu nedenle yaptıkları işler sosyal, psikolojik, zihinsel, iş ilişkileri açısından çok büyük sorumluluklar içermektedir. Salgın hastalıklarla mücadelede en ön safta olan yer almaktadırlar. Türkiye de ilk vaka kayıtlara geçtiği günden itibaren sağlık profesyonelleri tanınmayan bir virüsle karşı karşıya kalmışlardır. Birçok sağlık profesyoneli ailesi ve çevresindeki kişileri enfekte etmemek için kendilerini izole ettiği (lojman, pansiyon vb.) gözlemlenmiştir. Yapılan çalışmalarda bu durumun ciddi stres belirtilerine sebep olduğu ortaya çıkmıştır (Gavin ve ark 2020; Şahin ve ark,2021). Sağlık profesyonelleri, iş yaşamlarında çeşitli sorumluluklar üstlenirken, toplum genellikle onlardan sadece mesleki rollerini değil, aynı zamanda anne, baba ve eş gibi sosyal rollerini de yerine getirmelerini bekler. Yeni bir durum veya olayla karşılaşmak her birey için zorlu olabilir. Pandemi dönemi gibi özel bir durumda bu sorumlulukları

yerine getirmeleri daha da zorlaşmış, stres düzeyleri daha da artmıştır (Lu ve ark., 2020)

Çocuklar yeni bir durumla karşılaştığında farklı tepkiler verebilir. Bu tepkilerde ebeveynlerin etkisinin de olduğu yapılan çalışmalarda ifade edilmektedir (Spinelli ve ark., 2020; Yalçın ve ark., 2020). Çocuklar ve gençler, gelişimsel olarak hassas zamanlarda sürekli stresörlerin etkisine karşı oldukça savunmasız olup, pandemi sırasında ve sonrasında ruh sağlıkları dikkatle izlenmelidir. Çocuklar, bilişsel gelişim seviyeleri ve sınırlı tıbbi bilgiye sahip olmaları nedeniyle hastalıkları, salgınları veya virüsleri anlamakta zorlanabilirler. Gerçekçi olmayan bakış açıları, onların kaygılı düşünceler yaşamasına neden olabilir. Ebeveynlerin bu süreçteki aşırı kaygılı, aşırı titiz, korkutucu, koruyucu ya da abartılı panik içeren tutumlar gibi duygu durumları, çocukların ve gençlerin ruh sağlığına olumsuz olarak yansiyabilir (United Nation, 2020). Bu nedenle çocuk ve gençlerin ruh sağlığı, aile sisteminden önemli ölçüde etkilenir. Pandemi sürecinde de aile etkileşimi derinden etkilenmiştir (Courtney ve ark., 2020). Bu durumlarda ebeveynler çocuğa destek vermiyorsa aile sürekli tartışma halinde ise çocuklar duygularını yönetemezler (Oral ve Ersan, 2017).

Pandemi süresince çocuklar, yalnızca duygusal olarak değil, bedensel sağlıklarının da etkilendiği bir durumla karşı karşıyadırlar. Evde kalma çocukları pasif olma davranışlarına yönlendirmiştir. Çalışmalarda ifade edildiğine göre, çocuklar okula gidememelerinden kaynaklanan stres yükünü atabilecekleri ve enerjilerini harcayabilecekleri aktivitelerle, oyun parklarına ve spor/sanat kurslarına da katılamamışlardır (Bülbül, 2020; Çalışkan, 2020). Dolayısıyla hareketsiz kalma ekrana maruz kalma süresinde artmayı, uyku düzeninde bozulmayı ve daha sağlıksız beslenmeyi beraberinde getirmiştir. Evde kalma süreci içinde çocukların artan besin tüketimi ve azalan fiziksel aktivitesi, fazla kilo veya obezite sorunlarına yol açabilir. Bu durum, gelecek çocuk sağlığı ve gelişim takibi açısından önem taşımaktadır (Bülbül, 2020; Çalışkan, 2020).

Yapılan literatür taramalarında sağlık profesyonellerinin çocuklarına yönelik yapılmış çalışmaların sınırlı olduğu gözlemlenmiştir (Almış ve ark., 2022; Şahin ve ark., 2020). Pandemi sürecinde, sağlık profesyoneli ebeveynlerin duygu durumlarının incelenmesi, çocukların davranışları ve stres düzeyi üzerindeki etkilerinin anlaşılmasının önemi ortaya çıkmıştır. Bu araştırma, Covid-19 pandemisi sırasında sağlık profesyonellerinin duygu durumunun, çocuklarının hem fizyolojik hem de psikolojik durumları üzerindeki etkilerini ortaya koyma-

yı amaçlamaktadır. Bu tespit, sağlık profesyoneli ebeveynlerin ve çocuklarının sağlığını koruma açısından son derece önemli bir bulgu olabilir. Ayrıca çalışmanın sonuçlarının, çocuk sağlığı, ruh sağlığı ve halk sağlığı gibi alanlara önemli katkılarda bulunması beklenmektedir. Bu bilgiler ışığında aşağıda belirtilen sorunlara çözüm aranmıştır.

1. Covid 19 Pandemisinde sağlık profesyonellerinin duygu durumları çocuklarının fizyolojilerini (yeme, uyuma, aktivite vb) etkiledi mi?

2. Covid 19 Pandemisinde sağlık profesyonellerinin duygu durumları çocuklarının psikolojisini (stres düzeyini) etkiledi mi?

2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, 15 Ocak-15 Haziran 2021 tarihleri arasında çevrimiçi ortamda gerçekleştirilen tanımlayıcı ve kesitsel bir araştırmadır.

2.2. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini, Tokat ilinde görev yapan, 8-11 yaş aralığında çocuğu olan sağlık profesyonelleri oluşturmuştur. Araştırmaya dahil edilme kriterleri, katılımın gönüllü olması, Tokat İl merkezindeki bir sağlık kuruluşunda sağlık profesyoneli olarak görev yapmak (doktor, hemşire, ebe, tekniker) ve 8-11 yaş aralığında çocuk sahibi olmaktır. Çalışmada örneklem büyüklüğü belirlenmemiş olup araştırmanın yapılacağı tarihler arasında araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan tüm sağlık profesyonelleri araştırmanın örneklemine oluşturmuştur. Çalışma, araştırmaya katılmaya gönüllü olan 121 sağlık profesyoneli (hemşire, ebe, doktor, tekniker) ve 8-11 yaş aralığındaki çocukları ile yürütülmüştür.

2.3. Veri Toplama Araçları

Araştırma verilerinin toplanmasında, Kişisel Bilgi Formu, çocukların fizyolojik durumlarını değerlendirmek amacıyla “Fizyolojik Durum Değişikliği Formu”, çocukların stres durumlarını değerlendirmek amacıyla “Çocuklarda Algılanan Stres Ölçeği” ebeveynlerin duygularının belirlenmesi amacıyla ise “Pozitif ve Negatif Duygu Ölçeği” kullanılmıştır.

2.3.1. Kişisel Bilgi Formu

Literatür bilgisi doğrultusunda araştırmacılar tarafından oluşturulmuş formdur (Bülbül ve ark., 2020; Yalçın ve ark., 2020; Spirelli ve ark., 2020; Üstündağ, 2021). Form, araştırmaya katılan sağlık profesyonelleri ve çocuklarının tanıtıcı özelliklerini (yaş,cinsiyet,eğitim durumu vb.) içeren 14 sorudan oluşmuştur.

2.3.2. Fizyolojik Durum Değişikliği Formu

Literatür bilgisi doğrultusunda araştırmacılar tarafından oluşturulmuş formdur (Bülbül ve ark., 2020; Çalışkan, 2020; Yalçın ve ark., 2020; Spirelli ve ark., 2020; Üstündağ, 2021). Form, araştırmaya katılan sağlık profesyonellerinin çocuklarının Fizyolojik Durum Değişikliği (iştah,uyku,egzersiz vb.) içeren 17 sorudan oluşmuştur.

2.3.3. Çocuklarda Algılanan Stres Ölçeği (ÇASÖ)

Ölçek, 8-11 yaş çocuklarda algılanan stresi değerlendirmek amacıyla Oral ve Ersan (2017) tarafından Türkçe'ye uyarlaması yapılmıştır (Oral ve Ersan, 2017). Ölçekteki her bir madde, 1'den 4 puana kadar puanlanmaktadır. Ters kodlanan madde yoktur. Ölçek toplam 9 madde olup, ölçek değerlendirmesinde en az 9 en fazla 36 puan alınmaktadır. Puanlar artması stres düzeyinin arttığını göstermektedir. Ölçeğin Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısı .76'dır. Bu çalışmada ölçeğin Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısı .86 olduğu bulunmuştur.

2.3.4. Pozitif ve Negatif Duygu Ölçeği (PNDÖ)

Olumlu ve olumsuz duygulanımı değerlendirmek amacıyla geliştirilen bu ölçeğin Türkçe uyarlaması Gençöz (2000) tarafından gerçekleştirilmiştir. Ölçeğin iki alt boyutu bulunmaktadır. Katılımcıların duygusal durumlarını değerlendiren ölçekte, pozitif duyguları ölçen "pozitif duygu" ve olumsuz duyguları ölçen "negatif duygu" alt boyutlarına ait toplam 20 madde bulunmaktadır. Katılımcının her bir alt boyuttan alacağı puan 10 ile 50 arasında değişmektedir. Ölçek, 1 (çok az-hiç) den 5 (çok fazla) e kadar beşli Likert tipi değerlendirmeler üzerinden puanlanmaktadır. Ölçekte 10 pozitif ve 10 negatif duygu maddesi bulunmaktadır. Ölçekte ters madde bulunmamaktadır. Pozitif duygu durum maddeleri şunlardır: 1-3-5-9-10-12-14-16-17-19; negatif duygu durum maddeleri ise 2-4-6-7-8-11-13-15-18-20'nci maddeleri içermektedir. Değerlendirme için 2 boyuttaki maddelerin puanları toplanarak, 2 ayrı puan elde edilir. Ölçeğin Cronbach

Alpha iç tutarlılık katsayısı pozitif duygu alt boyutu için 0.83, negatif duygu alt boyutu için ise 0.86'dır (Gençöz, 2000). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısının sırasıyla 0.88 ve 0.89 olduğu bulunmuştur.

2.4. Verilerin Toplanması

Araştırmanın veri toplama aşamasında, pandemi nedeniyle sosyal izolasyon yaşanması sebebiyle katılımcılara elektronik ortamda bir görüşme formu uygulanmıştır. Elektronik anket formu Google Form programı kullanılarak hazırlanarak ön uygulaması üç (3) sağlık profesyoneli ebeveyn tarafından yapılmıştır. 8-11 yaş grubu çocuğu olan Sağlık profesyoneli ebeveynlere ulaşmak için kartopu örneklem yöntemi kullanılmıştır. Tokat il merkezindeki bir sağlık merkezinde çalışan ve 8-11 yaş arasındaki çocuğa sahip olan ebeveynlerle tanışılmış ve bu özelliklere sahip diğer ebeveynlere soru formunu mail veya sosyal medya aracılığıyla iletmeleri rica edilmiştir. Sağlık profesyoneli ebeveynler, ankete girdikten sonra beş bölümdeki sorulara erişebilmişlerdir. Bu beş bölüm şu şekildedir: Birinci bölüm, aydınlatılmış onam formunu ve elektronik onam sorusunu içermektedir; ikinci bölüm, Kişisel Bilgi Formu'nu içermektedir; üçüncü bölüm, Fizyolojik Durum Değişikliği Formu'nu içermektedir; dördüncü bölüm, Çocuklarda Algılanan Stres Ölçeği'ni içermektedir; beşinci bölüm ise Pozitif ve Negatif Duygu Ölçeği'ni içermektedir. Aydınlatılmış onam formunda, çalışmanın amacı ve çalışmaya dahil edilme kriterleri detaylı bir şekilde açıklanmıştır. Dahil edilme kriterlerine uymayan sağlık profesyoneli ebeveynlere çevrimiçi anket formunu doldurmamaları gerektiği konusunda bilgi verilmiştir. Aynı katılımcıların tekrar anket doldurmamalarını sağlamak amacıyla Google oturumu açma koşulu getirilmiştir. Ek olarak, çevrimiçi anket formu oluşturulurken, sorulara verilecek cevapların devamı için bir önceki soruyu yanıtlama şartı getirilmiş ve bu sayede kayıp veri oluşmamıştır.

2.5. Araştırmanın Etik Boyutları

Araştırmanın etik onayı, TOGÜ Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu tarafından verilmiştir (Karar No: KAEK-04-01-18, 2021). Sağlık profesyoneli ebeveynlere, çalışma konusunda çevrimiçi anketin birinci bölümüne eklenmiş olan aydınlatılmış onam formu iletilmiş ve çalışmaya gönüllü olarak katılabilecekleri belirtilmiştir. Ayrıca, çevrimiçi anket formundaki ilk soruda, Çalışmaya gönüllü olarak katılmayı onaylama durumları sorularak onamları bu

şekilde alınmıştır.

2.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin kodlaması, bilgisayar ortamında SPSS 22 paket programı kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunluğunu kontrol etmek için ilk olarak Kolmogorov-Smirnov testi uygulanmıştır. Gruplar arasındaki farklılıkları belirlemek amacıyla bağımsız gruplar t testi kullanılmış, çoklu gruplarda ise Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) tercih edilmiştir. Araştırmada kullanılan ölçeklerin puanlarının hesaplanması ve değerlendirilmesinde ortalama, standart sapma, minimum-maksimum ve Cronbach's Alpha değerleri kullanılmıştır. Ölçekler arasındaki ilişkinin değerlendirilmesinde ise Pearson korelasyon analizi uygulanmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

3. BULGULAR

Tablo 1'de Sağlık profesyonellerinin ve 8-11 yaş çocuklarının sosyo-demografik özellikleri ve bu özelliklere göre duygu durumları ile çocuklarının algılanan stres durumu karşılaştırılmıştır. Araştırmaya katılan sağlık profesyonellerinin %71,1'inin kadın, %44,6'sının yaş ortalamalarının 36-40 yaş arasında olduğu, yaklaşık yarısının (%48,8) lisans derecesine sahip olduğu, %47,9'unun mesleğinin hemşire olduğu, %78,5'inin iki ve daha fazla çocuk sahibi olduğu, %85,1'inin aile tipinin çekirdek aile yapısında olduğu saptandı. Sağlık profesyonellerinin çocuklarının özellikleri incelendiğinde bunların %55,4'ünün kız, %54,5'inin ilkökul öğrencisi olduğu bulundu. Araştırmaya katılan sağlık profesyonellerinin %36,4'ünün sigara kullandığı, Covid 19 pandemi sürecinde %22,3'ünün sigara kullanımını artırdığı saptandı. Sağlık profesyonellerinin %52,9'u Covid 19 pandemi süresince covid poliklinik, covid acil, covid servis ya da covid yoğun bakım da çalıştığı, çalışma süreleri olarak en fazla %24,8'inin 0-6 ay arasında çalıştığı, %94,2 sağlık profesyonelinin pandemi süresince özel hayatına yönelik herhangi bir izolasyon önlemi almadığı görülmektedir.

Sağlık profesyonellerinin çocuğunun okuduğu sınıfın pozitif duygu durumunu, sigara kullanım miktarında artış, izolasyon için ayrı evde yaşama ve Covid 19 ile ilgili birimlerde çalışma süresinin negatif duygu durumunu anlamlı düzeyde etkilediği görülmüştür ($p < 0,05$). İlkokula giden çocuk sahibi sağlık profesyonellerinin daha fazla pozitif duygu durum puanına sahip olduğu ($p < 0,05$),

Covid pandemi sürecinde sigara kullanım miktarında artış olan, izolasyon tedbiri için ayrı evde yaşayanların ve Covid 19 ile ilgili bir birimde 12 aydan daha uzun süre çalışanların daha fazla negatif duygu durum puanına sahip olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Sağlık profesyonellerinin çocuğunun okuduğu sınıf, sigara kullanım miktarında artış, Covid 19 ile ilgili birimlerde çalışma süresinin çocuklarının algılanan stres durumunu anlamlı düzeyde etkilediği görülmüştür ($p<0,05$). Çocuğu ortaokula giden, Sigara kullanım miktarında artış yaşayan, ve Covid ile ilgili bir birimde 0-6 ay arası ve 12 ay üzeri çalışan sağlık profesyoneli ebeveynlerin çocuklarının algılanan stres durumunun daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 2’de Covid 19 pandemi sürecinde sağlık profesyonellerinin duygu durumu ve çocuklarının algılanan stres durumunun çocuklarının davranışları üzerine etkisi ile ilgili veriler yer almaktadır. Sağlık profesyoneli ebeveynlerin 8-11 yaş aralığında olan çocuklarının pandemi süresince %62’0’sinin iştah durumunun iyi olduğu, %42,1’inin Covid 19 pandemi sürecinde çocuklarının kilo aldığını, %42,1’inin uyku düzeninin değiştiğini, %61,2’sinin bu süreçte çocuklarının fiziksel aktivite yapmadığını ifade etmiştir. Sağlık profesyoneli ebeveynlerden %86,8’i bu süreçte stres ve bakım yükünün (ev işleri, çocuğun ödevleri, yemek vs.) arttığını ifade etmiştir. Sağlık profesyoneli ebeveynlerden %46,3’ü Covid 19 pandemi sürecinde çocuklarıyla çoğu zaman vakit geçirdiğini ve %42,1’i çocuklarının ruhsal danışmanlığa ihtiyacı olmadığını belirtmiştir. Araştırmaya katılan sağlık profesyonellerinin %85,1’i çocuklarının teknolojik araç kullanımında artış olduğunu ifade etmiştir.

Covid 19 pandemi sürecinde çocukları fiziksel aktivite (egzersiz) yapanlar ve çocuklarıyla sık sık vakit geçiren ebeveynlerin, pozitif duygu durumu puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür ($p<0,05$) Sağlık profesyoneli ebeveynlerin negatif duygu durumu arttıkça çocukların daha fazla kâbus gördüğü, ebeveynleri ile daha fazla tartışıp küstüğü, çocukların haber izleme sürelerinin arttığı ve ruhsal danışma ihtiyacı doğduğu görülmüştür. ($p<0,05$) Çocukların algılanan stres düzeylerinin yükselmesi; abur cubur tüketimlerinde artışa, çok fazla kâbus görmelerine, ruhsal danışma ihtiyacının doğmasına, ebeveynlerin bakım yükünün (ev işleri, çocuğun ödevleri vb.) artmasına ve ebeveynleri ile çoğu zaman tartışmalarına neden olduğu görülmüştür ($p<0,05$).

Tablo 1. Sağlık profesyonellerinin ve çocuklarının sosyo demografik özelliklerine göre duyu durumlarının ile çocuklarının algılanan stres durumunun karşılaştırılması

Yaş	n	%	χ	Pozitif Duygu Durumu			Negatif Duygu Durum			Çocukların Algılanan Stres Durumu				
				ss	F	p	χ	ss	F	p	χ	ss	F	p
25-30	7	5,8	22,285	3,352	0,605	,660	21,285	2,285	1,335	,261	22,285	3,352	1,440	,225
31-35	15	12,4	20,733	5,311			27,333	1,575			20,733	5,311		
36-40	54	44,6	18,722	4,811			22,278	1,109			18,722	4,811		
41-45	34	28,1	19,941	5,204			23,323	1,445			19,941	5,204		
46-50	11	9,1	21,545	7,076			22,363	2,490			21,545	7,076		
Cinsiyet			χ	ss	t	p	χ	ss	T	p	χ	ss	t	p
Erkek	35	28,9	30,943	7,079	1,702	,091	22,343	8,677	-,708	,480	19,771	6,656	-,007	,994
Kadın	86	71,1	28,419	7,520			23,477	7,698			19,779	4,512		
Eğitim Durumu			χ	ss	F	p	χ	ss	F	p	χ	ss	F	p
Lise	29	24,0	28,931	6,204	,975	,407	22,379	8,874	,456	,713	18,448	5,234	1,057	,370
Ön Lisans	26	21,5	30,577	6,912			24,731	7,650			20,654	4,791		
Lisans	59	48,8	28,271	8,124			22,831	7,863			20,153	5,451		
Yüksek Lisans ve üzeri	7	5,8	32,143	8,235			23,143	6,914			18,857	3,805		

Görevi	Pozitif Duygu Durumu					Negatif Duygu Durumu					Çocukların Algılanan Stres Durumu								
	χ	ss	F	p		χ	ss	F	p		χ	ss	F	p		χ	ss	F	p
Hemşire	58	47,9	29,138	8,902	1,319	,267	23,259	8,260	,825	,512	20,103	5,149	,332	,856		18,882	4,872		
Ebe	17	14,0	26,118	5,656			20,941	6,571											
Doktor	5	4,1	29,200	6,261			19,600	6,107			18,600	3,647							
Tekniker	17	14,0	28,882	4,872			23,882	6,707			20,412	4,473							
Diğer	24	19,8	31,500	5,949			24,667	9,253			19,417	6,379							
Çocuk sayısı	χ	ss	t	p		χ	ss	t	p		χ	ss	t	p		χ	ss	t	p
1	26	21,5	29,153	5,849	,004	,997	24,115	6,617	,793	,432	21,423	4,374	1,842	,068					
2 ve üzeri	95	78,5	29,147	7,864			22,884	8,317			19,326	5,328							
Çocuk Cinsiyeti	χ	ss	t	p		χ	ss	t	p		χ	ss	t	p		χ	ss	t	p
Kız	67	55,4	27,907	7,034	-1,65	,100	23,888	7,500	,916	,361	19,703	7,500	,916	,361		19,703	7,500	,916	,361
Erkek	54	44,6	30,149	7,683			22,552	8,343			19,835	8,343							
Okul durumu	χ	ss	t	p		χ	ss	t	p		χ	ss	t	p		χ	ss	t	p
İlkokul	66	54,5	30,848	7,523	2,826	,006	22,773	8,101	-5,67	,572	18,894	5,269	-2,07	,040					
Ortaokul	55	45,5	27,109	6,901			23,600	7,868			20,836	4,943							
Aile tipi	χ	ss	F	p		χ	ss	F	p		χ	ss	F	p		χ	ss	F	p
Çekirdek aile	103	85,1	29,058	7,719	,104	,902	22,922	8,055	,314	,731	19,641	5,147	,469	,627					
Geniş aile	13	10,7	29,308	4,889			24,769	8,074			21,077	6,264							
Parçalanmış aile	5	4,1	30,600	8,562			23,600	6,877			19,200	3,114							
Sigara kullanma durumu	χ	ss	t	p		χ	ss	t	p		χ	ss	t	p		χ	ss	t	p

	Pozitif Duygu			Negatif Duygu			Çocukların Algılanan Stres Durumu							
	χ	ss	t	χ	ss	t	χ	ss	t					
Evet	44	36,4	29,341	7,172	,213	,831	24,500	8,253	1,415	,160	20,909	5,430	1,830	,070
Hayır	77	63,6	29,039	7,656			22,377	7,758			19,130	4,975		
Bu süreçte sigara kullanma miktarında artış														
Evet	27	22,3	28,037	6,796	-,878	,382	25,888	7,132	2,053	,042	22,185	5,314	2,811	,006
Hayır	94	77,7	29,468	7,638			22,361	8,063			19,085	4,974		
Pandemi süresince izolasyon- la ilgili önlem alma durumu														
Ailemle birlikte kalı- yorum	114	94,2	28,921	7,062	-,828	,438	22,939	8,125	-2,28	,045	19,807	5,204	2,57	,798
Ayrı bir yerde kalıyo- rum(ev, lojman, vs.)	7	5,8	32,857	12,45			26,571	3,690			19,286	5,407		
Pandemi süresince covid ile ilgili birimde çalışma durumu														
Evet	64	52,9	28,328	7,799	-1,28	,201	22,922	8,208	-3,30	,742	19,797	5,337	0,45	,964
Hayır	57	47,1	30,070	7,002			23,404	7,766			19,754	5,075		
Covid 19 ile ilgili birimlerde çalış- ma süresi														

	Pozitif Duygu		Negatif Duygu		Çocukların Algılanan Stres Durumu									
		Durumu		Durum		Durumu								
Hiç	57	47,1	30,105	6,981	1,182	,249	23,228	7,588	3,145	,028	19,667	5,026	4,360	,006
0-6 Ay	30	24,8	27,200	8,430			24,167	8,230			21,600	4,753		
6-12 Ay	21	17,4	30,000	8,927			19,095	7,974			16,667	4,520		
12 ay ve üzeri	13	10,7	28,077	2,722			27,000	7,071			21,077	6,006		

Tablo 2. Covid 19 sürecinde sağlık profesyonellerinin çocuklarının davranış durumları ve duygularını ile çocuklarının algılanan stres durumunun bu davranışları üzerine etkisi

İştah durumu	n	%	Pozitif Duygu Durumu			Negatif Duygu Durum			Çocukların Algılanan Stres Durumu					
			χ	ss	F	p	χ	ss	F	p	χ	ss	F	p
Çok iyi	24	19,8	32,083	9,780	3,559	,266	24,250	8,109	1,496	,219	19,125	5,728	2,682	,135
İyi	75	62,0	28,720	6,394			22,027	7,423			19,187	4,975		
Kötü	20	16,5	26,300	5,723			25,950	8,476			22,700	3,962		
Çok kötü	2	1,7	38,500	16,263			24,000	19,790			20,500	12,020		
Kilo alma durumu			χ	ss	F	p	χ	ss	F	p	χ	ss	F	P
Kilo aldı	51	42,1	29,608	7,897	,237	,790	23,176	8,049	,332	,718	19,196	5,154	3,029	,052
Kilo verdi	16	13,2	29,438	9,121			24,563	8,008			22,688	5,016		
Aynı	54	44,6	28,630	6,554			22,704	7,992			19,463	5,091		
Abur cubur tüketiminde artış			χ	ss	F	p	χ	ss	F	p	χ	ss	F	P
Aşırı artış	21	17,4	28,143	9,210	,250	,779	26,28	7,610	2,377	,097	21,714	5,149	5,604	,005
Kısmen artış	65	53,7	29,246	7,782			22,98	7,731			20,369	5,165		
Değişiklik olmadı	35	28,9	29,571	5,606			21,571	8,315			17,514	4,598		
Uyku düzeni			χ	ss	F	p	χ	ss	F	p	χ	ss	F	P

	Pozitif Duygu Durumu				Negatif Duygu Durum				Çocukların Algılanan Stres Durumu				
	χ	ss	F	t	χ	ss	F	t	χ	X	ss	F	P
Değişti	51	42,1	27,922	7,851	2,108	,126	23,608	8,745	1,130	,326	20,882	5,465	2,157 ,120
Kısmen Değişti	44	36,4	29,136	7,177			23,841	7,815			19,205	5,005	
Değişmedi	26	21,5	31,577	6,760			21,077	6,437			18,577	4,700	
Kabus görme durumu													
Çok gördü	7	5,8	27,429	13,93	2,843	,086	25,000	9,574	6,463	,002	24,000	2,828	23,33 ,000
Ara sıra gördü	59	48,8	27,729	5,546			25,475	6,722			22,051	4,558	
Görmedi	55	45,6	30,891	7,950			20,418	8,284			16,800	4,445	
Egzersiz yapma durumu													
Evet	47	38,8	31,298	7,584	2,586	,011	22,468	6,807	-	,747	19,745	6,194	-
Hayır	74	61,2	27,784	7,089			23,581	8,650			19,797	4,490	
Teknolojik araçları kullanımı													
Azaldı	4	3,3	29,500	5,802	,954	,388	27,000	4,082	,841	,434	22,250	2,630	1,640 ,198
Arttı	103	85,1	28,786	7,337			22,786	8,062			19,961	5,217	
Aynı	14	11,6	31,714	8,642			24,714	8,052			17,714	5,210	
Çocukların aileleri ile tartışma durumu													
Çoğu zaman	20	16,5	26,500	8,023	2,592	,079	26,950	7,207	4,341	,015	24,350	3,083	12,70 ,000
Ara sıra	78	64,5	30,154	7,364			23,141	7,476			19,321	4,958	
Hiçbir zaman	23	19	27,500	6,449			19,864	9,265			17,227	5,282	

Pozitif Duygu **Negatif Duygu** **Çocukların Algılanan Stres Durumu**

Çocuğun haber izlemesi	Durumu			Durum			Durumu							
	χ	ss	F	χ	ss	F	χ	ss	F					
Evet	35	28,9	29,943	8,636	,464	,630	25,029	8,187	4,746	,010	20,314	5,920	,714	,492
Hayır	35	28,9	28,229	8,139			19,800	7,087			18,914	5,338		
Bazen	51	42,1	29,235	6,048			24,157	7,842			20,000	4,556		
Ruhsal danışma ihtiyacı														
Evet	34	28,1	27,412	7,552	2,810	,064	26,324	6,173	10,127	,000	21,647	5,297	10,44	,000
Hayır	51	42,1	28,686	7,047			19,627	8,052			17,431	4,670		
Belki	36	29,8	31,444	7,561			25,139	7,583			21,333	4,579		
Ebeveyn bakım yükü														
Evet	105	86,8	28,771	7,259	-1,27	,203	23,56	7,783	1,822	,071	20,171	4,858	3,116	,002
Hayır	16	13,2	31,400	8,716			19,60	8,559			16,000	4,781		
Çocuğu dinleme ve vakit geçirme														
Evet	21	17,4	31,476	5,297	3,874	,011	23,905	7,085	,422	,737	20,714	5,900	1,446	,233
Çoğu zaman	56	46,3	30,571	6,872			22,268	8,576			18,750	4,933		
Bazen	43	35,5	26,233	8,320			23,930	7,713			20,581	5,086		
Hiç bir zaman	1	0,8	26,000				23,000				23,000			

Tablo 3. Sağlık Profesyonellerinin Pozitif Ve Negatif Duygu Durumları İle Çocuklarının Algılanan Stres Durumu Puan Ortalamaları

	Ortalama	Standart Sapma
Pozitif Duygu Durumu	29,14	7,45
Negatif Duygu Durumu	23,14	7,97
Algılanan Stres Durumu	19,77	5,19

Tablo 4. Covid 19 sürecinde sağlık profesyonellerinin duygu durumları ile çocuklarının algılanan stres durumları arasındaki ilişki

		Pozitif duygu durumu	Negatif duygu durumu
Çocuklarının algılanan stres durumu	Pearson r	-,153	0,417
	p	,094	0,000
	n	121	121

Sağlık profesyonellerinin pozitif ve negatif duygu durumları ile çocuklarının algılanan stres durumu puan ortalamaları Tablo 3’ de verilmiştir. Sağlık Profesyoneli ebeveynlerin pozitif duygu durumlarının puan ortalamasının 29,14±7,45, negatif duygu durumu puan ortalamasının 23,14±7,97, Çocuklarının algılanan stres durumu puan ortalamalarının ise 19,77±5,19 olduğu bulunmuştur.

Sağlık profesyonellerinin Covid-19 sürecinde pozitif duygu durumları ile çocuklarının algılanan stres durumları arasındaki ilişki Pearson Korelasyon Analizi kullanılarak değerlendirilmiştir. Bu sonuçlar Tablo 4’ de yer almaktadır. Covid 19 sürecinde sağlık profesyoneli ebeveynlerin pozitif duygu durumları ile çocuklarının algılanan stres durumları arasında istatistiksel yönden anlamlı farklılık yokken ($p>0,05$), ebeveynlerin negatif duygu durumları ile çocuklarının algılanan stres durumları arasında orta düzeyde pozitif yönde ($r=0,417$) anlamlı ilişki olduğu görülmüştür ($p<0,05$).

4. TARTIŞMA

Ülkemizde, Covid-19 salgını sırasında ön saflarda görev yapan sağlık çalışanları ve çocuklarının ruh sağlığı üzerine çok az araştırma yapılmıştır (Almış ve ark., 2022; Şahin ve ark., 2020). Sağlık çalışanlarının çocukları, ebeveynlerinin işyerinde karşı karşıya olduğu riskler konusunda en azından bir miktar farkındalığa sahip oldukları için stres tepkisi açısından daha büyük risk altındadırlar. Sonuç olarak bu gençler, ebeveynlerinin enfekte olabileceği hatta

Covid-19'dan ölebileceği veya daha da kötüsü, gerçekten gerçekleşirse korkunç sonuçlarla karşı karşıya kalabilecekleri korkusu nedeniyle stres ve travmaya karşı daha savunmasızdır. Covid 19 pandemisinde 8-11 yaş çocuğu olan sağlık profesyonellerinin duygu durumlarının çocuklarının fizyoloji ve psikolojisine etkisini değerlendirmek amacıyla yapılan bu çalışmada sağlık profesyonellerinin pozitif duygu durumlarının çocuklarının davranışlarına olumlu yönde, negatif duygu durumlarının ise çocukların davranışlarına olumsuz yönde birçok etkisi olduğu saptanmıştır.

Pozitif duygulanım, bir ebeveynin diğer insanlara ve çocuğuna yönelik olumlu tepkilerini içerir ve genellikle hoşgörülü, neşeli ve karamsar olmayan bir ruh hali içerisinde yaşanır. Bu nedenle, yüksek pozitif duygular, ebeveynin kendini iyi hissetmesiyle bağlantılıdır. Aynı zamanda, bu durum ebeveynin sosyal çevresiyle olumlu ilişkiler içinde olduğunu, çocuğuna sosyal ve psikolojik anlamda olumlu bir etki aktarabildiğini ifade eder. Bu çalışma sonuçları covid 19 pandemi sürecinde çocukları fiziksel aktivite (egzersiz) yapan ve çocuklarıyla sık sık vakit geçiren ebeveynlerin, pozitif duygu durumu puanlarının daha yüksek olduğunu göstermiştir. Bu bağlamda, ebeveynlerin duygusal durumlarının hem düzenleyen hem de düzenlenen bir etkisi olduğunu ifade etmek mümkündür. Pandeminin sosyal, duygusal ve bilişsel süreçleri etkilemesi kaçınılmaz bir sonuç olarak ortaya çıkmaktadır (Zhu ve ark., 2022). Olumsuz yaşam olaylarıyla karşılaşıldığında bireylerin kendilerini suçlama, asabi, tedirgin veya mutsuz bir görünüş sergilemeleri, genellikle depresyonla ilişkilendirilmektedir. Ayrıca, felaketleştirme tarzında düşünme, stres veren durumlarda daha sık ortaya çıkmakta ve bu düşünce tarzının çocukların duygu durumunu etkilediği gözlemlenmektedir (Bozkurt Yükçü ve Demircioğlu, 2017). Ebeveynlerin stres altında olması, çocuğun duygusal ve davranışsal gelişimini olumsuz etkileyebilir. Ayrıca, ebeveynin stresi, ebeveyn-çocuk ilişkisinin kurulmasında olumsuz sonuçlara neden olabilir (Sugg ve ark., 2021; Spinelli ve ark., 2020). Sağlık çalışanları üzerindeki covid sürecinde negatif duygu birikiminin ebeveynlik stresine yol açarak çocukla iletişimini etkileyecek düzeyde yoğun yaşandığı bildirilmektedir (Kalrao ve ark.,2023). Ebeveynlik stresi, kavramsal olarak diğer stres türlerinden farklı olup çocuğun birincil bakıcısının algıladığı ebeveynlik talepleri ile mevcut ebeveynlik kaynakları arasındaki uyumsuzluktan kaynaklanmaktadır. İş hayatında aktif rol alan ebeveynler, özellikle kişisel yaşam, iş sorumlulukları, ev işleri ve çocuk yetiştirme arasında denge sağlamak zorunda olan çalışan anneler, ebeveynlikle ilgili stresi daha yoğun bir şekilde deneyimleyebilirler. Bu durum,

çalışmayan ebeveynlere göre daha duyarlı olmalarına neden olabilir (Calarco ve ark.,2020; Rajgariah ve ark., 2021). Üstelik pandemiye bağlı yüksek stres, sağlık çalışanlarında kötü ebeveynlik sonuçlarıyla ilişkilendirilmiş olup; bu da sert ebeveynlik tarzlarına, çocuklarda davranış sorunlarına ve olumsuz çocukluk deneyimlerine yol açmıştır (Wu ve Xu., 2020; Calvano ve ark., 2022). Hemşire annelerle yapılan başka bir araştırma da ise Covid-19 salgını sırasında çocuklarıyla yakın temas kuramadıklarını, çocuklarının gelişimlerini uzaktan takip etmek zorunda kaldıklarını, bu nedenle annelik rollerini yerine getirmekte zorlandıklarını belirtmişlerdir (Tınmaz ve Altundağ, 2022). Bir başka çalışmada ise hemşirelerin ve çocuklarının pandemi sürecinden olumsuz etkilendiğini ve ebeveyn rollerinin yetersiz olduğunu hissettikleri belirtilmiştir (Galehtar ve ark., 2020; Çakmak ve Öztürk 2021;Tınmaz ve Altundağ, 2022). Sağlık profesyoneli ebeveynlerin negatif duygu durumları arttıkça çocukların daha fazla kâbus gördüğü, ebeveynleri ile daha fazla tartışıp küstüğü, çocukların haber izleme sürelerinin arttığı ve ruhsal danışma ihtiyaçlarının olduğu görülmüştür. Yapılan benzer araştırma sonuçları da stres düzeyleri yüksek anne babaların çocuklarında duygusal ve davranışsal problemlerin varlığını ortaya koymuştur (Sugg ve ark., 2021; Şahin ve ark., 2020). Bu sonuçlar zorlu süreçlerde ebeveyn çocuk iletişimini artırmada sağlık çalışanı ve çocuklarının desteklenmeye ihtiyaçları olduklarını göstermektedir.

Sağlık çalışanlarının ruh sağlığını olumsuz yönde etkileyen işle ilgili ek zorluklar arasında, yoğun bakım ortamlarında fiziksel sağlıklarını da etkileyebilecek uzun vardiya süreleri, hastalarla yakın temas halinde çalışmaktan kaynaklanan Covid-19 bulaşma tehdidinde maruz kalma yer alır (Kalrao ve ark.,2023). Bu doğrultuda birçok sağlık çalışanının virüs bulaştırmamak için ailelerinden kendilerini izole ettikleri belirtilmektedir (Galehdar ve ark., 2020 ; Lorenzo ve Carrisi, 2020). Arpacıoğlu ve arkadaşlarının (2021) yaptığı çalışmada, pandemi sürecinde aktif görev alan sağlık çalışanlarında ruhsal sorunların gözlemlenebileceği belirtilmiştir. Aynı çalışmada, ebeveynleri veya eşi/eş ve çocuklarıyla yaşadığını belirten katılımcıların, yalnız yaşadığını belirten katılımcılara göre “Covid korku” puanlarının daha yüksek olduğu ve anlamlı farklılık oluşturduğu saptanmıştır. Çin de yapılan bir araştırma da ise sağlık çalışanlarının ailelerinden izolasyonu, rutin değişiklikleri ve sosyal destek ağlarının daralmasının Covid-19 salgını sürecinde ruhsal sorunlara yol açabileceği bildirilmiştir (Lai ve ark., 2020). Ayrıca, rapor edildiğine göre, umutsuzluk, stres, sinirlilik, yalnızlık hissi, fiziksel ve zihinsel yorgunluk gibi çeşitli psikolojik etkilerin de gözlem-

lenebileceği belirtilmiştir (Çakmak ve Öztürk, 2021). Bu çalışma sonuçları da sağlık profesyoneli ebeveynlerin covid 19 ile ilgili birimdeki çalışma süresinde artış olması, pandemi sürecinde ailelerinden izole bir ortamda kalmaları ve sigara kullanım miktarında artış olmasının negatif duygu durumlarını anlamlı düzeyde etkilediğini göstermiştir. Literatür ve çalışma bulguları sağlık çalışanlarının çalışma şartları, covid bulaşma süreci ve başatme kaynağı yetersizliklerinin ruhsal sağlık durumlarını önemli düzeyde etkilediğini düşündürmektedir. Bununla birlikte sağlık çalışanlarının covid sürecindeki ruhsal durumlarını çocuklarının yaş durumunun etkilediğini bildiren farklı çalışma sonuçlarına rastlanmıştır. Bazı çalışma sonuçları çocukların yaş durumunun küçük olmasının daha fazla anksiyete düzeylerini arttırdığını bildirirken (Wang ve ark., 2020; Çakmak ve Öztürk, 2021) bazı çalışma sonuçları çocukların yaş durumunun okul çağı çocuğu olanlarda daha yüksek anksiyete yaşadıklarını bildirmektedir (Kalrao ve ark., 2023). Bu çalışma sonuçları ise ortaokul çağı çocuğu olan sağlık çalışanlarının daha yüksek negatif duygu durumlarına sahip olduğunu göstermektedir. Çocuk yaşı arttıkça ebeveynlerin negatif duygu yükünün artmasının çocuk ebeveyn iletişimi ile ilgili olabileceğini düşündürmektedir.

Ön saflarda çalışan sağlık çalışanlarının çocukları da devam eden Covid-19 salgını nedeniyle ek zorluklarla karşı karşıya kalmaktadırlar. Okulların kapanmasının etkisi, ekonomik belirsizlik ve ebeveyn sağlığı stresi devam eden ruh sağlığı sorunlarını yaratabilir veya şiddetlendirebilir. Dolayısıyla sağlık çalışanlarının çocuklarının algıladıkları stres, anksiyete düzeylerinin birçok çalışmada da yüksek düzeyde olduğu bildirilmektedir (Şahin ve ark., 2020; Almış ve ark., 2022). Bu çalışmada ise çocukların algıladıkları stres düzeylerinin orta düzeyde olduğu saptanmıştır. Bununla birlikte okul durumu, ebeveynin sigara miktarındaki artış, Covid merkezinde çalışma süresindeki artış durumunun çocukların algıladıkları stres düzeylerini arttırdığı bulunmuştur. Ayrıca ebeveynlerin negatif duygu durumu arttıkça çocukların algılanan stres durumlarının arttığı ve aralarında pozitif yönde orta düzeyde bir ilişki olduğu saptanmıştır. Yalçın ve ark., (2020)'nin yaptığı çalışmada da ebeveynlerin negatif duygulanım puan ortalamaları ile çocukların algıladıkları stres düzeyleri arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olması yönüyle çalışmamız desteklenmektedir.

Çocukların stresle ortaya çıkan bedensel duyularına karşı duydukları korkunun, ebeveynler tarafından erken dönemde fark edilmesi büyük önem taşımaktadır.

Çocuklar, bazen kelimelerle tam olarak ifade edememelerine rağmen çevrelerindeki olayların farkında olabilirler. Anlaşılmayacak sanılan konuşmaları kavrayabilir veya yanlış yorumlayabilirler. Bu durumda gerçeklerin onlardan gizlenmesi, korkularının büyümesine yol açabilir. Çocuklar, çevrelerindeki rutin değişikliklere karşı oldukça duyarlı olabilirler. Ruhsal olarak etkilenen çocuklarda en belirgin belirti genellikle huy değişiklikleridir. Bu değişiklikler arasında sinirlilik, içe kapanma, çevresine ilgisizlik, takıntılı davranışlar, uyku ve iştah problemleri, kolay ağlama, yalnız yatma korkusu, ölüm düşünceleri, sürekli virüs hakkında soru sorma ve korku-kaygı artışları ön plana çıkar (Yalçın ve ark., 2020; Jiao ve ark., 2020). Bu sonuçların çocukların alışlagelmiş rutinlerden uzaklaşmaları, enerjilerini harcayamamaları ve psikolojik sıkıntılarını ifade edememelerinden kaynaklanmış olabileceği vurgulanmaktadır (Tınmaz ve Altundağ, 2022). Yapılan bir araştırmada çocukların Covid-19 karantinasında bir şeyler yaparken odaklanmakta ve dikkatlerini sürdürmekte zorlandıkları belirtilmiştir (Üstündağ, 2021). Başka bir çalışma ise, gece boyunca birçok kez uyandıkları ve özellikle uykuya dalmakta zorluk çektiklerini gösteren uyku alışkanlıklarının etkilendiğinden bahsetmektedir (Khalil ve Elsayed, 2020; Segre ve ark., 2021). Bu rutin değişiminin ortamdaki belirsizliğin çocuklarda güvensizlik duygusu yaratmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Ayrıca sağlık çalışanı çocuklarının %85,1'inin teknolojik araçları kullanımında artış olduğuna dikkat çekmektedir. Pandemi sürecinde çocukların evde vakit geçirme sürelerinin artmasının teknolojik araç kullanımında artışa sebep olabileceğini düşündürmektedir. Mart ve Kesicioğlu(2020), çalışmalarında çocukların pandemi döneminde sanal oyunlarla zaman geçirme sürelerinin arttığını, sanal oyunlarda en yüksek oranda telefonu tercih ettiklerini belirtmişlerdir. Ozturk-Eyimaya ve Irmak (2021) tarafından yürütülen çalışmada, Covid-19 pandemisi sırasında ebeveynlerin %71.7'sinin, çocuklarının ekran sürelerinin arttığını bildirdiği belirtilmiştir. Orgiles ve ark. (2020) tarafından yürütülen bir çalışmada çocukların karantina sürecinde günlük olarak TV, cep telefonu, iPad veya bilgisayar gibi ekranları daha fazla kullandıkları ve aynı çalışmanın bulgularına göre daha fazla stres yaşayan ebeveynlerin çocuklarının aile bireyleri ile daha fazla tartışmaya yatkın olduğu tespit edilmiştir. Başka bir çalışmada ise pandemi döneminde dijital teknolojilerin kullanımındaki artışın, ebeveynler arasında tartışmalara ve çocuk ihmaline yol açabileceği vurgulanmıştır (Montag ve Elhai, 2020). Çalışmamız da çocukların algılanan stres düzeylerinin yükselmesi; abur cubur tüketimlerinde artışa, çok fazla kâbus görmelerine ve ebeveynleri ile çoğu

zaman tartışmalarına neden olduğu, ruhsal danışma ihtiyacının doğmasına ve ebeveynlerin bakım yükünün (ev işleri, çocuğun ödevleri vb.) artmasına neden olduğu görülmüştür. İlbasmış ve arkadaşlarının (2021) çalışmasında, ebeveynlerin karantina döneminde çocuklarıyla ilgili pek çok ruhsal belirtiyi gözlemlediği belirtilmektedir. Bu dönemde, öncesine göre daha hızlı öfkelenme ve iştah değişikliklerinin daha sık gözlemlendiği ifade edilmiştir. Çocukların çoğu zaman uykuya dalma zorluğu, kabus görme veya sık uyanma gibi durumlar yaşadığı rapor edilmiştir. Ebeveynleri çocukların eskiye göre daha fazla endişeli olduğunu çocuklarının öncesine göre daha çabuk öfkelenildiği sonucu ortaya çıktığı belirtilmiştir. Pandemi sürecinde ortaya çıkan davranışsal değişikliklerin hızlı çözüm süreci ile çözümlenmesi gerektiği düşünülmektedir. Çünkü bu problemler, çocuğun hem fizyolojik hem de ruhsal yönden sağlıklı bir büyüme ve gelişimini olumsuz yönde etkileyebilir. Ayrıca, çözüme kavuşturulmamış sorunlar, daha fazla büyüyerek farklı ruhsal sorunlara yol açabilir. Bu süreçte ortaya çıkan davranışsal değişimlerle başa çıkarken, olumlu ve olumsuz duygular arasındaki farkındalığın artırılması önemlidir. Ebeveynler, çocuktaki değişikliklere ani tepkiler vermek yerine, özellikle “normal zamanlara” göre daha anlayışlı bir tutum sergilemesi son derece önemlidir.

5. SONUÇ

Covid-19 pandemisinde sağlık profesyonellerinin negatif duygu durumlarının, çocuklarının davranışlarını ve stres düzeylerini etkileyebileceği ortaya konmuştur. Bu bağlamda, pandemi sürecinde sağlık çalışanları ve çocuklarının yaşadığı sorunlar, duygular ve durumlar detaylı bir şekilde araştırılmalıdır. Pandemi sürecinin daha etkin bir şekilde yönetilmesi için çeşitli stratejiler ve başa çıkma yöntemleri oluşturularak, sağlık profesyonellerine ve ailelere destek sağlanmalıdır. Sağlık profesyonellerinin sosyal ve psikolojik desteklerinin artırılması, onların motivasyonunu yükseltme ve negatif duygulanımlarını azaltma açısından etkili olabilir. Virüs hakkında bilgi eksikliği, medyaya aşırı maruz kalma ve çevreden yanlış bilgi alınması çocukların sürekli olarak Covid-19 salgını hakkında soru sormalarına neden olabiliyor. Bu nedenle ebeveynlerin gelişim düzeylerine uygun olarak çocuklarını detaya girmeden Covid 19 hakkında bilgilendirmeleri gerekmektedir. Pandemi sürecinde çocukların sağlıklı gelişimi için çocukların dinlenmesine, ders çalışmasına, eğlenerek kitap okumasına, sosyal ve ailevi bağlantılar kurmasına, fiziksel aktivitelerde bulunmasına, ev işlerini yapmasına izin verilmelidir.

KAYNAKLAR

Almis, H., Han Almis, B. & Bucak, I. H. (2022). Mental Health of Children of Health Workers During the COVID-19 Pandemic: A Cross-Sectional Study. *Clinical Child Psychology And Psychiatry*. 27(1), 104–111. <https://doi.org/10.1177/13591045211016527>

Arpacioğlu M., Baltacı Z.& Ünübol B. (2021). Covid-19 Pandemisinde Sağlık Çalışanlarında Tükenmişlik, Covid Korkusu, Depresyon, Mesleki Doyum Düzeyleri ve İlişkili Faktörler. *Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 46(1), 88-100.

Bozkurt Yükücü, Ş. & Demircioğlu, H. (2017). Okul Öncesi Dönem Çocuklarının Duygu Düzenleme Becerilerinin Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*. (44), 442-466. <https://doi.org/10.21764/maeuefd.336085>

Bülbül S. (2020). SARS-CoV-2 (COVID-19) pandemisinin bebek ve çocuk beslenmesine etkisi. Bostancı İ, editör. *Çocuk Sağlığında SARS CoV- 2 (COVID-19)*. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; p.108-14.

Calarco J.M., Anderson E.M., Meanwell E.V., & Knopf A. (2020). Let's Not Pretend It's Fun: How COVID-19-Related School and Childcare Closures are Damaging 'Mothers' Well-Being. *Societa ArXiv*. <https://doi.org/10.31235/osf.io/jyvk4>

Calvano, C., Engelke, L., Di Bella, J., Kindermann, J., Renneberg, B., & Winter, S. M. (2022). Families in the COVID-19 Pandemic: Parental Stress, Parent Mental Health and the Occurrence of Adverse Childhood Experiences-Results of a Representative Survey in Germany. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 31(7), 1–13. <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01739-0>

Courtney, D., Watson, P., Battaglia, M., Mulsant, B. H., & Szatmari, P. (2020). COVID-19 Impacts on Child and Youth Anxiety and Depression: Challenges and Opportunities. *Canadian Journal of Psychiatry*, 65(10), 688–691. <https://doi.org/10.1177/0706743720935646>

Çakmak, G., & Öztürk, Z. A.(2021). Being Both a Parent and a Healthcare Worker in the Pandemic: Who Could Be Exhausted More?. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 9(5), 564. <https://doi.org/10.3390/healthcare9050564>

Çalışkan, Y. (2020) Covid-19 Pandemisi ve Karantina Sürecinde Çocuk Ruh Sağlığı. *Medical Research Reports*, 3(1), 149-154.

Çiftçi M. (2020). Covid 19 Pandemisi Sürecinde Çocuklar: Derleme. *Medical Research Reports*;3(1):140-148.

Galehdar, N., Kamran, A., Toulabi, T., & Heydari, H. (2020). Exploring Nurses' Experiences of Psychological Distress During Care of Patients with COVID-19: a qualitative study. *BMC Psychiatry*, 20(1), 489. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02898-1>

Gavin, B., Hayden, J., Adamis, D., & McNicholas, F. (2020). Caring for the Psychological Well-Being of Healthcare Professionals in the Covid-19 Pandemic Crisis. *Irish Medical Journal*, 113(4), 51.

Gençöz T.(2000). Pozitif ve Negatif Duygu Ölçeği: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması *Türk Psikoloji Dergisi*. 1(46), 19–26.

İlbasmış, Ç., Aksoy, A. T., Cihanyurdu, İ., Ünver, H., & Rodopman, A. (2021). COVID-19 Salgınının Çocukların Ruh Sağlığı Üzerindeki Etkileri. *Turkish Journal Child Adolescent Mental Health*. 28(1),1-3.

Jiao, W. Y., Wang, L. N., Liu, J., Fang, S. F., Jiao, F. Y., Pettoello-Mantovani, M., & Somekh, E. (2020). Behavioral and Emotional Disorders in Children during the COVID-19 Epidemic. *The Journal of Pediatrics*, 221, 264–266.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2020.03.013>

Kalrao, V., Srivastava, L., & Kumar, S. (2023). Parenting Stress and Associated Factors İn Healthcare Workers After the Second Wave of COVID-19 in India: A Two-Center Cross-Sectional Study. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1246540. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1246540>

Khalil11, A. M. S., & Elsayed, Z. E. H. (2020). Children dietary habits and quality of sleep during COVID-19 pandemic. *International Journal of Nursing*, 7(2), 80-86.

Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., Wu, J., Du, H., Chen, T., Li, R., Tan, H., Kang, L., Yao, L., Huang, M., Wang, H., Wang, G., Liu, Z., & Hu, S. (2020). Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Network Open*, 3(3), e203976. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976>

Lorenzo, D., & Carrisi, C. (2020). COVID-19 Exposure Risk for Family Members of Healthcare Workers: An Observational Study. *International Journal of Infectious Diseases: Official Publication of the International Society for Infectious Diseases*, 98, 287–289. <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2020.06.106>

Lu, W., Wang, H., Lin, Y., & Li, L. (2020). Psychological status of medical workforce during the COVID-19 pandemic: A Cross-sectional Study. *Psychiatry Research*, 288, 112936. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112936>

Mart, M., & Kesicioğlu, S. (2020). COVID-19 Pandemi Sürecinde Ailelerin Evde Oyun Oynamaya İlişkin Görüşleri. *Turkish Studies*, 15(4): 945-958. <https://dx.doi.org/10.782>

Montag, C., & Elhai, J.D. (2020). Discussing Digital Technology Overuse in Children and Adolescents during the COVID-19 Pandemic and Beyond: On the Importance of Considering Affective Neuroscience Theory. *Addictive Behaviors Reports*. 1:100313. <https://doi.org/10.1016/j.abrep.2020.100313>

Oral, T. & Ersan, C. (2017). Çocuklarda (8-11 yaş) Algılanan Stres Ölçeği'nin Türkçeye Uyarlama Çalışması. *Selçuk Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi* <http://dx.doi.org/10.21497/sefad.328629>

Orgilés, M., Morales, A., Delvecchio, E., Mazzeschi, C., & Espada, J. P. (2020). Immediate Psychological Effects of the COVID-19 Quarantine in Youth From Italy and Spain. *Frontiers in psychology*, 11, 579038. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.579038>

Ozturk Eyimaya, A., & Yalçın Irmak, A. (2021). Relationship Between Parenting Practices and Children's Screen Time During the COVID-19 Pandemic in Turkey. *Journal of pediatric nursing*, 56, 24–29. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2020.10.002>

Rajariah, R., Malenahalli Chandrashekarappa, S., Venkatesh Babu, D.K., Gopi, A., Murthy Mysore Ramaiha, N., & Kumar, J. (2021). Parenting Stress and Coping Strategies Adopted Among Working and Non-Working Mothers and Its Association with Socio-Demographic Variables: A Cross-Sectional Study. *Clinical Epidemiology and Global Health*. 9:191–5. <https://doi.org/10.1016/j.cegh.2020.08.013>

Segre, G., Campi, R., Scarpellini, F., Clavenna, A., Zanetti, M., Cartabia, M., & Bonati, M. (2021). Interviewing Children: The Impact of the COVID-19 Quarantine on Children's Perceived Psychological Distress and Changes in Routine. *BMC Pediatrics*, 21(1), 231. <https://doi.org/10.1186/s12887-021-02704-1>

Spinelli, M., Lionetti, F., Pastore, M., & Fasolo, M. (2020). Parents' Stress and Children's Psychological Problems in Families Facing the COVID-19 Outbreak in Italy. *Frontiers in Psychology*, 11, 1713. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01713>

Sugg, M. M., Runkle, J. D., Andersen, L., Weiser, J., & Michael, K. D. (2021). Crisis Response among Essential Workers and their Children during the COVID-19 Pandemic. *Preventive Medicine*, 153, 106852. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2021.106852>

Şahin, B., Hoşoğlu, E., & Önal, B. (2020). Anxiety Symptoms in Healthcare Workers and their Children during the COVID-19 Pandemic in Turkey. *Namık Kemal*

Tıp Dergisi, 8(3), 321-330. <https://doi.org/10.37696/nkmj.781331>

Tınmaz, G., & Altundağ, S. (2022). Experiences, Emotions, and Expectations of Nurse Mothers during the COVID-19 Process. *Journal of Pediatric Nursing*, 67, 116–123. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2022.08.007>

United Nation (2020), Policy Brief: The Impact of COVID-19 on children. 15 April 2020. [https://unsdg.un.org/sites/default/files/2020_12\(2\)_14-22](https://unsdg.un.org/sites/default/files/2020_12(2)_14-22)

Üstündağ, A. (2021). Covid-19 Karantinasının Çocukların Günlük Yaşamı ve Alışkanlıkları Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi. *Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi* 12(2), 14-22

Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S., & Ho, R. C. (2020). Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(5), 1729. <https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>

WHO (2020). WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard. <https://covid19.who.int/> (Erişim Tarihi: 01 Aralık 2023).

Wu, Q., & Xu, Y. (2020). Parenting stress and risk of child maltreatment during the COVID-19 pandemic: A family stress theory-informed perspective. *Developmental Child Welfare*, 2516103220967937. <https://doi.org/10.1177/2516103220967937>

Yalçın, H., Dai, H., & Erkoç, E.(2020). Ebeveynlerin Virüs Salgımına İlişkin Duygu Durumları ve Çocuklara Etkileri. *Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 7(9); 128-142.

Zhu, W., Liu, Q., & Hong, X (2022). Implementation and Challenges of Online Education during the COVID-19 Outbreak: A National Survey of Children and Parents in China. *Early Childhood Research Quarterly* 61:209-219 .<https://doi.org/10.1016/j.ecresq.2022.07.004>

3. BÖLÜM

CERRAHİ HASTALARINDA AĞRI KONTROLÜNDE REFLEKSOLOJİ UYGULAMALARI VE HEMŞİRENİN ROLÜ

Dr. Öğr. Üyesi Ali AY

Bingöl Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Hemşirelik Bölümü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği ABD

aliay8563@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0001-6970-2615>

1. Cerrahide Ağrı

Ağrı, herhangi bir gerçek veya potansiyel doku hasarı hakkında sizi bilgilendiren, vücudun savunma hattının tahrip olduğu ve desteğe ihtiyaç olduğu konusunda sizi uyarmaya çalışan, kişiyi dokuya zarar veren uyarandan kaçmak için harekete geçiren koruyucu bir yanıttır (Yaban, 2019: 529).

Cerrahi ağrı, ameliyat kesisi ile başlayıp giderek azalan ve doku iyileşme sürecinin tamamlanması ile sonlanan akut bir ağrıdır (Dürüst Sakallı ve Öztekin, 2021: 400). Ağrının patofizyolojisi ve tedavisindeki gelişmeler, cerrahi teknikleri ve anestezi uygulamalarındaki gelişmeler, güncel bilgi birikimi, yeni ilaçların kullanımı ve güncel ilaç dağıtım sistemlerine rağmen ne yazık ki birçok hasta hala ameliyat sonrası ağrıya yönelik yetersiz tedavi almaya devam etmektedir (Yaban, 2019: 530). Mevcut ağrı kontrol yöntemleri ile ameliyat sonrası hiçbir hastanın ağrı çekmemesi gerekirken hem hekimlerin hem de diğer sağlık profesyonellerinin bilgi ve ilgi eksikliğinden dolayı hastaların neredeyse tamamı ameliyat sonrası az ya da çok ağrı deneyimlemektedir. Çoğu birey ameli-

yat sonrası ağrıyla baş etmekte zorlanmaktadır (Öztürk vd., 2018: 110; Yaban, 2019: 530). Cerrahi girişim uygulanan hastalarda ağrı uygun bir şekilde tedavi edilmediğinde, tatmin edici olmayan perioperatif sonuçlara, hastanede yatış süresinin uzamasına ve ek maliyetlere neden olmaktadır (Attias vd., 2018: 809).

İster lokal ister genel anestezi ile yapılan cerrahi girişimler öncesi ve sonrasında hastalar korku yaşamakta ve ameliyat sonrasında ağrı deneyimlemektedir. Cerrahi kaynaklı anksiyete hastalar için sadece rahatsız edici bir durum olmanın ötesinde, ameliyat sırasında ve sonrasında ağrı, analjezik gereksiniminde artma ve iyileşmede gecikme arasında tutarlı bir ilişki bulunmaktadır. Cerrahiye bağlı anksiyetenin artması, bağışıklığın baskılanması, hipotalamik-hipofiz-adrenal eksenin hiperaktivasyonu ve tehdit edici uyaranlara odaklanmanın artması dahil olmak üzere bir dizi fizyolojik, psikolojik ve davranışsal sonucu vardır. Fizyolojik olarak, bronşların genişlemesi, kan basıncı, nabız ve solunum sayısının artması, pupillerin dilatasyonu, deride soğukluk, terleme, ağızda kuruluk, gastrointestinal sistem hareketlerinin azalması, iştahsızlık, bulantı, kusma, halsizlik, baş dönmesi, titreme, motor aktivitenin artması, sık idrara çıkma, diyare, ses titremesi gibi belirtiler gözlenebilmektedir. Psikolojik etkiler ise, korku, çaresizlik, ağlama, sinirlilik, öfke, huzursuzluk, konsantrasyonda azalma, güvensizlik, kontrolünü kaybetme, başkalarını suçlama, kendini ve başkalarını eleştirme, çekingenlik ve girişim azlığı şeklinde sıralanabilir. Ayrıca artan anksiyetenin ağrı eşiğini düşürdüğü ve ağrı yoğunluğunun artmasına neden olduğu bildirilmiştir (Uzun Şahin ve Çilingir, 2022:17; Uzun Şahin, 2017: 4).

Cerrahi ağrı erken dönemde uygun bir şekilde tedavi edilemediğinde hipertansiyon, taşikardi, aritmi, anksiyete, depresyon ve insomniya gibi komplikasyonlara neden olabilmektedir. Bunun sonucunda da ağrı kronik ağrıya dönüşebilmektedir (Dürüst Sakallı ve Öztekin, 2021: 400). Yukarıda sayılan nedenlerle son zamanlarda cerrahi hastalarında ağrı ve anksiyetenin giderilmesinde non-farmakolojik yöntemlerin kullanılmasına yönelim artırmıştır. Örneğin; ameliyat öncesinde hastalara müzik dinletilmesi, görsel-işitsel uyaranlar, ameliyat sırası ve sonrasında masaj uygulamalarının hastalarda kaygı ve ağrıyı azalttığı bildirilmiştir (Hudson vd., 2015: 1790). Dokunma ve masaj terapisi yüzyıllardır ağrı tedavisinde kullanılan yöntemlerden olmuştur. Bunun yanında farmakolojik tedaviyle bütünleştirilen masajın, akut postoperatif ağrı tedavisinde faydalı olduğu bulunmuştur (Öztürk vd., 2018: 107).

Hastalar farmakolojik veya invaziv ağrı yönetimi yöntemlerinden kaçınmak

ister ve bu durum tamamlayıcı ağrı yönetimi yöntemlerinin tercih edilmesine ve popülaritesinin artmasına katkıda bulunabilir (Smith vd., 2018: 1). İlaçlar ameliyat sonrası ağrıyı gidermek için her ne kadar elzem olsa da ağrıyı gidermede çoğu zaman tek başına yeterli olmamaktadır. Bunun yanında analjezik ilaçların bazı istenmeyen yan etkileri de vardır. Bu nedenle, ağrı yönetiminde farmakolojik olmayan tamamlayıcı tedavi ve müdahaleler daha önemli ve gerekli hale gelmiştir (Öztürk vd., 2018: 110).

2. Cerrahide Ağrı Kontrolünde Refleksolojinin Yeri ve Önemi

Cerrahi, hasta için bir stres faktörüdür ve kaygıyı arttıran bir durumdur. Cerrahi korkusuna ek olarak cerrahi girişim de vücut için bir stresördür. Cerrahi sonrası vücut tarafından oluşturulan stres tepkisi hastada ağrı duyarlılığını arttırmaktadır. Cerrahi ağrı, hastada otonom sinir sistemini uyarmakta ve hastanın korkusunun artmasına neden olmaktadır. Ayrıca ağrı, sempatik sinir sisteminin de uyarılmasına neden olarak kan basıncı, solunum sayısı ve nabızda artışa, kaslarda gerginliğin artması, bulantı ve kusma gibi komplikasyonlara da neden olmaktadır (Korkmaz Güven, 2017: 4).

Literatürde nonfarmakolojik yöntemlerden biri olarak sayılan refleksolojinin ameliyat öncesi ve sonrası kaygı ile ameliyat sonrası ağrıyı azaltmada ve spiritüel iyilik halinin gelişmesinde etkili bir yöntem olduğu bildirilmektedir. Refleksoloji ellere veya ayaklara uygulanabilen bir masaj çeşididir (Dougans, 2016: 8; Hudson vd., 2015: 1790; Korkmaz Güven, 2017: 5; Öztürk vd., 2018: 107). Bütünsel bir şifa tekniği olarak tanımlanan refleksoloji, çeşitli teknikleri ve felsefi yaklaşımları içeren kadim bir sanattır. Mısır mezarlarındaki resimler ayak masajının 5000 yıl önce tedavi olarak kullanıldığını göstermektedir (Öztürk vd., 2018: 107). Refleksoloji tedavisini tasvir eden en eski belgeler, Mısır'ın Sakkara kentinde Mısırlı bir doktor olan Ankmahor'un mezarında bulunmuştur. MÖ 2500-2330 civarına tarihlenen bu resim, iki adamı başka iki adamın ayaklarına masaj yaparken tasvir etmektedir (Dougans, 2016: 13). Eller ile insan vücuduna yapılan doğal tedavi yöntemlerinin geçmişi çok eski tarihlere dayanmaktadır. Dokunma, yüzyıllar boyunca birçok medeniyet ve kültürde şifanın bir parçası olmuştur. Masaj, en eski tıbbi kayıtlarda bir tedavi şekli olarak geçmektedir. Sıvazlama veya dokunma gibi masaj uygulamalarının yaklaşık 5000 yıl öncesine dayandığı, Hint, Antik Roma, Yunan, Çin ve Mısır medeniyetleri tarafından kullanıldığı kabul edilmektedir. Eski Yunanlılar, masajı fiziksel

sağlık ve kalıcı güzellik sağlamak için yoğun bir şekilde kullanmışlar ve masaja sosyal olarak büyük anlam yüklemişlerdir. Masajın sağlık amacıyla kullanılmasının ise milattan 3000 yıl öncesine dayandığı bildirilmektedir (Ay vd., 2023: 23).

Bir terapi olarak refleksoloji tamamlayıcı ve alternatif tıp (TAT) alanına girmektedir. Tamamlayıcı ve alternatif tedavi yaklaşımları, sağlık bakım hizmetlerinde büyük bir ilgi alanı haline gelmiş ve dünya çapında kullanımı artmıştır. Son yıllarda, bu konudan ilham alan çok sayıda bilimsel araştırma yapılmıştır. Tamamlayıcı ve alternatif tedavi yaklaşımları doğal ürünler, zihin ve vücut uygulamaları ve diğer tamamlayıcı sağlık yaklaşımları gibi çeşitli sağlık uygulamaları, terapileri ve prosedürlerini içerir. Tedavi yöntemleri geleneksel tıbbın yerine kullanıldığında “alternatif”, geleneksel tıp ile kullanıldığında ise “tamamlayıcı” şeklinde ifade edilebilir (Ay vd., 2023: 23). Refleksoloji, bedende, zihinde ve ruhta bir denge ve uyum durumu yaratmak amacıyla bireyi bir bütün olarak tedavi etmeyi amaçlayan bütünsel bir şifa tekniği olarak kabul edilir (Dougans, 2016: 8). Refleksoloji, vücudun başka yerlerinde bir etki yaratmak için ayağın veya elin belirli kısımlarına hafif manipülasyon veya baskı yapılmasıdır (Smith vd., 2018: 2). Derin bir rahatlama sağlamak ve vücudun kendi iyileşme süreçlerini uyarmak, güçlendirmek ve stresle mücadeleye yardımcı olmak için uygulanan güvenli ve yumuşak bir terapi olarak kabul edilmektedir (Dougans, 2016:8; Keet, 2009: 8).

Refleksoloji, insan vücudunun kendi iç enerji hatlarına veya akupunktur meridyenlerine sahip olduğu, organların, sinirlerin, salgı bezlerinin ve vücudun diğer bölümlerinin ayak ve ellerdeki refleks bölgelerine veya refleks noktalarına bağlı olduğu teorisine dayanan denenmiş ve test edilmiş, çeşitli rahatsızlıkların tedavisinde nazik bir yaklaşım olarak kullanılabilen terapötik bir ayak masajı şeklidir (Dougans, 2016: 8; Keet, 2009: 8). Refleksoloji uygulaması sırasında iletilen dokunsal uyarıların bir sonucu olarak büyük sinir lifi aktivitesinde yaşanan artış, inhibitör inter-nöronları aktive ederek ağrılı duyuların beyne yansıtılmasını engellediği kabul edilmektedir. Ayrıca refleksolojinin gevşemeyi ve ağrı uyarısını iletimini modüle eden ve ağrı algısını engelleyen endorfinlerin daha sonra salınmasını kolaylaştırabileceği öne sürülmüştür. Mekanoreseptörler de uyarıldığı için dolaşım hızlanmakta ve doku oksijenasyonu artmaktadır (Dürüst Sakallı ve Öztekin, 2021: 401; Hudson vd., 2015: 1790). Refleksolojinin aynı zamanda rahatlama ve iyilik hissini iyileştirme gibi psikolojik faydalarının yanı sıra ağrı eşliğini yükselttiği ve ağrı toleransını arttırdığı da bilinmektedir (Dürüst

Sakallı ve Öztekin, 2021: 401; Öztürk vd., 2018: 107). Hudson ve diğerlerinin (2015: 1796) lokal anestezi ile minimal invaziv varikoz ven cerrahisi uygulamaları hastalarda ameliyat sırasında yapılan el refleksolojisinin hastalarda ameliyat sırasında yaşanan ağrı ve kaygıyı azalttığı belirlenmiştir.

3. Cerrahide Ağrı Kontrolünde Refleksoloji Uygulamaları ve Hemşirenin Rolü

Hastalarla en çok zaman harcayan sağlık profesyonelleri hemşirelerdir. Cerrahi sonrasında hastalara bireyselleştirilmiş bakım verilmesi ve ağrının kontrol altına alınmasında hemşirelerin önemli sorumlulukları vardır ve hasta tedavisi ve bakımında aktif rol oynamaktadırlar (Dürüst Sakallı ve Öztekin, 2021: 401). Ağrıyı tamamen azaltmak ve kontrol altına almak mümkün olmayabilir (Yaban, 2019: 529). Cerrahi sonrası ağrı kontrolünde hemşireden beklenen, hastanın tedavi planına etkin bir şekilde katılarak hastanın rahat edebileceği düzeyde ağrısının azaltılmış olması, tedavi ve müdahale sonuçlarının izlenmesidir (Korkmaz Güven, 2017: 6). Bununla birlikte bir hemşirelik modeli veya teorisi doğrultusunda hastaya tanı koyması, hastaya özel tasarlanmış farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemleri kullanması, sonuçları değerlendirmesi ve hastanın farkındalığını arttırarak ortaya çıkabilecek sorunları önlemesidir (Yaban, 2019: 530).

Ameliyat sonrası ağrının nitelikli kontrolünde etkili olan hemşireler ağrı tedavisi uygulamalarında nonfarmakolojik yöntemlere de yer vermelidirler. Çünkü farmakolojik yöntemler tek başına ağrının kontrol altına alınmasında yeterli olmamakta ve çeşitli yan etkilere de neden olmaktadır. Hemşireler tarafından kullanılan TAT yöntemlerinden hemşirelerin doğrudan uygulamaya dahil edildiği terapiler refleksoloji, masaj, shiatsu, aromaterapi ve terapötik dokunma şeklinde sıralanmaktadır (Uzun Şahin, 2017: 5). Nonfarmakolojik yöntemlerden dokunma terapisi her zaman hemşirelik bakımının bir parçası olmuştur ve refleksoloji de artık hemşirelik bakımının bir parçası haline gelmiştir. Refleksoloji, komplikasyonları olmayan ve hemşirelerin güvenle kullanılabileceği basit, noninvaziv, nonfarmakolojik ve maliyet etkin bir yöntemdir. Yapılan çalışmalar refleksoloji gibi nonfarmakolojik yöntemlerin ameliyat sonrası hastanın ağrı ve anksiyetesini azaltarak yaşam kalitesi ile hemşirelik bakımından duyduğu memnuniyet düzeyini arttırdığını ve analjezik kullanımını

da azalttığını göstermektedir (Korkmaz Güven, 2017: 6; Öztürk vd., 2018: 109; Uzun Şahin ve Çilingir, 2022:17). Sarman ve Uzuntarla (2022: 102096) çalışmasında sağlık çalışanlarının pratik uygulamalarda TAT yöntemlerinin kullanılmasının gerekliliği konusunda pozitif yönde görüş bildirdiği, %57.9'unun en az bir TAT Yöntemi kullandığı ve %84.4' ünün başka birine TAT yöntemlerini kullanmasını önerdiği belirlenmiştir.

Öztürk ve diğerlerinin (2018: 109) histerektomi uygulanan hastalara ameliyattan sonra eğitilmiş bir hemşire tarafından 20 dk. uygulanan ayak refleksolojisinin hastalarda post-operatif ağrının azaltılmasında ve hastaların daha az analjezik kullanmasında etkili olduğu belirlenmiştir. Uzun Şahin ve Çilingir (2022: 21) açık kalp ameliyatı olan hastalarda hemşire tarafından uygulanan ayak refleksolojisinin ameliyat sonrası ağrı, anksiyete ve bakımdan duyulan memnuniyet düzeyi üzerine etkisini inceledikleri çalışmada deney grubundaki hastaların ameliyattan sonraki ikinci, üçüncü ve dördüncü günlerde VAS (Visual Analog Scale-Görsel Analog Skala) ortalama puanlarının daha düşük çıktığı ve müdahale öncesi ve sonrası VAS ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlenmiştir. Verilen araştırma örneklerinde görüldüğü üzere TAT yöntemlerinden biri olan refleksolojinin eğitimin alan herhangi bir sağlık profesyoneli tarafından rahatlıkla uygulanabileceği anlaşılmaktadır.

Tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerinden biri olan masajın uykusuzluğu, baş ağrısı, migren ve sırt ağrısını giderme, gerilimi azaltma ve kas kramplarını rahatlatma gibi etkilerinin de olduğu birçok çalışmada belirlenmiştir. Bütün bunlar hemşirenin tedavi edici rolü içinde yer alan ve bakım vermesi gereken başlıca uygulamalardan sadece birkaçıdır. Yukarıda sayılan bakım uygulamalarının tamamında hemşire bağımsız olarak ilgilenmekle yükümlüdür ve bu uygulamalar hastanın uygun sağlık bakımı alma hakkının bir parçasıdır. Hemşirelik uygulamalarının ve TAT yöntemlerinin felsefesi temelde aynıdır. Tedaviyi destekleyici rolde olmaları, bireyi holistik (bütüncül) bir yaklaşımla ele almaları ve sağlığın yükseltilmesi ve hastanın aktif rolde olmasına odaklanmaları her ikisinin benzer yönleri olarak değerlendirilir (Khorshid ve Yapucu, 2005: 127).

Sonuç olarak, ülkemizde her ne kadar 2014 yılında yayınlanan “Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği” ile TAT yöntemlerinin klinik pratikte hemşireler tarafından uygulanmasına yasal olarak izin verilmiyor olsa

da refleksoloji gibi noninvaziv, yan etkisi olmayan ve uygulanması kolay olan TAT yöntemlerinin eğitimli her sağlık profesyoneli tarafından uygulanabilmesi gerektiği düşünülmektedir. Çünkü bu tedavilerden bazıları doğası gereği temel hemşirelik uygulamalarında yer almaktadır. Bazıları da uygulamadan önce özel eğitim gerektirir. Tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerinin birçoğu holizm kavramına odaklanma açısından hemşirelik mesleği ile özdeşleşmektedir. Tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerinin sağlık bakım hizmetleri içerisinde hak ettiği noktada yer almasında hastayla en çok zaman harcayan hemşireler en uygun sağlık profesyonelleri olacaktır.

KAYNAKLAR

Attias, S., Sivan, K., Avneri, O., Sagee, A., Ben-Arye, E., Grinberg, O., Sroka, G., Matter, I., & Schiff, E. (2018). Analgesic effects of reflexology in patients undergoing surgical procedures: A randomized controlled trial. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 24(8), 809-815. <https://doi.org/10.1089/acm.2017.0167>

Ay, A. Sarman, A. Tuncay, S. (2023). *Masaj ve Hemşirenin Rolü*. Sevil, Ü. Özbaş, N. Çolakoğlu Kurt, B. (Ed.), Hemşirelikte tamamlayıcı ve alternatif tedaviler (s. 23-36) içinde. Ankara: Akademisyen Yayınevi.

Dougans, I. (2016). *Reflexology: An introductory guide to foot massage for total health*. Collins & Brown.

Dürüst Sakallı, G., & Öztekin, S. D. (2021). Ameliyat Sonrası Ağrı Gidermede Refleksolojinin Kullanımı: Sistematik Derleme. *Journal of Traditional Medical Complementary Therapies*, 4(3), 400-406. doi: 10.5336/jtracom.2021-82071

Hudson, B. F., Davidson, J., & Whiteley, M. S. (2015). The impact of hand reflexology on pain, anxiety and satisfaction during minimally invasive surgery under local anaesthetic: A randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 52(12), 1789-1797. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.07.009>

Khorshid, L., & Yapucu, Ü. (2005). Tamamlayıcı tedavilerde hemşirenin rolü. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 8(2), 124-130 Korkmaz Güven, E. (2017). *Elektif sezaryen olan hastalarda post-operatif ağrı ve anksiyetenin azaltılmasında refleksolojinin etkisi* (Yüksek Lisans Tezi). Ulusal Tez Merkezi veri tabanından erişildi. (Tez No: 46403)

Mackereth, P. A., & Ganley, A. (2009). Louise Keet. *The Reflexology Bible*, Octopus Publishing Group Ltd. ISBN: 978-1-84181-341-7.

Öztürk, R., Sevil, Ü., Sargin, A., & Yücebilgin, M. S. (2018). The effects of reflexology on anxiety and pain in patients after abdominal hysterectomy: A randomised controlled trial. *Complementary therapies in medicine*, 36, 107-112. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2017.12.005>

Sarman, A., Uzuntarla, Y. (2022). Attitudes of healthcare workers towards complementary and alternative medicine practices: A cross-sectional study in Turkey. *European Journal of Integrative Medicine*, 49, 102096. <https://doi.org/10.1016/j.eujim.2021.102096>.

Smith, C. A., Levett, K. M., Collins, C. T., Dahlen, H. G., Ee, C. C., & Sukanuma, M. (2018). Massage, reflexology and other manual methods for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009290.pub3>

Uzun Şahin, C. (2017) *Açık kalp ameliyatı olan hastalarda ayak refleksolojisinin ağrı, anksiyete ve hasta memnuniyeti üzerine etkisinin değerlendirilmesi* (Doktora Tezi). Ulusal Tez Merkezi veri tabanından erişildi. (Tez No: 613986)

Uzun Şahin, C., & Çilingir, D. (2022). The effects of foot reflexology upon pain, anxiety, and patient satisfaction among patients having undergone open-heart surgery. *Journal of Experimental and Clinical Medicine*, 39(1), 17-23. doi: 10.52142/omujecm.39.1.4

Yaban, Z. Ş. (2019). Usage of non-pharmacologic methods on postoperative pain management by nurses: Sample of Turkey. *International Journal of Caring Sciences*, 12(1), 529-541.

4. BÖLÜM

HİPERTANSİYONDA HEMŞİRELİK BAKIMI

Öğr. Gör. İsmail KELEŞ

Iğdır Üniversitesi

Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu

ismailkeles4@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-6575-8029>

Prof. Dr. Nermin OLGUN

Hasan Kalyoncu Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü

nerminolgun@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-8704-4588>

ÖZET

Yüksek tansiyon olarak bilinen hipertansiyon, kanın vücutta dolaşırken arter duvarlarına yüksek düzeyde kuvvet uyguladığı tıbbi bir durumdur. Bu durum sistolik (yüksek) ve diyastolik (düşük) kan basıncı kullanılarak ölçülür ve milimetre cıva (mmHg) cinsinden ifade edilmektedir. Hipertansiyon ciddi komplikasyonlara neden olan yaygın bir kronik hastalıktır. Serebrovasküler, kardiyovasküler ve böbrek hastalıklarının gelişimi için bir risk faktörüdür ve önlenebilir ölümlerin önde gelen nedenidir. Yapılan araştırmalar 2025 yılında dünya nüfusunun üçte birinin hipertansiyona sahip olacağı tahmin edilmektedir. Hipertansiyon, altta yatan nedenlerine ve özelliklerine göre birincil (esansiyel) hipertansiyon ve ikincil (sekonder) hipertansiyon olarak iki ana grupta sınıflandırılır.

landırılmaktadır. Hipertansiyon sessiz bir durum olarak bilinmekte bu yüzden tipik olarak erken aşamalarında fark edilebilir semptomlara neden olmamaktadır. Hipertansiyona bağlı hastalıkların yükünü azaltmak için bireysel düzeydeki müdahalelerin yanı sıra toplum çapındaki yaklaşımların da önemini vurgulamaktadır. Hemşirelikte hipertansiyon tanısı koyma süreci, hastanın spesifik sağlık sorunlarının ve hipertansiyonla ilgili ihtiyaçlarının değerlendirilmesini ve tanımlanmasını içermektedir. Hipertansiyona yönelik hemşirelik tanıları, hastaların karşılaştığı özel ihtiyaçlara ve zorluklara göre uyarlanmış, bakım planlarının ve müdahalelerin geliştirilmesine rehberlik etmeye yardımcı olmaktadır. Hemşirelik bakımı ise hipertansiyonun yönetilmesinde ve komplikasyonların önlenmesinde hayati bir öneme sahiptir. Hemşireler, hastaları hipertansiyon konusunda eğitmek, kan basıncını izlemek, ilaç tedavisine yardımcı olmak ve yaşam tarzı değişikliklerini teşvik etmek açısından önemlidir. Hipertansiyonda hemşirelik bakımı çok yönlüdür ve hasta merkezli bir yaklaşım gerektirmektedir. Bu yüzden hemşireler, kan basıncı kontrolünü sağlamak ve hipertansiyonla ilişkili komplikasyon risklerini azaltmak için hastaları eğitime, destekleme ve izlemede çok önemli bir role sahiptirler.

Anahtar Kelimeler: Hipertansiyon, Hemşirelik, Hemşirelik Bakımı, Hemşirelik Tanıları, Hipertansiyon Fیزیopatolojisi

GİRİŞ

Yüksek tansiyon olarak bilinen hipertansiyon, kanın vücutta dolaşırken arter duvarlarına yüksek düzeyde kuvvet uyguladığı tıbbi bir durumdur. Bu durum sistolik (yüksek) ve diyastolik (düşük) kan basıncı kullanılarak ölçülür ve milimetre cıva (mmHg) cinsinden ifade edilmektedir (Aydoğdu ve ark., 2019; Doğaner ve Aydoğan, 2019). Hipertansiyon ciddi komplikasyonlara neden olan yaygın bir kronik hastalıktır (Söylemez ve Aşilar, 2023). Serebrovasküler, kardiyovasküler ve böbrek hastalıklarının gelişimi için bir risk faktörüdür ve önlenebilir ölümlerin önde gelen nedenidir (Poulter ve ark., 2020). Yapılan araştırmalar 2025 yılında dünya nüfusunun üçte birinin hipertansiyona sahip olacağı tahmin edilmektedir (Aronow, 2017; ACC/AHA, 2018; Kumar, 2013). Türkiye’de (2012) yapılan hipertansiyon prevalansı çalışmasına (Patent2) göre hipertansiyon prevalansı %30,3’tür (Aydoğdu ve ark., 2019). Hipertansiyonun dünya çapında yaygın olması, hayati organlara zarar vermesi ve ciddi sağlık so-

runlarına yol açması, hipertansiyon yönetiminin önemini vurgulamaktadır (Söylemez ve Aşilar, 2023). Hipertansiyon, altta yatan nedenlerine ve özelliklerine göre genellikle birincil (esansiyel) hipertansiyon ve ikincil (sekonder) hipertansiyon olmak üzere iki ana kategoride sınıflandırılır.

Birincil (Esansiyel) Hipertansiyon: Hipertansiyon vakalarının çoğunluğunu oluşturur ve genellikle esansiyel hipertansiyon olarak adlandırılır. Esansiyel hipertansiyonun kesin nedeni iyi tanımlanmamıştır, ancak genetik faktörler, yaşam tarzı seçimleri ve çevresel etkilerin bir kombinasyonundan kaynaklandığına inanılmaktadır. Aynı zamanda aile öyküsü, yaş, obezite, hareketsiz yaşam tarzı, yüksek tuz alımı ve aşırı alkol tüketimi gibi risk faktörleri ile de yaygın olarak ilişkilidir. Esansiyel hipertansiyonun yönetimi tipik olarak yaşam tarzı değişiklikleri, diyet değişiklikleri, düzenli egzersiz ve gerekirse ilaç tedavisini içermektedir (Cebeci, 2021).

İkincil (Sekonder) Hipertansiyon: Kan basıncının yükselmesine yol açan altta yatan tıbbi bir durum veya ilaçlardan kaynaklandığı ifade edilmektedir. Birincil hipertansiyonun aksine, ikincil hipertansiyonun temel nedeni tanımlanabilir ve ele alınabilmektedir. Sekonder hipertansiyonu tetikleyebilecek çeşitli durumlar arasında böbrek hastalıkları, hormonal bozukluklar (primer aldosteronizm veya Cushing sendromu gibi), obstrüktif uyku apnesi, bazı ilaçlar (nonsteroid antiinflamatuvar ilaçlar veya kortikosteroidler gibi) ve konjenital kalp defektleri gibi faktörler yer almaktadır. Altta yatan nedeni tedavi etmek ikincil hipertansiyonu yönetmek için çok önemlidir ve kan basıncı genellikle uygun tedavi ile düzelebilmektedir (Aronow, 2017; Chiong ve ark., 2008).

Bu sınıflandırmaya ek olarak, hipertansiyon genellikle Amerikan Kardiyoloji Koleji (ACC) ve Amerikan Kalp Derneği (AHA) gibi tıbbi kuruluşlar tarafından belirlenen kılavuzlarda tanımlandığı gibi kan basıncı yüksekliğinin ciddiyetine görede kategorize edilmektedir.

Normal Kan Basıncı: Sistolik < 120 mmHg ve Diyastolik < 80 mmHg

Yüksek Kan Basıncı: Sistolik 120-129 mmHg ve Diyastolik < 80 mmHg

Hipertansiyon Evre 1: Sistolik 130-139 mmHg veya Diyastolik 80-89 mmHg

Hipertansiyon Evre 2: Sistolik \geq 140 mmHg veya Diyastolik \geq 90 mmHg

Hipertansiyonun doğru sınıflandırılması, durumun kategorisine ve ciddiyetine bağlı olarak yaşam tarzı değişiklikleri, ilaç tedavisi veya her ikisinin bir kombinasyonunu içerebilecek uygun yönetim yaklaşımının belirlenmesi için gereklidir (ACC/AHA., 2018).

1. Hipertansiyon Epidemiyolojisi

Hipertansiyon, küresel nüfusun büyük bir bölümünü etkileyen yaygın ve önemli bir halk sağlığı sorunudur. Dünya çapında hipertansiyon serebrovasküler hastalıkların %51'inden ve iskemik kalp hastalıklarının %45'inden sorumludur (Kumar, 2013). Hipertansiyon epidemiyolojisi hakkında bazı önemli noktalar vardır. Bunlardan bazıları aşağıda ifade edilmiştir (Mills ve ark., 2020).

Yaygınlık: Hipertansiyon dünya çapında yaygın bir durumdur. Prevalansı bölgeye, yaş grubuna ve nüfusa göre değişmektedir. Genel olarak insanlar yaşlandıkça hipertansiyon prevalansı da artmaktadır (Basu ve Millett, 2013; Mills ve ark., 2020).

Küresel Yük: Hipertansiyon, dünya çapında ölümün önde gelen nedenleri olan kalp hastalığı ve felç gibi kardiyovasküler hastalıklar (KVH'ler) için önde gelen bir risk faktörüdür. Aynı zamanda kronik böbrek hastalığının yüküne de katkıda bulunmaktadır (Aronow, 2017).

Bölgesel Farklılıklar: Hipertansiyonun prevalansı farklı bölge ve ülkelere göre değişmektedir. Kötü beslenme, hareketsiz davranış ve stres gibi yaşam tarzı faktörlerinin daha yaygın olduğu sanayileşmiş ve kentleşmiş bölgelerde daha yüksek olma eğiliminde olduğu ifade edilmektedir (Kumar, 2013).

Yaş ve Cinsiyet: Hipertansiyon yaş ilerledikçe daha sık görülür. Pek çok popülasyonda erkeklerde kadınlara kıyasla daha erken yaşta hipertansiyon gelişme eğilimi vardır. Ancak menopozdan sonra kadınlarda hipertansiyon riski artmaktadır (Basu ve Millett, 2013; Kumar, 2013).

Yüksek Gelirli Ülkeler Karşı Düşük Gelirli Ülkeler: Değişen yaşam tarzları, kentleşme ve sağlık hizmetlerine erişim nedeniyle hipertansiyon, düşük ve orta gelirli ülkelerde giderek daha fazla endişe kaynağı haline gelmektedir. Ancak yüksek gelirli ülkelerde de hala önemli bir sağlık sorunu olmaya devam etmektedir (Kumar, 2013).

Etnik ve Irksal Farklılıklar: Farklı etnik ve ırksal gruplar arasında hipertansiyon prevalansında farklılıklar vardır. Örneğin, Afrikalı Amerikalılar gibi belirli popülasyonlarda hipertansiyon ve buna bağlı komplikasyonların yaygınlığı daha yüksek olma eğilimindedir (Basu ve Millett, 2013; Kumar, 2013).

Farkındalık ve Kontrol: Hipertansiyonu olan kişilerin önemli bir kısmı durumlarının farkında değildir ve farkında olanlar arasında bile kontrol oranları

(kan basıncını sağlıklı bir aralıkta tutmak) optimal düzeyin altında olabilmektedir. Düzenli kan basıncı taramaları ve sağlık hizmetlerine daha iyi erişim, farkındalığı ve kontrolü artırabilmektedir. (Mills ve ark., 2020)

Risk Faktörleri: Hipertansiyonun risk faktörleri arasında etiyolojide bahsedilenler (genetik, yaşam tarzı faktörleri vb.) yer almaktadır. Bu risk faktörlerinin yaşam tarzı değişiklikleri ve uygun tıbbi müdahaleler yoluyla ele alınması, hipertansiyonun önlenmesi ve yönetilmesi açısından çok önemlidir (Mills ve ark., 2020).

Sağlık Sistemleri Üzerindeki Etkisi: Hipertansiyonun yönetimi, ilişkili komplikasyonlar, doktor ziyaretleri, ilaçlar ve hastaneye yatışlar nedeniyle sağlık sistemlerine önemli bir yük getirmektedir. Bu yük, özellikle sağlık altyapısının sınırlı olduğu bölgelerde kaynakları zorlayabilmektedir (Mills ve ark., 2020).

Halk Sağlığı Stratejileri: Hipertansiyona yönelik halk sağlığı çabaları arasında sağlık eğitimi, bilinçlendirme kampanyaları, daha sağlıklı beslenmenin teşvik edilmesi, fiziksel aktivitenin teşvik edilmesi ve kan basıncının izlenmesi ve yönetimi için sağlık hizmetlerine erişimin iyileştirilmesi yer almaktadır (Mills ve ark., 2020).

Hipertansiyonun epidemiyolojisini anlamak, sağlık çalışanlarının, araştırmacıların ve politika yapıcıların bu durumun önlenmesi, erken teşhisi ve yönetimi için etkili stratejiler geliştirmelerine yardımcı olur. Hipertansiyona bağlı hastalıkların yükünü azaltmak için bireysel düzeydeki müdahalelerin yanı sıra toplum çapındaki yaklaşımların da önemini vurgulamaktadır.

2. Hipertansiyon Etiyolojisi

Hipertansiyonun altta yatan nedenleri veya kökenleri olarak da bilinen etiyojisi çok faktörlüdür. Öyle ki genetik, çevresel ve yaşam tarzı faktörlerinin karmaşık bir etkileşiminden oluşmaktadır. Hipertansiyona katkıda bulunan bu çeşitli faktörlerin anlaşılması, etkili yönetim ve önleme için çok önemlidir. Burada, hipertansiyonun temel etiyojolojik faktörlerinden bazıları aşağıda verilmiştir.

Genetik Faktörler: Genetik, hipertansiyon gelişiminde önemli bir rol oynamaktadır. Ailede hipertansiyon öyküsü olması, bireyin bu hastalığa yakalanma riskini artırır (Chiong ve ark., 2008).

Yaşam Tarzı Faktörleri: Sağlıksız yaşam tarzı seçimleri hipertansiyon gelişimine katkıda bulunabilir. Bu faktörlerin başında diyet gelmektedir. Yüksek

sodyum alımı, düşük potasyum alımı ve aşırı doymuş yağ ve şeker tüketimi hipertansiyona yol açabildiği gibi, meyve, sebze, tam tahıllar, yağsız proteinler ve az yağlı süt ürünleri açısından zengin bir diyet daha düşük kan basıncı ile ilişkili olduğu gösterilmektedir.

Fiziksel Hareketsizlik: Düzenli fiziksel aktivite eksikliği kilo alımına, insülin direncinin artmasına ve kan basıncının yükselmesine neden olabilir.

Obezite: Aşırı vücut ağırlığı, özellikle de abdominal obezite, hipertansiyon için güçlü bir risk faktörüdür. Yağ dokusu, kan basıncının düzenlenmesini etkileyebilecek hormonlar ve enflamatuar belirteçler üretmektedir.

Tütün ve Alkol Kullanımı: Sigara ve aşırı alkol tüketimi kan basıncının yükselmesine katkıda bulunabilir. Nikotin ve alkolün kan damarları ve kalp fonksiyonu üzerindeki etkileri hipertansiyon gelişiminde rol oynamaktadır.

Hormonal Faktörler: Kan basıncının düzenlenmesinde çeşitli hormonlar rol oynar (Chiong ve ark., 2008).

Renin-Anjiyotensin-Aldosteron Sistemi (RAAS): Bu sistem kan hacmini ve arteriyel daralmayı kontrol etmektedir. RAAS'ın aşırı aktivitesi kan basıncının artmasına neden olabilmektedir (Chiong ve ark., 2008).

Sempatik Sinir Sistemi: "Savaş ya da kaç" tepkisini düzenleyen sempatik sinir sisteminin kronik aktivasyonu, sürekli yüksek tansiyona katkıda bulunabildiği ifade edilmektedir (Chiong ve ark., 2008).

Çevresel Faktörler: Çevresel faktörler kan basıncı seviyelerini etkileyebilirler.

Stres: Kronik stres, kan basıncını yükselten hormonal ve sinir sistemi değişikliklerine yol açabilmektedir.

Sosyoekonomik Durum: Düşük sosyoekonomik durum, muhtemelen sağlık hizmetlerine sınırlı erişim, sağlıksız yaşam koşulları ve stres faktörleri nedeniyle daha yüksek hipertansiyon oranları ile ilişkilendirilmektedir.

Diğer Tıbbi Durumlar: Bazı tıbbi durumlar hipertansiyon gelişimine katkıda bulunabilir:

Kronik Böbrek Hastalığı: Bozulmuş böbrek fonksiyonu sıvı ve elektrolit dengesini bozarak hipertansiyona yol açabilmektedir.

Endokrin Bozukluklar: Primer aldosteronizm, Cushing sendromu ve tiroid bozuklukları gibi durumlar hormonal düzenlemeyi etkileyebilir ve hipertansiyona katkıda bulunabilirler.

İlaçlar: Nonsteroid anti-enflamatuar ilaçlar (NSAID'ler), bazı antidepresanlar ve oral kontraseptifler gibi bazı ilaçlar duyarlı kişilerde kan basıncını yükseltebilmektedirler.

Sonuç olarak, hipertansiyonun etiyolojisi çok yönlüdür ve genetik yatkınlık, yaşam tarzı faktörleri, hormonal düzenleme, çevresel etkiler ve altta yatan tıbbi durumların bir kombinasyonunu içerebilir. Bu çeşitli etkenlerin tanınması, hipertansiyonun önlenmesi, erken teşhisi ve etkili yönetimi için kapsamlı stratejiler geliştirilmesi açısından önemlidir (Chiong ve ark., 2008; Didik ve ark., 2023; Kuneš ve Zicha, 2009; Unger ve ark., 2020).

3. Hipertansiyon Risk Faktörleri

Tablo 1. Hipertansiyonun değiştirilebilen ve değiştirilmeyen risk faktörleri

Değiştirilebilen risk faktörleri	Değiştirilmeyen risk faktörleri
Sağlıksız Beslenme: Yüksek sodyum alımı, düşük potasyum alımı ve doymuş yağ ve şeker bakımından zengin diyetler hipertansiyon riskini artırabilir.	Genetik: Ailede hipertansiyon öyküsü olması, bu durumun gelişme olasılığını artırır.
Fiziksel Hareketsizlik: Düzenli fiziksel aktivite eksikliği daha yüksek kan basıncı seviyeleri ile ilişkilidir.	Yaş: Kan damarı esnekliğindeki değişiklikler nedeniyle hipertansiyon riski yaşla birlikte artar.
Obezite: Aşırı vücut ağırlığı, özellikle de abdominal obezite, hipertansiyon için önemli bir risk faktörüdür.	Cinsiyet: Erkeklerde 55 yaşından önce yüksek iken 74 yaşından sonra da kadınlarda daha yüksektir. (55-74 yaş aralığında ise her iki cinsiyette de yüksektir)
Tütün ve Alkol Kullanımı: Sigara içmek ve aşırı alkol tüketimi kan basıncı için önemli bir risk faktörüdür.	İrk: Afrikalı Amerikalılar gibi belirli popülasyonlarda hipertansiyon riski daha yüksektir.

Stres: Kronik stres ve yetersiz stres yönetimi hipertansiyona katkıda bulunabilmektedir.	
Kronik Böbrek Hastalığı ve Diyabet: Böbrek fonksiyonlarının bozulması hipertansiyona yol açabildiği gibi, diyabetli bireylerde de hipertansiyon gelişme riski daha yüksektir.	

Kaynak: (Hicran, 2021; Unger ve ark., 2020; Albayrak ve Şengezer 2022; Aydın ve Öztürk 2014; Meral, 2018).

Hipertansiyon kalp krizi, felç, kalp yetmezliği ve periferik vasküler hastalık dahil olmak üzere kardiyovasküler hastalıklar için önemli bir risk faktörüdür. Ayrıca böbrek hastalıklarına, görme sorunlarına ve bilişsel gerilemeye de yol açabilmektedir. Kontrolsüz hipertansiyon morbidite, mortalite ve sağlık hizmeti maliyetlerini önemli ölçüde artırmaktadır (Dülek ve ark., 2018; Hicran, 2021; Yıldırım, 2021).

4. Hipertansiyon Fizyopatolojisi

Hipertansiyonun patofizyolojisi, yüksek kan basıncına katkıda bulunan çeşitli fizyolojik mekanizmaların karmaşık etkileşimini içermektedir. Kesin mekanizmalar bireyler arasında farklılık gösterse de, hipertansiyonun gelişmesinde ve sürdürülmesinde birkaç temel faktör rol oynamaktadır. Bu faktörleri hemşirelerin iyi bilmesi ve hipertansiyon hastasına bakım verirken bu faktörlerin bilincinde bakım planı ayarlamaları önem arz etmektedir.

Damar Direnci ve Daralma: Kan damarları, özellikle küçük arteriyoller, kan basıncının düzenlenmesinde önemli bir rol oynar. Hipertansiyonda genellikle bu damarların daralması nedeniyle kan akışına karşı direnç artar. Bu daralma, damar duvarlarındaki düz kas hücrelerinin anormal kasılmasından veya damarların kendisindeki yapısal değişikliklerden kaynaklanabildiği gösterilmektedir.

Renin-Anjiyotensin-Aldosteron Sistemi (RAAS): RAAS, kan basıncını ve sıvı dengesini düzenleyen bir hormon sistemidir. Düşük tansiyona veya düşük kan hacmine yanıt olarak böbreklerden renin salınmasını içerir. Renin, aynı zamanda aldosteron salınımını da uyaran güçlü bir vazokonstriktör olan anjiyotensin II'nin üretimine yol açan bir kademeyi tetikler. Aldosteron böbreklerde sodyum ve su tutulmasını teşvik eder, bu da kan hacmini artırır ve kan basıncını

nın yükselmesine katkıda bulunmaktadır.

Sempatik Sinir Sistemi Aşırı Aktivitesi: Sempatik sinir sistemi “savaş ya da kaç” tepkisini kontrol eder ve kan basıncının düzenlenmesinde rol oynar. Hipertansiyonda sempatik sinir sisteminin aşırı aktivasyonu kalp atış hızının artmasına ve kan damarlarının daralmasına neden olabilmektedir.

Endotel Disfonksiyonu: Endotel, kan damarlarının en iç tabakasıdır ve damar sağlığının korunmasında çok önemli bir rol oynar. Hipertansiyonda endotel işlevsiz hale gelebilir, bu durum kan damarlarının gevşemesine yardımcı olan nitrik oksit molekülünün üretimini azalmasına yol açabilir. Bu fonksiyon bozukluğu vazokonstriksiyona ve damar direncinin artmasına katkıda bulunabilir.

Tuz ve Sıvı Tutulması: Aşırı tuz (sodyum) alımı sıvı tutulmasına neden olabilir, bu da kan hacmini artırır ve ardından kan basıncını yükselmesine neden olabilmektedir.

İnsülin Direnci ve Metabolik Sendrom: Çoğunlukla obezite ve metabolik sendrom gibi durumlarda görülen insülin direnci, hipertansiyona katkıda bulunabilir. İnsülin direnci, hücrelerin insüline nasıl tepki vereceğini etkiler ve sempatik sinir sistemi aktivitesinin artmasına, tuz tutulmasına ve endotel disfonksiyonuna yol açabilmektedir.

Enflamasyon: Kronik düşük dereceli inflamasyon hipertansiyonla ilişkilidir. Enflamatuar süreçler kan damarlarına zarar verebilir, işlevlerini bozabilir ve kan basıncını daha da artırabilen ateroskleroz gelişimine katkıda bulunabilir bir durumdur.

Genetik Faktörler: Genetik yatkınlık kan basıncının düzenlenmesini etkileyebilir. Bazı genetik varyantlar, vücudun kan basıncını düzenleyen hormonal ve çevresel işaretlere nasıl tepki vereceğini etkileyerek kan basıncının bozulmasına sebep olabilmektedirler.

Obezite ve Adipokinler: Yağ dokusu (yağ), adipokinler olarak bilinen çeşitli hormonları ve sinyal moleküllerini üretir. Obezitede sıklıkla bu moleküllerde bir dengesizlik vardır ve bu da inflamasyona, insülin direncine ve hipertansiyona katkıda bulunan diğer faktörlere yol açabilmektedir.

Böbrek Disfonksiyonu: Böbrekler, sıvı dengesini ve renin-anjiyotensin sistemini kontrol ederek kan basıncını düzenlemede çok önemli bir yere sahiptirler. Böbrek fonksiyonundaki herhangi bir bozukluk bu mekanizmaları bozabilir ve hipertansiyona katkıda bulunabilir.

Bu faktörler birbirini etkiler ve güçlendirir, bu da sürekli yüksek tansiyona yol açar. Hipertansiyon, tedavi edilmezse kalp hastalığı, felç, böbrek hastalığı ve diğer komplikasyon riskinin artması dahil olmak üzere kardiyovasküler sağlık açısından ciddi sonuçlara yol açabilir (Bolívar, 2013; DeMarco ve ark., 2014; Harrison ve ark., 2021; Hicran, 2021).

5. Hipertansiyon Belirti ve Bulguları

Genellikle yüksek tansiyon olarak adlandırılan hipertansiyon “sessiz” bir durum olarak bilinir, çünkü tipik olarak erken aşamalarında fark edilebilir semptomlara neden olmaz. Sonuç olarak, hipertansiyonu olan birçok kişi rutin kontrollere girene veya komplikasyonlar yaşayana kadar yüksek kan basıncı seviyelerinin farkında olmayabilir. Bununla birlikte, bazı durumlarda, özellikle kan basıncı ciddi şekilde yükseldiğinde veya komplikasyonlar ortaya çıktığında, hipertansiyon belirli belirti ve semptomlara yol açabilir. Hipertansiyonun bazı potansiyel belirti ve bulguları:

Baş ağrısı: Şiddetli hipertansiyon özellikle başın arka kısmında zonklama hissi olarak tanımlanabilecek baş ağrılarına neden olabilir. Ancak baş ağrıları tek başına hipertansiyona özgü değildir ve çeşitli diğer faktörlerden kaynaklanabilmektedirler.

Görsel Değişiklikler: Aşırı yüksek kan basıncı bulanık veya çift görme gibi görme bozukluklarına yol açabilmektedir. Bu durum gözleri besleyen kan damarları üzerindeki artan basınç nedeniyle meydana geldiği düşünülmektedir.

Göğüs Ağrısı: Hipertansiyon, özellikle koroner arter hastalığına yol açmışsa, anjina olarak bilinen göğüs ağrısına katkıda bulunabilir. Bununla birlikte, göğüs ağrısı daha çok diğer kardiyovasküler durumlarla ilişkilendirilmektedir.

Nefes Darlığı: Şiddetli hipertansiyon kalbi zorlayabilir ve akciğerlerde sıvı birikmesine yol açarak özellikle fiziksel aktivite sırasında veya yatarken nefes darlığına neden olabilmektedir.

Baş Dönmesi veya Sersemlik: Aşırı yüksek kan basıncı beyne giden kan akışını etkileyerek baş dönmesi veya sersemlik hissine yol açabilmektedir.

Burun Kanaması: Burun kanaması popüler algıda genellikle hipertansiyonla ilişkilendirilse de, durumun güvenilir bir göstergesi değildir. Bazı durumlarda, çok yüksek kan basıncı burun kanamasına katkıda bulunabilir, ancak diğer faktörlerden kaynaklanma olasılığının daha yüksek olabileceği ifade edilmektedir.

Düzensiz Kalp Atışı (Aritmi): Hipertansiyon bazen düzensiz kalp atışlarına, çarpıntıya veya kalp atışlarının hızlandığı hissine yol açabilmektedir.

Yorgunluk veya Halsizlik: Hipertansiyon kalbe zarar veriyorsa, yorgunluk, halsizlik veya egzersiz toleransının azalması gibi semptomlara yol açabilmektedir.

Bu semptomların nispeten spesifik olmadığını ve çeşitli sağlık koşullarından kaynaklanabileceğini unutmamak önemlidir. Hipertansiyon genellikle asemptomatik olduğundan, düzenli kan basıncı takibi ve kan basıncı seviyelerindeki önemli değişiklikleri tespit etmenin en güvenilir yoludur (Adnan ve ark., 2018; Charles ve ark., 2017; Vesile, 2019).

6. Hipertansiyonda Tanı

Hipertansiyon tanısı, bir tansiyon aleti veya otomatik bir cihaz kullanarak kan basıncı seviyelerinin ölçülmesini içermektedir. Amerikan Kalp Derneği (AHA) ve Avrupa Hipertansiyon Derneği (ESH), kan basıncı ölçümü için kılavuzlar oluşturmaktadırlar. AHA, kan basıncı düzeyi 120/80 mm Hg'nin altında olan yetişkinler için kan basıncının en az iki yılda bir, daha yüksek olanlarda ise daha sık ölçülmesini önermektedir. ESH, kan basıncının, ölçümler arasında en az bir dakika olacak şekilde en az iki kez ölçülmesini ve kan basıncı seviyelerini belirlemek için iki okumanın ortalamasının kullanılmasını önermektedir. Hipertansiyon tanısı, kan basıncı ölçümüne ek olarak, ikincil hipertansiyona neden olabilecek altta yatan tıbbi durumların belirlenmesine yönelik anamnez, fizik muayene ve diğer tanı testleri de içermektedir. İnsanlar kan basıncı ölçümünü hastanede, ofiste, evde ve ambulatuar olarak ölçüm yapılabilmektedir (Williams ve ark., 2018).

Tablo 2. Hipertansiyon tanısı için akış şeması

Klinik kan basıncı ölçümü $\geq 140/90$ ^{1,2}		
SKB $\geq 140-159$ ve/veya DKB $\geq 90-99$ mmHg	SKB $\geq 160-179$ ve/veya DKB $\geq 100-109$ mmHg	SKB ≥ 180 ve/veya DKB ≥ 110 mmHg ³
2-4 hafta içinde	1-2 hafta içinde	

Doktorun tekrar ölçümü (SKB \geq 140 veya DKB \geq 90 mmHg) Veya Evde kan basıncı ölçümü (SKB \geq 135 veya DKB \geq 85 mmHg) Veya Ambulatuvar kan basıncı ölçümü (24 saatlik kan basıncı ortalamasına göre SKB \geq 130 veya DKB \geq 80 mmHg)	
HİPERTANSİYON	
<p>¹Tanı akışının konulması için iki koldan ayrı ayrı yapılmalı ve ortalaması alınmalıdır. Ayrıca takiplerde yüksek olan kol kullanılmalıdır.</p> <p>²Bu ölçümler sırasında anemnez, fizik muayene ve diğer tanı testleri önerilir.</p> <p>³Hastanın kan basıncı bu değerlerde ise bir iki kez daha ölçülmeli, bu değerler devam ediyorsa hipertansiyon tanısı hemen konulmalıdır.</p> <p>SKB: Sistolik kan basıncı; DKB: Diyastolik kan basıncı</p>	

Kaynak: (Aydoğdu ve ark., 2019; Williams ve ark., 2018).

7. Hipertansiyonda Tedavi

Hipertansiyon, etkili bir şekilde yönetilmesi için genellikle sürekli tedavi gerektiren kronik bir tıbbi durumdur. Hipertansiyon tedavisi, kalp hastalığı, felç ve böbrek sorunları gibi komplikasyon riskini azaltmak için kan basıncı düzeylerini düşürmeyi ve kontrol etmeyi amaçlar. Hipertansiyon tedavisi genellikle aşağıdaki bileşenleri içermektedir.

7.1. Yaşam Tarzı Değişiklikleri

Diyet Değişiklikleri: Meyveleri, sebzeleri, tam tahılları, yağsız proteinleri ve azaltılmış sodyum (tuz) alımını vurgulayan DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension) diyeti gibi kalp açısından sağlıklı bir diyetin benimsenmesi. İşlenmiş gıdaları ve yüksek sodyumlu maddeleri azaltmak.

Düzenli Egzersiz: Haftada en az 150 dakika orta yoğunlukta egzersiz yapmayı hedefleyerek düzenli fiziksel aktivitede bulunmak. Egzersiz, kardiyovasküler sağlığı iyileştirmeye ve kan basıncını düşürmeye yardımcı olmaktadır.

Kilo Yönetimi: Sağlıklı bir vücut ağırlığına ulaşmak ve bunu korumak, kan basıncını önemli ölçüde etkileyebilir. Mütevazı bir kilo kaybı bile kan basıncının düşmesine neden olabilmektedir.

Alkol ve Kafeinin Sınırlandırılması: Alkol ve kafein tüketimini azaltmak kan basıncını yönetmeye yardımcı olmaktadır.

7.2. İlaçlar

Hipertansiyonun ciddiyetine bağlı olarak yaşam tarzı değişiklikleri tek başına yeterli olmayabilir. Bu gibi durumlarda sağlık hizmeti sağlayıcıları antihipertansif ilaçlar reçete edebilirler. Bu ilaçların ortak sınıfları şunları içermektedir.

Diüretikler: Fazla sodyum ve suyun vücuttan atılmasını teşvik ederek kan hacmini ve basıncını azaltmaktadır.

Beta Blokerler: Kalp atış hızını azaltır ve kalp kasılmalarının gücünü azaltmaktadır.

ACE İnhibitörleri: Kan damarlarını gevşetir ve kan hacmini azaltmaktadır.

Anjiyotensin II Reseptör Blokerleri (ARB'ler): ACE inhibitörlerine benzer şekilde kan damarlarını gevşetirler.

Kalsiyum Kanal Blokerleri: Kan damarlarını rahatlatır ve kalbin iş yükünü azaltmaktadır.

7.3. Düzenli Kan Basıncı İzlemesi

Evde kan basıncı ölçüm cihazını kullanarak kan basıncını izlemek. Hastane veya klinikte sağlık uzmanını gözetiminde düzenli kontroller yapmak. Ayrıca özel bir cihazın hasta üzerinde 24 saat süreyle taşınarak günlük aktivite ve uyku sırasında kan basıncı kayıtlarının alınması ile yapılan ambulatuvar kan basıncı ölçümü, hipertansiyonun takibinde ideal olan yöntemlerdir. Böylece hipertansiyonun ilerlemenin izlenmesine ve kan basıncının hedef aralıkta kalmasını sağlanmış olurlar.

7.4. Rutin Kontroller ve Tıbbi Değerlendirme

Genel sağlığınıza değerlendirmek, tedavinin etkinliğini değerlendirmek ve tedavi planında gerekli ayarlamaları yapmak için hipertansiyon yönetiminden sorumlu olan sağlık uzmanından düzenli randevular almak.

7.5. Stres Yönetimi ve Gevşeme Teknikleri

Stres yüksek kan basıncına katkıda bulunabilir. Stres yönetimi tekniklerini ve gevşeme egzersizlerini öğrenmek hipertansiyon yönetiminde faydalı olabilir.

diği düşünülmektedir.

7.6. Sigara bırakma

Sigara içiyorsa, sigarayı bırakması şiddetle tavsiye edilir çünkü sigara içmek kan basıncını yükselmesine ve kalp hastalığı riskini artırmaya neden olduğu düşünülmektedir.

7.7. Tedaviye Uyum

İlaçlar ve yaşam tarzı değişiklikleri de dahil olmak üzere reçete edilen tedavi planına uymak, etkili hipertansiyon yönetimi için kritik öneme sahiptir.

Hipertansiyon sıklıkla yaşam boyu tedavi gerektiren kronik bir durumdur. Tedavi yaklaşımı, hipertansiyonun şiddeti ve diğer tıbbi durumların varlığı gibi bireysel faktörlere bağlı olarak değişebilmektedir (Alsinani ve ark., 2018; Aydoğdu ve ark., 2019; Hicran, 2021; Vesile, 2019).

8. TANSİYON ÖLÇERKEN NELERE DİKKAT EDİLMELİ

Tansiyon ölçümü yaparken, doğru sonuçlar almak için dikkat edilmesi gereken bazı önemli faktörler bulunmaktadır. Bu faktörlerden bazıları aşağıdaki gibidir.

Rahatlık ve Konfor: Ölçüm yapılacak kişi rahat bir pozisyonda oturmalıdır. Kol, kalp seviyesinde olmalı ve desteklenmiş bir şekilde dinlenmelidir.

Doğru Pozisyon: Kişi ölçüm öncesinde en az 5 dakika boyunca dinlenmeli ve rahat bir pozisyonda oturmalıdır. Bacaklar çapraz olmamalı ve bacak bacak üstüne atılmamalı, ayrıca ayaklar yere tam olarak basmalıdır.

Uygun Kol Seçimi: Tansiyon ölçerken genellikle sol koldan ölçüm yapılır. Ancak, sağ koldan ölçüm gerektiren durumlar da olabilir. Ölçüm cihazının kullanım kılavuzuna göre doğru kol seçimine dikkat edilmelidir.

Uygun Manşet Boyutu: Manşet, kolda sıkı ya da gevşek olmamalıdır. Uygun manşet boyutunu kullanmak önemlidir. Manşet, kolda yerleştirildikten sonra parmağınızı geçirip geçiremeyeceğiniz şekilde kontrol edilmelidir.

Sessiz Ortam: Ölçüm sırasında sessiz bir ortamda olunmalıdır. Dış etkenler, ölçüm sonuçlarını etkileyebilir.

Sigara ve Kafein: Tansiyon ölçmeden önce sigara içilmemeli ve kafein alımı

sınırlanmalıdır. Bu maddeler tansiyonu etkileyebilir.

Hareketsizlik ve konuşmama: Ölçüm sırasında kişi hareketsiz durmalı ve konuşmamalıdır. Ölçüm yapılırken hareket etmek ve konuşmak tansiyon sonuçlarını etkileyebilir.

Tüm bu faktörlere dikkat edilerek yapılan ölçümler, daha güvenilir tansiyon değerleri elde etmenize yardımcı olabilmektedir (Padwal ve ark., 2019; Muntner ve ark., 2019).

9. HİPERTANSİYONDA HEMŞİRELİK TANILARI

Hemşirelikte hipertansiyon tanısı koyma süreci, hastanın spesifik sağlık sorunlarının ve hipertansiyonla ilgili ihtiyaçlarının değerlendirilmesini ve tanımlanmasını içermektedir. Hipertansiyona yönelik hemşirelik tanıları, hemşirelik bakımı ve müdahalelerine rehberlik edecek şekilde formüle edilmektedir. Hipertansiyonlu hastalar için kullanılan bazı hemşirelik tanıları:

Kontrolsüz Hipertansiyon Riski: Bu tanı, mevcut müdahaleler, ilaçlar veya yaşam tarzı değişiklikleri ile yeterince kontrol edilemeyen yüksek tansiyonu olan hastalar için uygundur. Hemşirelik müdahaleleri ilaç eğitimi ve tedaviye uyumu içerebilmektedir.

Etkisiz Sağlık Yönetimi: Bu tanı, hastanın hipertansiyonunu etkili bir şekilde yönetme konusunda bilgi veya motivasyona sahip olmadığı durumlarda uygulanabilir. Hemşirelik müdahaleleri hastayı kan basıncı kontrolü, ilaç uyumu ve yaşam tarzı değişiklikleri konusunda eğitmeyi amaçlamaktadır.

Kardiyovasküler Komplikasyon Riski: Hipertansiyon, kardiyovasküler hastalıklar için önemli bir risk faktörüdür. Bu tanı, kalp hastalığı ve felç gibi komplikasyon riski taşıyan hastaları belirlemek için kullanılır. Hemşirelik müdahaleleri yaşamsal belirtilerin izlenmesini, kardiyovasküler sıkıntı belirtilerinin değerlendirilmesini ve riskin azaltılması konusunda eğitim verilmesini içerir.

Hipertansiyon Tanısına İlişkin Kaygı: Hastalar hipertansiyon tanısı aldıktan sonra kaygı ve stres yaşayabilirler. Hemşirelik bakımı hastanın duygusal ihtiyaçlarını karşılamaya, başa çıkma stratejileri sağlamaya ve destek sunmaya odaklanmalıdır.

Hipertansiyon Hakkında Eksik Bilgi: Hastalar hipertansiyonun nedenleri, sonuçları ve tedavisi hakkında bilgi sahibi olmayabilirler. Hemşirelik müdahaleleri, bilgiyi geliştirmek ve öz bakımı teşvik etmek için hasta eğitimini içerir.

mektedir.

Bozulmuş Doku Perfüzyonu: Hipertansiyon, çeşitli organlara kan akışının bozulmasına neden olabilir. Bu tanı, renal veya serebral perfüzyon gibi belirli alanlarda doku perfüzyonunun azaldığına dair kanıtlar olduğunda kullanılır. Hemşirelik müdahaleleri organ fonksiyonunu izlemeyi ve kan akışını optimize etmeyi amaçlamalıdır.

İlaç Uyumsuzluğu Riski: Bazı hastalar maliyet, yan etkiler veya unutkanlık gibi faktörlerden dolayı ilaç uyumunda zorluklar yaşayabilirler. Bu tanı, reçeteli ilaçları almama riski taşıyanların belirlenmesine yardımcı olur. Hemşirelik müdahaleleri uyumun önündeki engellerin değerlendirilmesini ayrıca destek ve eğitim sağlanmasını içermektedir.

Düşme Riski: Hipertansif hastalar, özellikle de baş dönmesine neden olabilecek ilaçları kullananlar, düşme riski altında olabilirler. Hemşirelik müdahaleleri arasında denge ve hareketliliğin değerlendirilmesi, düşme önleme tedbirlerinin uygulanması ve hastaların risk konusunda eğitilmesi yer almalıdır.

Rahatsız Uyku Düzeni: Hipertansiyon uyku kalitesini etkileyebilir ve uyku düzeninin bozulmasına neden olabilir. Hemşirelik bakımı, rahatlama tekniklerini, uyku hijyenini teşvik etmeye ve uykuyla ilgili endişeleri gidermeye odaklanır.

Aşırı Sodyum Alımı: Yüksek sodyum alımı hipertansiyona katkıda bulunan bir faktördür. Bu tanı, hastaların aşırı sodyum tüketimi içeren bir beslenme düzenine sahip olduğu durumlarda kullanılır. Hemşirelik müdahaleleri diyet eğitimini, hastaların yüksek sodyumlu yiyecekleri tanımlamasına ve azaltmasına yardımcı olmayı ve düşük sodyumlu bir diyeti teşvik etmeyi içermelidir.

Bu hemşirelik tanıları, hipertansiyonlu hastaların karşılaştığı özel ihtiyaçlara ve zorluklara göre uyarlanmış, bakım planlarının ve müdahalelerin geliştirilmesine rehberlik etmeye yardımcı olmaktadır. Ayrıca bireyselleştirilmiş bakım, hipertansiyonun etkili bir şekilde yönetilmesinde ve komplikasyonların önlenmesinde çok önemlidir (Carpenito, 2022; de Castro-Sampaio ve ark., 2017; Hicran, 2021).

10. HİPERTANSİYONDA HEMŞİRELİK BAKIMI

Hemşirelik bakımı, hipertansiyonun yönetilmesinde ve komplikasyonların önlenmesinde hayati bir rol oynar. Hemşireler, hastaları hipertansiyon konusunda eğitmek, kan basıncını izlemek, ilaç tedavisine yardımcı olmak ve yaşam tar-

zı değişikliklerini teşvik etmek açısından önemli bir yere sahiptirler. Hipertansiyonda hemşirelik bakımına aşığıdaki basamaklara dikkat etmek gerekmektedir (Hicran, 2021; Yıldırım, 2021).

10.1. Değerlendirme

Kan Basıncı İzleme: Doğru teknikler ve ekipman kullanarak hastanın kan basıncını düzenli olarak not etmek ve değerlendirmek.

Sağlık Geçmişi: Ailede hipertansiyon öyküsü, yaşam tarzı alışkanlıkları (diyet, egzersiz, sigara içme) ve mevcut tıbbi durumlar dahil olmak üzere ayrıntılı bir şekilde anamnez almak.

İlaç Geçmişi: Antihipertansif ilaçlar da dahil olmak üzere hastanın mevcut ilaçlarını gözden geçirmek ve bu ilaçların uyumluluğunu ve potansiyel yan etkilerini değerlendirmek.

Fizik Muayene: Kardiyovasküler ve renal sistemlere dikkat ederek, hedef organ hasarı belirtilerini değerlendirerek kapsamlı bir fizik muayene yapmak (Enç ve Uysal, 2014).

10.2. Hasta Eğitimi

Kan Basıncı Yönetimi: Hastalara kan basıncı kontrolünün önemi ve kontrolsüz hipertansiyonun potansiyel sonuçları konusunda eğitim vermek.

İlaç Uyumu: Dozajlar, zamanlama ve olası yan etkiler de dahil olmak üzere kullandığı reçeteli ilaçları hakkında net talimatlar vermek. Ayrıca ilaç uyumunun önemini vurgulamak.

Yaşam Tarzı Değişiklikleri: Hastalara diyet değişiklikleri (düşük sodyum, DASH diyeti), düzenli egzersiz, kilo yönetimi, stres azaltma ve alkol ve kafeinin sınırlandırılması dahil olmak üzere yaşam tarzı değişiklikleri konusunda eğitim vermek.

İzleme: Hastalara evde kan basıncı ölçüm cihazını kullanarak kan basıncını nasıl izleyeceklerini ve ölçümlerin kaydını nasıl tutacaklarını konusunda eğitim vermek (Enç ve Uysal, 2014; Yurtsever, 2016).

10.3. İlaç Yönetimi

İlaç Uygulaması: Antihipertansif ilaçları doktor tarafından reçete edildiği gibi uygulamak, doğru dozajı, yolu ve zamanlamayı sağlamak.

İlaç Etkilerinin İzlenmesi: İlaç etkinliğini ve potansiyel yan etkileri değerlendirmek. Hipotansiyon belirtileri veya advers reaksiyonlar açısından izlemek.

İlaç Eğitimi: Hastaları, etki mekanizması ve düzenli kullanımın önemi de dahil olmak üzere reçeteli ilaçları konusunda eğitmek (Enç ve Uysal, 2014).

10.4. Yaşam Tarzı Değişikliği Desteği

Diyet Rehberliği: Sodyum alımının azaltılması ve kardiyovasküler sistem için sağlıklı beslenmenin teşvik edilmesi konusunda diyet önerileri sağlamak ve diyetisyenlerle işbirliği yapmak.

Egzersiz Teşviki: Düzenli fiziksel aktiviteye teşvik etmek. Hastalara gerçekçi egzersiz hedefleri konusunda yardımcı olmak ve güvenli egzersiz rutinleri hakkında rehberlik etmek.

Stres Azaltma: Hastaların stresle başa çıkmalarına yardımcı olmak için derin nefes alma, gevşeme egzersizleri ve farkındalık gibi stres yönetimi tekniklerini öğretmek (Alsinani ve ark., 2018; Yurtsever, 2016).

10.5. İzleme ve değerlendirme

Kan basıncı ölçümlerini, ilaç uyumluluğunu ve yaşam tarzı değişiklikleri ile ilgili doğru ilerlemeyi sürekli olarak izlemek ve kaydetmek. Ayrıca bakım planının etkinliğini değerlendirmek ve hastanın durumundaki değişikliklere ve tedaviye yanıtına göre gerekli ayarlamaları yapmak (Yurtsever, 2016).

10.6. İşbirliği

Hipertansif hastalara kapsamlı bakım sağlamak için doktorlar, diyetisyenler ve eczacılar dahil diğer sağlık profesyonelleriyle işbirliği yapmak. Ayrıca dirençli hipertansiyon veya hedef organ hasarı belirtileri gibi durumlarda hastaları daha ileri değerlendirme veya özel bakım için yönlendirmek (Yıldırım, 2021).

10.7. Hastanın Güçlendirilmesi

Gerçekçi hedefler belirleyerek, ilerlemelerini takip ederek ve sağlıkları hakkında bilinçli kararlar vererek hastaları hipertansiyon yönetiminde aktif rol almaya teşvik etmek (Enç ve Uysal, 2014).

SONUÇ

Hipertansiyonda hemşirelik bakımı çok yönlüdür ve hasta merkezli bir yaklaşım gerektirmektedir. Hemşireler, kan basıncı kontrolünü sağlamak ve hipertansiyonla ilişkili komplikasyon riskini azaltmak için hastaları eğitme, destekleme ve izlemede çok önemli bir rol oynamaktadırlar (Enç ve Uysal, 2014; Hicran, 2021; Yurtsever, 2016).

KAYNAKLAR

Adnan, A., Hafsa, K., Ahsan, A., Summaiya, I., ve Zarghoona, W. (2018). Prevalence of clinical signs and symptoms of hypertension: A gender and age-based comparison. *Palliative Med Care*, 5(2), 1-8.

Albayrak, Z., & Şengezer, T. (2022). Ailelerinde Hipertansiyon Hastası Olan Kişilerde Hipertansiyon Gelişiminin Önlenmesiyle İlgili Tutumlar: Bir Ölçek Geliştirme Çalışması. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 26(2), 53-65.

Alsinani, T. S., Abdullah, A. A., Alghamdi, T. A., Alsaigh, S. A. S., Alanazi, M. D., Alkahtani, M. A., . . . Alabdralrasol, E. A. (2018). Lifestyle modifications for hypertension management. *The Egyptian journal of hospital medicine*, 70(12), 2152-2156.

Aronow, W. S. (2017). Drug-induced causes of secondary hypertension. *Annals of translational medicine*, 5(17).

Aydın, Z., & Öztürk, S. (2014). Hipertansiyon tedavisinde güncel yaklaşımlar. *Haseki Tıp Bülteni*, 52(4), 251-255.

Aydoğdu, S., Güler, K., Bayram, F., Altun, B., Derici, Ü., Abacı, A., . . . Erdem, Y. (2019). Türk hipertansiyon uzlaşısı raporu 2019. *Türk Kardiyol Dern Ars*, 47(6), 535-546.

Basu, S., ve Millett, C. (2013). Social epidemiology of hypertension in middle-income countries: determinants of prevalence, diagnosis, treatment, and control in the WHO SAGE study. *Hypertension*, 62(1), 18-26.

Bolívar, J. J. (2013). Essential hypertension: an approach to its etiology and neurogenic pathophysiology. *International journal of hypertension*, 2013.

Cardiology, A. C. o., Cardiology, A. C. o., ve Association, A. H. (2018). 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA guideline for the

prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical practice guidelines. *Hypertension*, 71(6), E13-E115.

Carpenito, L. J. (2022). *Hemşirelik Tanıları El Kitabı*. Nobel Tıp Kitabevleri.

Cebeci, S. P. (2021). Esansiyel hipertansiyonu olan hastada Watson İnsan Bakım Modeli: olgu sunumu. *Avrasya Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(2), 113-120.

Charles, L., Triscott, J., ve Dobbs, B. (2017). Secondary hypertension: discovering the underlying cause. *American family physician*, 96(7), 453-461.

Chiong, J. R., Aronow, W. S., Khan, I. A., Nair, C. K., Vijayaraghavan, K., Dart, R. A., . . . Geraci, S. A. (2008). Secondary hypertension: current diagnosis and treatment. *International journal of cardiology*, 124(1), 6-21.

de Castro-Sampaio, F., Peres de-Oliveira, P., Ferreira da-Mata, L. R., Teixeira-Moraes, J., Franscielle da-Fonseca, D., ve de Sousa-Vieira, V. A. (2017). Profile of nursing diagnoses in people with hypertension and diabetes. *Investigación y Educación en Enfermería*, 35(2), 139-153.

DeMarco, V. G., Aroor, A. R., ve Sowers, J. R. (2014). The pathophysiology of hypertension in patients with obesity. *Nature Reviews Endocrinology*, 10(6), 364-376.

Didik, S., Wang, H., James, A. S., Slotabec, L., ve Li, J. (2023). Sestrin2 as a Potential Target in Hypertension. *Diagnostics*, 13(14), 2374.

Doğaner, Y. Ç., ve Aydoğan, Ü. (2019). Hangi hipertansiyon kılavuzu, hangi eşik değerler? Hipertansiyonda yeni eşik değerler. *Türk Aile HekDerg*, 23(2), 78-84.

Dülek, H., Vural, Z. T., ve Gönenç, I. (2018). Kardiyovasküler hastalıklarda risk faktörleri. *The Journal of Turkish Family Physician*, 9(2), 53-58.

Enç, N., ve Uysal, H. (2014). Kardiyovasküler Sistem Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. In N. Enç (Ed.), *İç Hastalıkları Hemşireliği* (pp. 92-93). Nobel Tıp Kitabevleri.

Harrison, D. G., Coffman, T. M., ve Wilcox, C. S. (2021). Pathophysiology of hypertension: the mosaic theory and beyond. *Circulation research*, 128(7), 847-863.

Hicran, Y. (2021). Kardiyovasküler sistem hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. In N. Olgun ve S. Çelik (Eds.), *Tüm Yönleri ile İç Hastalıkları Hemşireliği* (pp. 95-102). Ankara Nobel Tıp Kitabevi.

Kumar, J. (2013). Epidemiology of hypertension. *Clinical Queries: Nephrology*, 2(2), 56-61.

Kuneš, J., ve Zicha, J. (2009). The interaction of genetic and environmental factors in the etiology of hypertension. *Physiological research*, 58(2), 33-42.

Meral, E. (2018). Hipertansiyon Tedavisinde Beslenmenin ve Yaşam Tarzı Değişikliklerinin Önemi. *Bozok Medical Journal*, 8(02), 80.

Mills, K. T., Stefanescu, A., ve He, J. (2020). The global epidemiology of hypertension. *Nature Reviews Nephrology*, 16(4), 223-237.

Muntner, P., Shimbo, D., Carey, R. M., Charleston, J. B., Gaillard, T., Misra, S., ... & Wright Jr, J. T. (2019). Measurement of blood pressure in humans: a scientific statement from the American Heart Association. *Hypertension*, 73(5), e35-e66.

Padwal, R., Campbell, N. R., Schutte, A. E., Olsen, M. H., Delles, C., Etyang, A., ... & Sharman, J. E. (2019). Optimizing observer performance of clinic blood pressure measurement: a position statement from the Lancet Commission on Hypertension Group. *Journal of hypertension*, 37(9), 1737.

Poulter, N. R., Borghi, C., Parati, G., Pathak, A., Toli, D., Williams, B., ve Schmieder, R. E. (2020). Medication adherence in hypertension. *Journal of hypertension*, 38(4), 579-587.

Söylemez, G. K., ve Aşlar, R. H. (2023). The relationship between hypertensive patients' satisfaction with hypertension care and their antihypertensive medication adherence. *Journal of Vascular Nursing*.

Unger, T., Borghi, C., Charchar, F., Khan, N. A., Poulter, N. R., Prabhakaran, D., Tomaszewski, M. (2020). 2020 International Society of Hypertension global hypertension practice guidelines. *Hypertension*, 75(6), 1334-1357.

Vesile, Ü. (2019). Hipertansiyon ve Bakım Yönetimi. In S. Özer (Ed.), *Olgu Senaryoları ile İç Hastalıkları Hemşireliği* (pp. 119-134). İstanbul Tıp Kitabevi.

Williams, B., Mancia, G., Spiering, W., Agabiti Rosei, E., Azizi, M., Burnier, M.,Dominiczak, A. (2018). 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Society of Hypertension (ESH). *European heart journal*, 39(33), 3021-3104.

Yıldırım, N. (2021). Hipertansiyon yönetiminde hemşirenin rolü. *Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(3), 305-315.

Yurtsever, S. (2016). Kalp Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. In T. Bedük (Ed.), *İç Hastalıkları Hemşireliği Akıl Notları* (pp. 143). Güneş Tıp Kitabevleri.

5. BÖLÜM

HEMŞİRELİK UYGULAMALARINDA KURAM VE MODEL KULLANIMININ ÖNEMİ

Keriman AYTEKİN KANADLI

Öğretim Görevlisi Doktor

keriman.akanadli@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0003-3468-241X>

Selva Ezgi AŞKAR

Öğretim Görevlisi Doktor

selvaezgiaskar@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0001-6509-6988>

GİRİŞ

Hemşirelik, teori ve uygulamanın birlikteliğine dayalı bir meslektir. Hem doğu hem de batı ülkelerinde hemşirelik kuramları uygulamaya rehberlik etmek için kullanılmıştır (Younas & Quennell, 2019). Araştırmalarla desteklenen, uygulama ile ilişkili kuramların geliştirilmesi ve bu kuramların kullanımı bağımsız hemşirelik uygulamalarının temelini oluşturmakta olup, hemşirelik mesleğinin gelişimini sağlamaktadır (Koç vd., 2017). Hemşirelik kuramları özellikle hemşireliği diğer disiplinlerden (tıp gibi) ayrı ve benzersiz bir disiplin olarak tanımlamayı sağladığından, hemşirelik bilimi için oldukça önemlidir. Kuramlar, organize edilmiş bilgi bütünü olarak hemşireliğin ne olduğunu, hemşirelerin ne yaptığını ve bunu neden yaptığını tanımlamaktadır (Wayne, 2023). Hemşirelik kuramlarının çoğu Amerika Birleşik Devletleri'nde geliştirilmiş olmasına rağmen, günümüzde dünyanın diğer bölgelerinde de kullanılmakta olup araştırma ve uygulamalara rehberlik etmektedir. Bu durum hemşirelik kuramlarının kültürler arası faydasının olduğunu göstermektedir

(Younas & Quennell, 2019). Bu doğrultuda bu derlemede hemşirelik uygulamalarında kuram ve model kullanımının önemi vurgulanmaktadır.

1. HEMŞİRELİKTE KURAM VE MODELLERİN TANIMI VE TARİHÇESİ

Hemşirelik çalışmalarında kuram ve model kavramları aynı anlamda kullanılmaktadır. Ancak kuram belirli kavramları bir çerçeve içerisinde görmektedir. Model ise kavramlar arasında kurulan örüntülerin şematize edilmesidir (Şahin vd., 2020). Bu sayede model, kuramın düşüncesine genel bir bakış sunarak pratiğe nasıl aktarılabilceğini gösterebilmektedir. Hemşirelik kuramlarının çoğu kişi, çevre, sağlık ve hemşirelik olmak üzere dört ana kavrama ve bu kavramlar arasındaki ilişkileri ifade etmeye odaklanmıştır (Wayne, 2023).

İlk hemşirelik kuram çalışmaları 1800’lü yılların sonlarında hemşirelik ders müfredatının oluşturulması için hemşireliği ve amaçlarını tanımlamak zorunda kalındığında gerçekleştirilmiştir (Velioğlu, 2012; Wayne, 2023). Hemşirelik modellerinin bir çeşit kuram olduğu kabul gördükten sonra hemşirelikte kuram geliştirme tartışmaları daha da ileri taşınmıştır (Velioğlu, 2012). Hemşirelik kuram ve modellerinin tarihsel süreci Tablo 1’de gösterilmiştir (Velioğlu, 2012; Wayne, 2023).

Tablo 1. Hemşirelik kuram ve modellerinin tarihsel süreci

Yıl	Kuramcı	Hemşirelik kuramı	Kuramın Özelliği
1860	Florence Nightingale	Çevre Kuramı	Hemşirelik “hastanın iyileşmesine yardımcı olmak için çevresinden yararlanma eylemi” olarak tanımlanmıştır.
1952	Hildegard Peplau	Kişilerarası İlişkiler Kuramı	Hemşire-hasta ilişkisi hemşirelik uygulamasının temeli olarak vurgulanmıştır.

1955	Virginia Henderson	Hemşirelik Kuramı	Hemşirenin rolü, hasta veya sağlıklı bireyin 14 temel ihtiyacın karşılanmasında bağımsızlık kazanmalarına yardımcı olmak olarak tanımlanmıştır.
1960	Faye G. Abdellah	21 Hemşirelik Sorunu Modeli	Hemşireliğin hastalık merkezli bir yaklaşımdan hasta merkezli bir yaklaşıma odaklanması sağlanmıştır.
1962	Ida J. Orlando	Etkileşim Kuramı	Hemşireliğin mesleki işlevi hastanın acil yardım ihtiyacını bulmak ve karşılamak olarak görülmüş olup, hasta ve hemşire arasındaki karşılıklı ilişki vurgulanmıştır.
1968	Dorothy E. Johnson	Davranışsal Sistem Modeli	Hemşirelik hastalığı önlemek için hastada verimli ve etkili davranışsal işleyişin teşvik edilmesi olarak tanımlanmıştır.
1970	Martha E. Rogers	Üniter İnsan Kuramı	Hemşirelik evrenle bütünleşmiş olan üniter insanı görmenin bir yolunu sağlayarak, hem bir bilim hem de bir sanat olarak görülmüştür.
1971	Dorothea E. Orem	Öz Bakım Eksikliği Kuramı	Hemşirelik “Bireysel öz bakımın sağlanması ve yönetilmesinde başkalarına yardım etme sanatı” olarak tanımlanmıştır.
1971	Imogene King	Hedefe Ulaşma Kuramı	Hemşire-hasta ilişkisinin sağlığı iyileştirme hedeflerini karşılamaya yönelik olduğu vurgulanmıştır. Hemşire ise hastanın çevresinin bir parçası olarak görülmüştür.

1972	Betty Neuman	Sistemler Modeli	Bireysel birçok ihtiyacın var olduğu ve her birinin bireyin dengesini veya istikrarını bozabileceği belirtilmiştir. Hemşirelik uygulamalarının hedefi ise stresin azaltılması olarak belirtilmiştir.
1979	Sister Callista Roy	Adaptasyon Modeli	Birey çeşitli uyaranlar arasındaki dengeyi koruyan, birbiriyle ilişkili bir dizi sistem olarak görülmüştür. Hemşire ise bireyin uyumunu kolaylaştırıcı güç olarak kabul edilmiştir.
1979	Jean Watson	İnsan Bakım Modeli	Hemşireliğin insancıl yönleri öne çıkarılmıştır. Hemşirelik bakımı sevgi, saygı ve nezaket üzerine temellendirilmiştir.

2. HEMŞİRELİKTE SIK KULLANILAN KURAMLAR VE MODELLER

Yapılan çalışmalarda hemşirelerin kullandığı kuramların/modellerin bir kısmının hemşire kuramcılara, bir kısmının ise farklı disiplinlere ait olduğu görülmüştür. Bu anlamda farklı disiplinlere ait kuramların/modellerin hemşirelik alanına uygun, faydalı ve etkili olması yönüyle kullanılabilirliği belirtilmektedir (Şengün vd., 2013). Ayrıca hemşirelikte kuram ve modellerin kullanıldığı araştırmaların çoğunun olgu sunumu olduğu görülmüştür. Bu araştırmalarda farklı kuramların/modellerin yine farklı sorunlara sahip bireylere bütüncül bir yaklaşımla bakım verilmesini sağladığı ve faydalı olduğu sonucuna varılmıştır (Avcı vd., 2022; Buldum& Vefikuluçay Yılmaz, 2020; Özdemir vd., 2022). Literatürde hemşirelik kuramlarının kullanıldığı çalışmalarda en sık Orem'in "Öz Bakım Eksikliği Kuramı" ve Roy'un "Adaptasyon Modeli"nin kullanıldığı görülmektedir (Younas & Quennell, 2019). Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise hemşireliğin kronik hastalık bakım uygulamalarında en çok kullanılan kuramların/modellerin; Orem'in "Öz Bakım Eksikliği Kuramı", Roy'un

“Adaptasyon Modeli”, Pender’in “Sağlığı Geliştirme Modeli”, Neuman’ın “Sistemler Modeli”, Roper, Logan, Tierney’in “Hemşirelik Modeli”, Gordon’un “Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli” ve Watson’ın “İnsan Bakım Modeli” olduğu belirtilmiştir (Zuhur & Özpancar, 2017). Bu kuramlardan/modellerden bireye öz bakım becerisi kazandırmak amacıyla geliştirilen Orem’in “Öz Bakım Eksikliği Kuramı”nın hemşirelik uygulamalarında diyabet, hipertansiyon, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, kalp yetersizliği gibi birçok kronik hastalık bakımında kullanıldığı görülmüştür (Bilgehan vd., 2020; Sayar, 2021; Ülker& Arıkan, 2021). Bireyin çevresinden gelen uyarılara karşı baş etme mekanizmalarını kullanarak uyumunu kolaylaştırmak amacıyla geliştirilen Roy’un “Adaptasyon Modeli” over kanserinin yönetiminde, yanık hastasında ve ileostomi açılan hastanın bakımında kullanılmıştır (Şen Atasayar& İşeri, 2020; Başkaya vd., 2021; Şahin vd., 2021). Çalışmalarda en sık Orem ve Roy tarafından geliştirilen modellerinin kullanılmış olması, bu modellerin diğer model ve kuramlara göre gerçek hayatta daha kolay uyarlanabilmesi ve bu kuramlarda kullanılan dilin daha basit olmasından kaynaklanabileceği belirtilmektedir (Younas & Quennell, 2019).

Kronik hastalığa sahip kişilere uygulanacak hemşirelik bakımında kuramların/modellerin kullanımı bireysel ve sistematik bir yaklaşım ile hem hastaya hem ailesine bütüncül bakım sağlayarak yaşam kalitesini iyileştirmektedir (Küçük vd., 2023; Khademian vd., 2020; Zuhur & Özpancar, 2017). Roy’un “Adaptasyon Modeli” bireyin hem sağlık hem hastalık durumu ile uyumlu davranış becerisi kazanmasına destek olmaktadır. Pender’in “Sağlığı Geliştirme Modeli” ise bireyin sağlık iyi oluş halinin geliştirilerek daha da iyileşmesine katkı sağlamak amacıyla geliştirilmiştir. Neuman’ın “Sistemler Modeli” bireyi tüm yönleri ile ele alarak bütüncül bir hemşirelik bakımı kullanılmasını sağlamaktadır. Roper, Logan, Tierney’in “Hemşirelik Modeli”, bireyin yaşadığı süre boyunca değişkenlik gösteren günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı olma ile bağımsız olma durumlarını ele alan bir modeldir. Gordon’un “Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli” hemşirelik sürecinin etkili uygulanmasına katkı sağlayarak bireyin tüm ihtiyaçlarının işlevselliğini sistematik olarak değerlendirmektedir. Watson’ın “İnsan Bakım Modeli” de hemşirelik süreci basamakları ile ilişkilendirilen bireyin güçlü ve zayıf taraflarını, bununla birlikte davranışlarını ele alan bir modeldir (Zuhur & Özpancar, 2017).

3. HEMŞİRELİK UYGULAMALARINDA KURAM VE MODEL KULLANIMININ ÖNEMİ

Kuram/Model kullanımı tüm profesyonel disiplinlerde olduğu gibi hemşirelik uygulamalarında da önemlidir. Hemşirelik disiplini için kuram; hemşireliği diğer disiplinlerden ayırarak farklı bir bakış açısı kazandırmakla birlikte (Şahin vd., 2020) hemşirelik bilgisini de oluşturur (Göçmen Baykara vd., 2019). Literatürde hemşirelik kuramları rehberliğinde yapılan uygulamanın geleneksel hemşirelik uygulamalarına kıyasla hastaya daha fazla yararı olduğu bulunmuştur (Younas & Quennell, 2019). Bu olumlu sonuçlara rağmen ülkemizde yapılan bir çalışmada katılımcı hemşirelerin kuram ve modellerin uygulamalara güçlü katkılar sağladığının farkında olduğu, ancak %66,7'sinin uygulamada kuram/model kullanmadığı saptanmıştır (Göçmen Baykara vd., 2019). Ayrıca hemşirelerin kuramları düşünmek için yeteri kadar zaman ayırmadıkları ve bu konuda araştırma yapmadıkları bildirilmiştir (Koç vd., 2017).

Günümüzde hemşirelik; bireye bakım vermenin ötesinde, olayları ve bireyleri geniş açıdan gözlemleyen, bakımı bilimsel süreç ile planlayan, düzenleyen ve bakım standartları olan profesyonel bir meslek haline gelmiştir (Dağcı, 2019; Türen vd., 2019). Kuram ve model kullanımı, bilginin uygulamaya aktarılmasını, bakım hedefinin ve hasta yararına beklenen sonuçların belirlenmesini, hastada var olan/olası sorunların saptanmasını ve uygulanacak hemşirelik girişimlerinin ayrıntılı olarak belirlenmesini sağlar (Göçmen Baykara vd., 2019; Zuhur & Özpancar, 2017). Dolayısıyla hemşirelik mesleğinde kuramlar uygulama sürecindeki eksikliklerin giderilmesine yardımcı olmaktadır (Şahin vd., 2020).

Ayrıca hemşirelik uygulamalarını kurama/modele dayandırmak, teorik bilgilerin hasta verileri ile ilişkilendirilmesini ve hastanın sistematik bir bakış açısıyla ele alınmasını sağlamaktadır. Kuramların/Modellerin hemşireliğin tüm alanlarında kullanılması mesleğin gelişimine, profesyonelleşmesine katkı sağlamaktadır (Şahin vd., 2020, Bilgehan vd., 2020). Bu doğrultuda kuramlar/modeller hemşirelikte ortak dil sayesinde evrensel bakış açısı oluşturarak kaliteli, sistematik ve standardize edilmiş bakım verilmesine yardımcı olmaktadır (Dağcı, 2019; Göçmen Baykara vd., 2019; Türen vd., 2019; Şahin vd., 2020; Bilgehan vd., 2020). Bununla birlikte hastaya verilecek hemşirelik uygulamalarında kuramların/modellerin kullanımı hastanın motivasyonunu arttırarak öz bakım becerisi kazanma ve güçlendirmede etkili rol oynamaktadır (Bilgehan vd., 2020).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Hemşirelik uygulamalarında kuramların/modellerin kullanımı hemşireliğe kavramsal bir çerçeve sağlayarak, evrensel bakış açısı oluşturmakta kaliteli, sistematik ve bütüncül edilmiş bakım verilmesine katkı sağlamaktadır. Sonuç olarak hemşirelik bakım kalitesini arttırmakla birlikte, hastalığın etkin yönetimini sağlayarak hastaların ve bakım verenlerin yaşam kalitelerini de olumlu etkilemektedir. Bu anlamda hemşirelik uygulamalarında kuramlara/modellere dayalı bakımın yaygınlaştırılması için kuram ve modellere yönelik derslerin özellikle hemşirelik lisans eğitiminden itibaren hemşirelik eğitim müfredatına eklenerek araştırma, eğitim ve uygulamadaki önemi ve nasıl kullanılacağı konusunda farkındalık sağlanmalıdır. Ayrıca hemşirelik kuramlarının/modellerinin uygulamadaki faydasını test etmeye yönelik daha fazla araştırmanın yapılması önerilmektedir.

KAYNAKÇA

- Avcı A, Çavuşoğlu E, Yılmaz M. *Kalp yetersizliği olan hastanın İda Jean Orlando 'nun etkileşim modeline göre hemşirelik bakımı: Olgu sunumu. Turk J Cardiovasc Nurs* 2022;13(32): 180-186.
- Başkaya, E., Kaplan, S., Koç, G., Peksoy, S. (2021). *Metastatik Over Kanseri Tanısı Alan Hastada Tedavi Sürecine Uyumun Roy Adaptasyon Modeline Göre İncelenmesi: Bir Olgu Sunumu. Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(2), 132-143.
- Bilgehan, T., Koç A., & İnkaya, B. (2020). *KOAH tanısı ile izlenen bireyin Orem 'in Öz Bakım Yetersizlik Kuramı 'na göre bakımı (olgu sunumu). Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 7(3), 231-238.
- Buldum, A., & Vefikuluçay Yılmaz, D. (2020). *Watson İnsan Bakım Kuramı 'na göre postpartum anneye bütüncül hemşirelik yaklaşımı: Olgu sunumu. SBÜ Hemşirelik Dergisi*, 2(2), 121-128.
- Dağcı, M. (2019). *Türkiye 'de 2008-2018 yılları arasında model ve kuram kullanılmış hemşirelik araştırmaları: Sistematik inceleme. İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* (9), 929-943. <https://doi.org/https://doi.org/10.38079/igusabder.591038>.
- Göçmen Baykara, Z., Çalışkan, N., Öztürk D., Karadağ, A. (2019). *Hemşirelikte Teori ve Model kullanımı: Nitel Bir çalışma. Cukurova Medical Journal*, c. 44, ss. 281-9, doi:10.17826/cumj.562393.
- Khademian, Z., Ara, F. K., & Gholamzadeh, S. (2020). *The effect of self care education based on orem 's nursing theory on quality of life and self-efficacy in patients with hypertension: a quasi-experimental study. International journal of community based nursing and midwifery*, 8(2), 140.

- Koç, Z., Keskin Kızıltepe, S., Çınarlı, T., & Şener, A. S. U. M. A. N. (2017). *Hemşirelik uygulamalarında, araştırmalarında, yönetiminde ve eğitiminde kuramların kullanımı. Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi (HEAD)*, 14(1), 62-72.
- Küçük, S., Türeyen, A., & Yıldırım, Y. (2023). *Hemşirelik Alanında Diyabet ile İlgili Yapılan Lisansüstü Tezlerde Kuram ve Model Kullanımının İncelenmesi: Sistematik Derleme. Türkiye Klinikleri Journal Of Nursing Sciences*, 15(1).
- Özdemir, A., Güner, İ., & Geyik, A. M. (2022). *Öz Bakım Eksikliği Hemşirelik Kuramına Göre Arteriovenöz Malformasyonu Olan Hastanın Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu. Van Tıp Dergisi*, 29(2).
- Sayar, S. E. (2021). *Orem'in Öz Bakım Eksikliği Kuramına Göre Tıp I Diyabeti Olan Adölesanın Hemşirelik Bakımı. Türk Diyabet Hemşireliği Dergisi*, 1(2), 10-14.
- Selçuk, E. D., & Demirdağ, B. C. (2019). *Dorothea Elizabeth Orem'in Öz-Bakım Teorisi'ne Göre Konjestif Kalp Yetersizliği Olan Hastanın Hemşirelik Bakım Planı. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 8(3), 333-342.
- Şahin, G., Buldak, C. İ., Kaya, V., Güvenç, G., & İyigün, E. (2020). *Investigation of Postgraduate Theses Conducted Using Model in Nursing in Turkey: A Systematic Review. Journal of Education and Research in Nursing. <https://doi.org/10.5222/head.2020.60320>*.
- Şahin, G., Başak, T., & Sezgünsay, E. (2021). *Sigmoid Kolon Kanseri Tanısı ile İleostomi Açılan Hastanın Roy Adaptasyon Modeli'ne Göre Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi*, 3(1), 45-52.
- Şen Atasayar, B., İşeri, Ö. (2020). *Yanığı Olan Bireyin Roy Uyum Modeline Göre Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu. Samsun Sağ Bil Der*, 5(1):73-89.
- Şengün, F., Üstün, B., & Bademli, K. (2013). *Türkiye'de Kuram/Modele Dayalı Hemşirelik Araştırmalarının İncelemesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 16(2), 132-139.
- Türen, S., Atakoğlu, R., KIVANÇ, M. M., & Asiye, G. (2019). *Hemşirelikte kuram ve modele dayalı lisansüstü tez çalışmalarının incelenmesi. İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi (11)*, 202-216.
- Ülker, Y., Arıkan Ş. (2021). *Orem'in Öz Bakım Eksikliği Kuramına Göre Tıp 2 Diyabet, Diyabetik Ayak, Hipertansiyon, Triküspit Yetmezlik ve Yaygın Anksiyete Bozukluğu Olan Hastanın Hemşirelik Bakımı. Turkish Journal of Diabetes Nursing. Temmuz – Aralık*, 1(2).
- Velioğlu, P. (2012). *Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar. Akademi Basın ve Yayıncılık. Yenilenmiş 2.Baskı, İstanbul*.
- Younas, A., & Quennell, S. (2019). *Usefulness of nursing theory-guided practice: an integrative review. Scandinavian journal of caring sciences*, 33(3), 540-555. <https://doi.org/10.1111/scs.12670>.
- Zuhur, Ş., & Özpancar, N. (2017). *Türkiye'de kronik hastalık yönetiminde hemşirelik modellerinin kullanımı: sistematik derleme. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 19(2), 57-74.
- Wayne, G. (2023). *Nursing Theories and Theorists: The Definitive Guide for Nurses. Erişim Adresi: <https://nurseslabs.com/nursing-theories/>. Erişim Tarihi: 17.11.2023.*

6. BÖLÜM

OTİZM SPEKTRUM BOZUKLUĞU VE HEMŞİRELİK BAKIMI

Öğr. Gör. Emine AYDIN BAYAT

Bingöl Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu

Sağlık Bakım Hizmetleri Bölümü

eabayat@bingol.edu.tr

[https://orcid.org/0000 0002 3364 6540](https://orcid.org/0000_0002_3364_6540)

GİRİŞ

Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB), sosyal etkileşimlerde sözel olmayan iletişimle ilgili tavırlarda, sosyal karşılıklarda, sosyal iletişimlerde ve sosyal etkileşimlerde eksiklikleri içeren, çok yönlü hususlara karşı yetersizlik ile ilişkileri geliştirmede, korumada ve anlamada kalıcı eksikliklerle kendini gösteren bir spektrum bozukluğu biçiminde ifade edilebilir (American Psychiatric Association, 2013). Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB), sosyal iletişimde güçlük çekme, tekrarlayıcı davranışlar sergileme ve kısıtlı becerilerle kendini gösteren nörogelişimsel bir farklılık olarak ifade edilebilir (Raj ve ark., 2020). OSB'nin bulguları çoğunlukla bireyde üç yaşından evvel ortaya çıkmakta olup, bütün hayat süresince sürmektedir (Chen ve ark., 2015). OSB sıklığı ile alakalı son değerlendirmeler her 88 çocuğun 1'inin OSB'li olması ve erkek çocuklarda kız çocuklarına kıyasla yaklaşık olarak 5 kat daha yüksek oranda görülmesidir (Ranjan ve Nasser, 2015). Anne ve babanın yaşının ileri olmasının OSB'nin sıklığını arttırdığı bildirilmiştir (Gardener ve ark., 2009). Bozukluğun patogenezi net olarak bilinmemesine rağmen, etiyojisinde genetik ve çevresel pek çok etmenin ilişkisi olduğu, lakin genetik etmenlerin daha da ön planda olduğu

düşünülmektedir (Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2019). Genetik ve redoks metabolizmasının, folat metabolizmasının, mitokondrial metabolizmasının bozulması gibi bazı metabolik hastalıklar OSB'nin gelişmesine yatkınlık oluşturabilmektedir (Frye ve James, 2014). OSB'nin gittikçe artan sıklığı yalnızca genetik etmenlerle izah edilememekte, çevresel etmenlerin de bozukluğun meydana gelmesinde etkisinin olduğu ifade edilmektedir. Dahası mitokondriyal bozuklukların, maternal yaşın, hamilelik periyodunda oluşan enfeksiyonların da OSB'nin meydana gelmesinde etkin rol oynadıkları düşünülen etmenler arasındadır. Fakat bozukluğun etiolojisinde yer alan genetik ya da çevresel mekanizmalar net şekilde açıklanamamıştır. OSB'nin gelişiminde rol aldığı düşünülen çevresel etmenler, tütün ürünleri, alkol ürünleri, pestisitler, endokrin bozukluklar, hava kirlilikleri, ağır olan metaller, gıda ögeleri şeklinde sıralanabilir (Fujiwara ve ark., 2016). Ayrıca çevresel faktörler arasında virüslerin, radyasyona maruz kalmanın ve ilaç kullanımının da olduğu belirtilmektedir (Özeren, 2013). İnsanların beyнинin toksik etkenlere duyarlı olması, prenatal evrede maruz kalma ileriki yaşlarda belirti veren OSB ile ilişkisinin olduğunu düşündürmektedir (Landrigan, 2010). Annenin gebelikte patojenler benzeri inflamatuvar mediatörlere maruziyeti de OSB ile ilişkilendirilmektedir (Parker-At-hill ve Tan, 2010). Anne ve babanın ileri yaşta olmasının da birbirlerinden ayrı otizmle ilişkisi olduğu düşünülmektedir (Durkin ve ark., 2008). Otizm spektrum bozukluğunun erkenden tanınabilmesi ve tedavisinin devreye girebilmesi için doğumdan sonra 12-18. Aylar aralığında kendini gösteren bulguların fark edilmesi, önemlidir. Otizmin semptomları, bireylerin %70'inde yavaş yavaş belirgin hale gelmekte, %30'undaysa 18-24. aylarda çocukların gelişimindeki gerilemeyle kendini göstermektedir (Brasher ve Elder, 2015).

Otizm spektrum bozukluğu tanısını koymada, Amerikan Psikiyatri Birliğinin Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayısal Elkitabı, Beşinci Basımının (DSM-5) ölçüt alınmaktadır (Lobar, 2016). Lakin otizmin tanısına ait biyolojik bir ölçü bulunmamaktadır. Bu gerekçeyle otizmin tanısında, ebeveynlerin gözlediği tavırlar, sosyal iletişimi ile etkileşimlerdeki güçlükler gibi esas bulgular ölçüt alınmaktadır. OSB'nun patolojisini çok fazla komplike yapan mevzu, otizmlili kişilerin kıyaslandığında tamamında tümüyle aynı bulguların gözlenmemesi, aralarında çeşitlilik olmasıdır (Tuohy ve ark., 2015).

OTİZM SPEKTRUM BOZUKLUĞUNDA HEMŞİRELİK BAKIMI

Erken çocukluk periyodunda görülen otizm spektrum bozukluğu kesin tedavi olmayan bozukluklardan biridir. Lakin erken devrede tespit edilmesi tedavideki başarı ihtimalini yükseltmektedir. OSB yaygınlıkla ebeveynler, bireyin gelişimini takip eden hemşire, tabip ya da başka sağlık görevlileri vasıtasıyla saptanmaktadır (Sayan ve Durat, 2007). Bu sebeple pediatri hemşireleri, büyüme-gelişme takibi, çocuk bakımı esnasındaki fiziksel kontrolle tanının erkenden konmasına faydalı olabilmektedirler (Ocakçı ve Karakoç, 2013). Hemşirenin erken tanılama maksadıyla, 0-6 yaştaki gruba dair olağan büyüme-gelişimi bilmesi ve olağan olmayan farklı durumları tespit edebilmelidir. Çocukta gelişimiyle ilgili olağan olmayan bir durum gözlemlendiğinde hemşire adım atmalıdır (Sayan ve Durat, 2007). Bu amaçla hemşirelik tanısının konması, tedbirli girişimlerde bulunulması, oryantasyonun başlatılması, aile bireylerine kılavuzluk edilmesi süreçte yerinde sayılan uygulamalardır. Hemşireler tarafından yenidoğan periyodundan başlanarak anne-bebek etkileşimlerinin yapılması, ehemmiyeti, bebeklerin düzgün sağlık gözetimlerinin yapılması gerekliliği erken tanı amacıyla üzerinde durulmalıdır (Ocakçı ve Karakoç, 2013; Sayan ve Durat, 2007). Hemşire, çocuk OSB tanısı aldıktan sonra ebeveynlerden çocuğa ait rutinlerini, hoşlandıkları, hoşlanmadıkları mevzusunda veri toplamalı, çocuğun becerileri, beslenme durumu, banyosu, tuvaleti gibi esas bakımla alakalı becerileri mevzusunda ölçümleme yapmalıdır. Ölçümler ilaveten çocuğun iletişimsel yeterliliklerini, etkileşimli düzenlerini, başka bireylere karşılıklarını kapsamalıdır. Hemşire aile bireylerini tedaviye dahil etmeli, uygulanan tedaviye ilişkin aileye açıklama yapmalı, ailenin yardım yöntemlerini öğrenmelidir (Potts ve Mandleco, 2007). Bu amaçla OSB tanılı çocukların ailelerinin tanıştırılması yaşadıkları problemlerle başa çıkma mevzusunda birbirlerinden ve terapistlerinden destek almaları bakımından mühim taşımaktadır. Ailelerin bir ortamda bulunmalarına olanak hazırlayan hemşire, onları takım içerisinde de izleyebilme fırsatı elde eder. Ailelerin tedavi masraflarına dair iktisadi problemler, sosyal destek yetersizlikleri sebebiyle maruz kaldıkları tükenmişlikler, normal gelişimli evlatlarıyla yaşadıkları zorluklar, OSB tanılı evlatların eğitim problemleri benzeri mevzularda doğru mercilere yönlendirilmesi mevzularında seferberlik yapması uygun olur (Kırcaali İftar,2015; Ocakçı ve Karakoç, 2013). OSB tanılı çocuklar ile alakalı ünite görevli hemşire bakımda uygulanan işitsel, tavrısal, eğitsel iyileştirme esas ve kurallarını uygulayacak veri birikimiyle donanmalıdır. Mesela, otizmi olan bireyler kendilerine kucaklanmaktan ve dokunulmaktan hazzetmezler

lakin müzik, ritimli sallanma tavırlarına alakaları epeyce çoktur (Pektaş, 2016). Annenin sallanma tavrıyla müzik eşliğinde çocuğun bedenini giysisiz alanlarına teması, onu okşaması hemşire aracılığıyla sağlanarak, ana-çocuk yakınlaşmasına yardımcı olunabilir (Ocakçı ve Karakoç, 2013). Gerekli eğitici yardımlar çocuklara sağlandığında bu sıkıntıdan büyük oranda kurtuldukları, hayatlarının kalan kısmını akranlarıyla, toplumla kaynaşarak devam ettirebildiği gözlemlenmiştir (Vuran ve ark., 2012). OSB’nda gecikmiş konuşma gelişimi ebeveynlerin çoğunlukla tespit ettiği birinci semptomdur. Eski devirlerde dil, konuşma şeklinde kısıtlanan rahatsızlık, şimdilerde yaygınlaştırılarak iletişimsel rahatsızlıklar biçiminde değerlendirilmiştir. OSB tanılı çocukların konuşmayı, sosyal iletişim maksadıyla kullanmada mühim eksiklikleri mevcuttur (Birkan, 2011). OSB tanılı bireylere etkileşime başlama, karşılıklı biçimde konuşmayı başlatabilme, devam ettirme yeteneklerini kazandırmak amacıyla “Replikli Öğretim”, “Replik Silikleştirme” metotları uygulanabilmektedir. Replikli öğretim ile OSB tanılı çocuklara işaretlerin verilmesiyle konuşturulması veya suallere karşılık verdirilmekten daha fazlası hedeflenmektedir. Gaye çocuklara sohbet etme biçiminde konuşmanın öğretilmesidir (Birkan, 2011; McClannahan ve Krantz, 2010). Dil-konuşma gelişimi yeterli olmayan bireyler içinse aileye tahammülle günlük bir, iki şarkıyı tekrarlayarak söylemelerinin faydalı olacağı izah edilmeli, aileler bu mevzuda bilgilendirilmelidir. Bir müddet vurdumduymaz kalsalar da sonraki basamakta çocukların ekolalik konuşmaya koyuldukları gözlemlenmektedir (Ocakçı ve Karakoç, 2013).

Otizm spektrum bozukluğu, Dünya genelinde ve Türkiye’de yükselen sıklık değerleri, farkındalık seviyesiyle dikkat toplayan özel durumdur. OSB tanılı bireylerin sıklığına dair yeterince bilgi tespit edilmemekle beraber, çocuklarda Türkiye’de zihinsel yetersizlik teşhisinden sonra ikinci sırada en yaygın karşılaşılan nörogelişimsel bozukluklardan olduğu ifade edilmektedir (Tohum Otizm Vakfı, 2017). Bundan dolayı OSB’li çocukların teşhis edilme basamağında eğitimlerine değin uzanabilen boyutta, topluma ilişkin, sağlık sunucuları bakımından farkındalıkla ailenin eğitilmesi, aileye yardım, bağlı kamu-özel kuruluşların organizasyonu, iş birliği içinde bulunulması ve devam ettirilebilmesi ehemmiyet arz etmektedir. OSB’ye ait klasik kliniksel teşhis basamağı mevcut olmadığından, çocuklarda tehlikenin erkenden belirlenmesinin erken taniya etkisi yaşamsal ehemmiyet arz etmektedir (Sayan ve Durat, 2007). Amerikan Pediatri Akademisi çocukların 18-24. ay aralıklarında erken OSB semptomları bakımından izlenmesinin yaşamsal ehemmiyetleri olduğunu ifade etmekte,

erken izleme taramalarını tavsiye etmektedir (Barbaro ve ark., 2011). Çocuk sağlığı ve hastalıkları dahilinde hemşirelerin bu konudaki esas rolü; çocuk ve buluşun toplulukta, duygusal, entelektüel, sosyal, fiziksel bakımlardan sıhhatli gelişimini desteklemek, riskli aile ve çocukları erken evrede tanıma, sıhhati bozan çevresel hususlara mani olma, sıhhatten ayrılmalara yol açan faktörleri erken periyotta tespit etmektir. Yaygın gelişimsel bozukluklardan olan otizmin erken evrede teşhisinde profesyonel sağlık düzeninde görev alan çocuk tabiblerinin, dil ve konuşma terapistlerinin, psikiyatri uzmanlarının, nörologların, psikologların, hemşirelerin epeyce mühim rolleri olduğu söylenebilir. Böylelikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde görevli pediatri hemşirelerinin çocukların büyüme-gelişme evrelerinin her basamağında (toplum, okul, hastane) yer almaları bu kilit rollerini kuvvetlendirmekte ve ehemmiyet kazandırmaktadır. Hemşireler, OSB'nun erken evrede tanılanması periyodunda çocukluk evresi büyüme-gelişme basamaklarına uyacak şekilde çocukların yeteneklerini ve yaşlarına orantılı olan gelişim düzeylerine göre izlenebilmelidirler. Böylelikle, hemşireler risk izleme analizi yapabilmeli, risk tanılanması yapabilmeli otizmi olan çocuğu erken evrede belirleyebilmelidirler. Birinci basamak sağlık sisteminde, okul sağlığı hizmetleriyle ilgilenen hemşireler, gelişim ile ilgili izlem gereçlerinden faydalanarak çocuğun erken teşhisinde faal rol üstlendiklerinin altı çizilmiştir (Barbaro ve ark., 2011; Wallis ve Smith, 2008; Elder ve ark., 2017). Birinci basamak sağlık hizmetlerinde görevli hemşirelerin aileyle iş birliği içinde olmaları gerektiğinin altı çizilmektedir (Bakır ve Geçkil, 2016). Bakır ve Geçkil'in (Gürbüz ve ark., 2016) hemşire ve ebelerin OSB'nin erken teşhisine özgü enformasyon seviyelerinin belirlendiği araştırmada, sağlık profesyonellerinin lisans eğitiminden başlayarak OSB'le alakalı eğitime tabi tutulmaları gerektiği, iş hayatı içinde de OSB farkındalığının yükseltilmesi gerektiği ifade edilmektedir. Literatürde hem hemşirelerin hem hekimlerin, bütün sağlık profesyonellerinin OSB etkin seviyede izleme mevzularında yeterli olmadıkları ifade edilmektedir (Gürbüz ve ark., 2016; Erden ve ark., 2010). OSB'nin esas klinik niteliği çocuğun gelişimsel evresine göre farklılık sergilemesidir. Sosyal, iletişimsel etkileşimlerdeki sıkıntılar bebeklik periyodundan başlanarak anlaşılabilirken, konuşma gelişimi mevzusundaki gecikmeler yirminci aylardan başlayarak kaygı uyandırmaya başlamaktadır (Demirkaya ve ark., 2019). Dahası sosyal, duygusal reaksiyonlara karşılık mevzusunda da sıkıntı çekebilirler. Gülümsemeye karşılık verme ya da kolay sosyal oyunlara katılım mevzusunda gönülsüzdürler. Bunun esas sebeplerinden biri karşıdan gelen duygusal işaretleri kavrama mevzu-

sundaki eksikliklerdir. İletişimsel bozulmalar sözlü ve sözsüz iletişimlerde kendini açığa çıkarabilir. OSB’li kişilerde esas klinik nitelikler araştırıldığında, takıntılı biçimde, yılmadan, gayesiz, yinelenen el, parmak sallama gibi motor vücut hareketleri ya da aynı sözcüğü yineleme benzeri eylemler çarpıcıdır (Demirkaya ve ark., 2019). Eşyaların kısımlarına aşırı bir alaka hissedebilirler ya da kısıtlı bir mevzuyla yoğun alakadar olabilirler. Bunun neticesinde günlük yaşamlarındaki küçük bir değişiklik dahi onları yoğun etkileyip reaksiyon göstermelerine yol açabilir. Törenselleşmiş davranışları, belli basmakalıpları OSB’li kişilerin mevcut durumun zıttı bir durumla karşı karşıya kalmaları sonucunda yoğun bir direnme, anksiyete, değişik tavır kalıpları sergilemesi esas klinik nitelikler içinde sıralanmaktadır (Demirkaya ve ark., 2019). Bakım yükünün düşürülmesinde, ebeveynlere bu süreçte sunulan sosyal yardımın ehemmiyeti belirtilmelidir (Esentürk ve ark., 2021). Erken evrede beliren ömür boyu devam eden bilişsel gecikme ve yetersizlikle karakterize olduğunu belirtmektedir (Güller ve ark., 2020). Gelişimsel bozukluklar yaşamın erken senelerinde beliren, sosyal etkileşimde, iletişimde, dil-konuşma yetenekleri gibi gelişimsel konularda mühim gecikmeler veya sapmalara yol açan farklılık durumlarıdır. (Kaysılı ve ark., 2013)

Otizm kökenli iletişimsel sıkıntılar, sosyal kısıtlılıklar, aniden gelişen duygu durum değişiklikleri ve denetimi yapılamayan öfke nöbetleri sebebiyle bakım sunanlar zorluk çekmektedir (Akdem ve Akel 2014). Hastanede yatmayı gerekli kılan sebepler otizmlili bireylerde anksiyeteye, öfkeye sebebiyet verebilir. Otizmlili çocukların basmakalıplarına bağlılıkları yabancılaşma hastane koşullarında bakım almalarında ciddi engel teşkil ederken, bakım sunanlar içinse güçleştirici tavırlar meydana getirmektedir (Gettis ve ark., 2018). Otizmlili çocuklarla kliniksel kontrolden evvel olumlu bir bağ kurmak için fazla dikkat, sabır, gayret gerekli etmenlerdendir. Bu sayede tek bir seferde telaşsız anestezi uygulanabilir (Prakash ve ark., 2016). Agresif tutumları kendini, ailesini ve sağlık sunucularını yaralamaya yol açabilir (Johnson ve Rodriguez 2013). Otizm tanılı çocuklarda kısıtlı sözel iletişim yeterliliğinin olması sebebiyle cerrahi hemşireleri servise giriş yaptığı andan başlanarak bakım hizmeti sunanları çocuğun sözsüz iletişim yeterliliklerini yorumlayıp bakımın niteliğini arttırmakla görevlidir (Gettis ve ark., 2018). Ameliyathanede görevli cerrahi ekip üyelerinin hastanın otizm öyküsüne ya da otizme ait veri yetersizliği, ameliyathanede panik ataklara ya da anksiyeteye yol açabileceği gibi ameliyattan önce eksik hazırlık yapılması ameliyatın ileri bir tarihe ertelenmesine yol açabilir. Otizmlili çocukların tesirli bakımı, tedavisi için rehberlere sahip olmak, aileleri bakıma

katmak, perioperatif analjezi üstünde durarak evvelden tasarlama yapmak, kimi zaman da fiziksel sınırlamanın etik kullanımını katmak gerekli olabilir. Yararlı premedikasyon sıkıntısız induksiyon için olumlu bir sağlayıcı olabilmektedir. Buna ilaveten aile bilgi yetersizliği sebebiyle buna direnç gösterebilir. Bu sebeple ailenin bilinçlendirilmesi, sürece katılması önemlidir. Otizmlili çocuğun induksiyon evvelinde anksiyetesinin geçirilmesi, konforunun sağlanması maksadıyla ana bakım sağlayıcısı ameliyathaneye alınabilmektedir. Giyimde alıştığı giysileri veya hoşlandığı bir oyuncağını yanında buldurmasına müsaade edilebilir (Prakash ve ark., 2016). Otizmlili çocuk hastaların bakım çalışmaları çok disiplinli ekip tarafından günümüz verileri doğrultusunda uygulanmalıdır. Otizm kökenli, psikolojik ve tavrısal, sosyal sıkıntılarının yanı sıra hasta olan çocuklar ve aileleri için cerrahi takım üyeleri ortak bir lisan geliştirip tedavi ve bakım uygulamalıdır (Al-Sharif ve Duong, 2016). Bu mevzuda cerrahi takımın en kalabalık üyesi olan cerrahi hemşirelerinin veri yetersizliklerinin tespit edilip ortadan kaldırılması tavsiye edilmektedir. Çok disiplinli yaklaşım becerisi isteyen OSB'nin tanılama ve tedavi sürecinde hemşirenin rolü epeyce önemlidir. Ailenin bilgilendirilmesi ve sürece katması, otizmlinin gelişiminin desteklenmesi namına yapılması uygun olanlar hemşirelerin sorumluluğunda yer alır. Otizm tanısı alınmasından sonra hemşireler aile ile görüşerek çocuğun rutinleri, yetenekleri, iletişim becerileri, interaktif uyumları, beslenme, tuvalet, banyo gibi özbakım becerileri hakkında değerlendirmelerde görev almalıdır. Hemşire tedavinin sürecine bireyin ailesini de dahil edip tedaviye dair bilgilendirmeleri yapıp, ailenin yardım sistemlerini öğrenmelidir (Magalhães ve ark., 2020; Potts ve Mandleco 2007; Oliver, 2003). Otizmi olan çocuklarda hemşirelik bakımının devam ettirilmesinde, Orem Öz-Bakım Teorisi'nin fazla mühim olduğu tahmin edilmektedir (Ahmed ve ark., 2019; Magalhães ve ark., 2020). “Öz-Bakım Modeli”, “Öz-Bakım Yetersizlik Modeli” ve “Hemşirelik Sistemi Modeli” şeklinde teori 3 esas gruptan meydana gelmektedir (Menekli, 2017; Taylor ve Orem, 2006). Öz bakım, sıhhati koruma, bozukluğu önleme, şikayetleri tedavi etme, düzelme ve rehabilitasyonunu temin etme, uzun mühletli rahatsızlık ile sakatlığın tesirini yönetmekte yapılabilen her şeyi içermektedir (Macduff ve Sinclair, 2008). “Orem Öz-Bakım Teorisi”, uygulamanın otizmlili çocuklarda faydalı netice alma kuvvetini artırmasını doğrulamaktadır. “Orem Öz-Bakım Teorisi” kullanılarak oluşturulan hemşirelik bakımı otizmlili kişilerde anksiyete, depresyon, öfke kontrolü ve sosyal beceri gelişimini kontrol etmeye yardım etmektedir. Dahası gastrointestinal sıkıntılar, nutrisyonel dengesizlikleri, hatalı uyku alışkanlı-

ğıyla alakalı problemlerin üstesinden gelme ve otizmliler için günlük hayat etkinliklerinde bağımsızlığı fazlalaştırma mevzusunda epeyce önemlidir (Ahmed ve ark., 2019; Gorsky, 2014; Menekli, 2017). Rodrigues ve ark. (2017) OSB olan bir çocuk için fonksiyonelliği arttırmaya dair hazırlanan sosyal hikayeleri “Öz-Bakım Teorisi” ile pekiştirilmiş öğrenme vasıtası olarak uygulamıştır. Araştırma neticelerinde çocuğun banyo yapmasından, dişlerini fırçalamasından ve defekasyonundan sonra kişisel temizleme kabiliyetinde artmayla kısmen telafi edici yöntemden destekleyici-eğitici yöntemine geçtiği tespit edilmiştir (Rodrigues ve ark., 2017). Literatür araştırıldığında OSB olan bireylerde “Öz-Bakım Teorisi”nin kullanıldığı çeşitli çalışmaların bulunduğu rastlanmaktadır (Ahmed ve ark., 2019). OSB olan birey ile ebeveynleri sosyal, fiziki, psikolojik açıdan birçok negatif tecrübeyle yüzleşirler. İletişimle etkileşim sorunları sebebiyle akademik, sosyal faaliyetlere katılma becerilerinde yetmezlik yaşayan OSB’li bireyler yaygınlıkla eleştirilmekte ve zorbalıkla karşılaşmakta olup, buna izolasyon, kendine zarar verme, saldırganlık ya da düşmanlık biçiminde yanıt verebilmektedir (Bonis, 2012; Schroeder ve ark., 2014). OSB’li çocukların yoğun davranış sıkıntıları sergilemesiyle ebeveynlerin bu sürece adaptasyonu epeyce güçleşmektedir. OSB’li çocuk sahibi olan ailelerle yapılan çalışma neticesinde ailelerin hayatları boyunca en fazla çocuğun sosyal iletişim, öz-bakım yeteneklerindeki yetmezlikler, tavır ve uyku sorunları, bütün hayatlarını OSB yönünde düzenlemek mecburiyetinde kalma, toplumun OSB’ye negatif davranışlarla baş etmek için uğraşmak gibi hususlarda zorluk yaşadıkları görülmektedir (Dillenburg ve ark., 2010; Desai ve ark., 2012; McCabe, 2008). OSB’li çocukla ebeveynlerinin süreci kontrol etmesinde hemşirelerin görevi çok önemlidir. Hemşireler, ebeveynlerden çocuğun rutinlerini, becerilerini ve öz-bakım becerileri hususunda veri alarak tedavisine aileyi de katmalılar (Magalhães ve ark., 2020). Bu basamakta hemşireler aracılığıyla standardizelenmiş kuramların ve modellerin kullanımı bakımın delile dayalı, profesyonel biçimde sürdürülmesini kolaylaştırmaktadır. Hemşirelikte genellikle tercih edilen modellerden biri olan Orem Öz-Bakım Teorisi OSB’li çocuklarla ailelerinin bakımında hemşirelere yol göstermektedir. Model doğrultusunda sunulan hemşirelik bakımının OSB’nin çocuk, aile üstündeki tesirlerini pozitif olarak etkilediğini gösteren araştırmalar mevcuttur (Ahmed ve ark., 2019; Rodrigues ve ark., 2017; Oliver, 2003).

SONUÇ

Yaygınlığı her geçen gün artmakta olan otizm spektrum bozukluğunun erken tanınmasıyla önemli neticeler elde edilmektedir. OSB'nin erken tanınması, erken dönemde gerekli olan uygun eğitime başlanması, hastalık sürecinin ve sonraki dönemlerde karşılaşılabilen sıkıntıların minimuma çekilmesi bakımından büyük önem taşımaktadır. Toplumda OSB'nin erken tanınması sürecinde hemşireler mühim görevler üstlenmektedir. Doğumdan sonraki periyottan başlanarak çocuk sıhhatinin gözlenmesi ve izlenmesi rollerini üstlenen hemşireler, sağlıklı takip rollerini sergilerken bir taraftan çocukları gelişimsel sorunlar açısından gözlemler, diğer taraftan da ebeveynlere gelişimsel sorunlar konusunda açıklamalarda bulunur. Erken teşhisle hemşireler tedaviye erken başlanmasına ve şikayetlerin düzelmesine katkı sunacak mühim rollerde bulunabilirler. OSB'nin tespiti çocuğun büyüme-gelişme sürecini izleyen hemşireler, tabipler, aileler ya da öbür sağlık çalışanları vasıtasıyla belirlenmektedir. Çocuk izleminden mesul sağlık çalışanının OSB'nin belirlenmesi maksadıyla çıkarılan gelişimsel takip vasıtalarını sarf etmesi olguların gözden kaçmasını engellemek bakımından ciddi ölçüde fayda sağlayacaktır. Geçerliliği ispatlanmış gelişimsel takip aygıtlarının risk altındaki bireylerin taranması maksadıyla da kullanımı tavsiye edilebilir. Erken evre tanınmasında temel sağlık hizmetleri perspektifinde halk sağlığı hemşireleri OSB'nin prevalansını, insidansını dikkate alarak görevlerini şekillendirmelidir. Bunun yanında OSB için risk belirleme analizi görevleri ile tesir eden etmenler yönünde yaygın gelişimsel bozukluk erken evrede tespit edilebilir. Erken teşhis etme maksadıyla, hemşirelerin çocuklara ait büyüme-gelişme ve hemşirelik süreci becerisine, bireye özgü doğru hemşirelik teşhisi koyma veri ve becerisiyle donatılmış olmalıdır. Erken tanı koyma esnasında OSB'yi doğrulayan belirtiler tespit edildiğinde ailesinin doğru ünitelere yönlendirilmesi, teşhisin onaylanması ve erken evrede tedaviye başlanması çocuğun sıkıntılarının aza indirgenmesi, gelişiminin desteklenmesi bakımından mühimdir. Tanılama, iyileştirme sürecinde ailenin bilinçlendirilmesi, sürece katılması ve çocuğun gelişimine yardımcı olmak maksadı ile yapması gerekenlerin neler olduğu hususunda yönlendirilmesi konusunda hemşire mesuliyet almalıdır. OSB teşhisinden başlanarak, rehabilitasyon sürecine değin çok disiplinli bakış açısı gerektirmektedir. Sonuçta, hemşire çok disiplinli bir takıma ön ayak olarak her basamakta OSB'li bireyin ve ailesinin yanında olmalıdır. Hemşirelerin OSB'nin erken tanı periyodundaki bu kilit rolü uygulayabilmeleri için otizm spektrum bozukluğu ve erken teşhisine dair bilgilerinin tam olması önem arz etmektedir.

KAYNAKLAR

Ahmed, H. M., Mohammed, R. E., Ibrahim, S. R. (2019). Effect of Orem Self-Care Model on school-age children and teenagers with autism and their parents. Benha University. <https://bu.edu.eg/staff/samahalrefaai13-publications/40019>

Akdem, F., Akel, S.B., (2014). Otizimli Bireylerin Bakım Verenlerinin Yaşam Kalitesi ve Zaman Yönetimini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, O., Akdem, F., Semin AKEL, B., Hacettepe Üniversitesi, D., Bilimleri Fakültesi, S., & Bölümü, E. (n.d.). Investigation of Factors Affecting Quality of Life and Time Management of Caregivers with Autistic Individuals.

Al-Sharif, S. M., & Duong, J. (2016). Improving Quality Care for Children with Autism Spectrum Disorders in Doctor's Office or Outpatient Clinics. *Journal of Pregnancy and Child Health*, 03(02), 2- 3. <https://doi.org/10.4172/2376-127x.1000253>

American Psychiatric Association (APA). (2013) Cautionary statement for forensic use of DSM-5. In *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*, Available From: <http://dx.doi.org/10.1176/appi.Books.9780890425596>, (Accessed 2017 April 08).

Bakır E, Geçkil E. (2016). Investigation of the knowledge levels of nurses and midwives about autism and its early diagnosis. *Asian Pac. J. Health Sci*, 3 (4), 67-72. doi: 10.21276/apjhs.2016.3.4S.10

Barbaro J, Ridgway L, Dissanayake C. (2011) Developmental surveillance of infants and toddlers by maternal and child health nurses in an Australian communitybased setting: promoting the early identification of autism spectrum disorders. *J Pediatr Nurs*, 26 (4), 334-47. doi: 10.1016/j.pedn.2010.04.007.

Birkan B. (2011) Otizimli çocuklara konuşma becerilerinin öğretimi: Replikli öğretim. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Özel Eğitim Dergisi*, 12(1):57-69. Available from: <http://dergiler.ankara.edu.tr/dergiler/39/1662/17743.pdf>

Bonis, S. A. (2012). Contentment in "Songs of the Gorilla nation: my journey through autism": a humanbecoming hermeneutic study. *Advances in Nursing Science*, 35(3), 273–283.

Brasher SN, Elder JH. (2015). Development of an internet survey to determine barriers to early diagnosis and intervention in autism spectrum disorders. *Journal Of Neurology And Neuroscience*, 6 (5). doi:10.21767/2171- 6625.S10007.

Chen, M.H., Wei, H.T., Chen, L.C., Su, T.P., Bai, Y.M., Hsu, J.W., Huang, L.E., Chang, W.H., Chen, T.J., Chen, Y.S. (2015). Autistic spectrum disorder, attention deficit hyperactivity disorder, and psychiatric comorbidities: A nationwide study. *Res Autism*

Spectr Disord, 10: 1-6.

Demirkaya, S. K. (2019) Otizm Neden ArtıŖta? Klinik Psikiyatri Dergisi, 22(2), 123-124.

Desai, M. U., Divan, G., Wertz F. J., Patel, V. (2012) The discovery of autism: Indian parents' experiences of caring for their child with an autism spectrum disorder. *Transcultural Psychiatry*, 49, 613-637.

Dillenburger, K., Keenan, M., Doherty, A., Byrne, T., Gallaghen, S. (2010) Living with children diagnosed with autistic spectrum disorder: Parental and professional views. *British Journal of Special Education*, 37, 14-23.

Durkin, M.S., Maenner, M.J., Newschaffer, C.J., Lee, L.C., Cunniff, C.M., Daniels, J.L., Kirby, R.S., Leavitt, L., Miller, L., Zahorodny, W., Schieve, L.A. (2008) Advanced parental age and the risk of autism spectrum disorder. *Am J Epidemiol*, 168(11): 1268-1276.

Elder JH, Kreider CM, Brasher SN, Ansell M. (2017). Clinical impact of early diagnosis of autism on the prognosis and parent–child relationships. *Psychol Res Behav Manag*, 10, 283-292. doi: 10.2147/PRBM.S117499

Erden G, Akçakın M, Doğan DG, Öztürk Ertem İ. (2010). Çocuk hekimleri ve otizm: Tanıda zorluklar. *Turkiye Klinikleri J Pediatr*, 19 (1), 9-15.

Esentürk, O, K., Yarımkaaya, E. (2021). Otizm Spektrum Bozukluğu Olan Çocuğa Sahip Annelerin Uyguladığı Uyarlanmış Fiziksel Aktivitelerin Annelerin Yaşam Kalitesine Etkisi. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakóltesi Özel Eğitim Dergisi*, 22(2), 343-367

Frye RE, James SL. (2014) Metabolic pathology of autism in relation to redox metabolism. *Biomark Med* 2014; 8: 321-330.

Fujiwara, T., Morisaki, N, Honda, Y., Sampei, M., Tani, Y. (2016) Chemicals, nutrition, and autism spectrum disorder: a mini- review. *Front Neurosci*, 10: 174-181.

Gardener H, Spiegelman D, Buka SL. (2009) Prenatal risk factors for autism: a comprehensive meta-analysis. *Br J Psychiatry*, 195: 7-14.

Gettis, M. A., Wittling, K., Palumbo-Dufur, J., McClain, A., & Riley, L. (n.d.). 2018, Identifying Best Practice for Healthcare Providers Caring for Autistic Children Perioperatively. [https://doi.org/10.1111/\(ISSN\)1741-6787](https://doi.org/10.1111/(ISSN)1741-6787)

Gorsky, S. M. (2014) Self-Care Strategies Among Parents With a Child Diagnosed With Autism Spectrum Disorder. *Electronic Theses, Projects, and Dissertations*.

Gürbüz AB, Aksu H, Özgür BG. (2016) Early diagnosed autism spectrum disorder: the role of the family physician. *Medical Journal of İzmir Hospital*, 20 (3), 105-108.

Johnson, N. L., & Rodriguez, D., 2013. Children with autism spectrum disorder at

a pediatric hospital: a systematic review of the literature. *Pediatric Nursing*, 39(3), 131-141. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23926752>

Kaysılı, B. (2013) Zihin Kuramı: Otizm Spektrum Bozukluğu Olan ve Normal Gelişen Çocukların Performanslarının Karşılaştırılması. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Özel Eğitim Dersi*,14(1),83-103

Kırcaali İftar G. (2015) Otizm Spektrum Bozukluğu. Güncellenmiş 2. baskı. Daktylos Yayınevi.

Landrigan, P.J. (2010) What causes autism? Exploring the environmental contribution. *Curr Opin Pediatr*, 22(2): 219-225.

Lobar, S. L. (2016) DSM-V Changes for Autism Spectrum Disorder (ASD): implications for diagnosis, management, and care coordination for children with ASDs. *Journal of Pediatric Health Care*, 30(4), 359-365. doi: 10.1016/j.pedhc.2015.09.005

Macduff, C., Sinclair, J. (2008) Evidence on self-care support within community nursing: This is a summary: the full paper can be accessed at nursingtimes.net. *Nursing times*, 104(14), 32-33.

Magalhães, J. M., Lima, F. S. V., Silva, F. R. D. O., Rodrigues, A. B. M., Gomes, A. V. (2020) Asistencia de enfermería al niño autista: revisión integrativa. *Enfermería Global*, 19(58), 531-559.

McCabe, H. (2008). Autism and family in the people's republic of China: Learning from Parents' Perspectives. *Research and Practice for Persons with Severe Disabilities*, 31, 37-47

McClannahan LE, Krantz PJ. (2010) Activity Schedules for Children with Autism: Teaching Independent Behavior (Otizimli Çocukların Eğitiminde Etkinlik Çizelgelerinin Kullanımı). Birkan B, translator. İstanbul: Sistem Yayıncılık.

Menekli, T. (2017) Dorothea E. Orem: ÖzBakım Yetersizliği Teorisi. A. Karadağ, N. Çalışkan, Z. G. Baykara (Ed), *Hemşirelik Teorileri ve Modelleri içinde* (1. Baskı), İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık.

Ocakçı AF, Karakoç A. (2013) Çocuklarda uyum ve davranış sorunları ve hemşirelik yaklaşımı. In: Conk Z, Başbakkal Z, Bal Yılmaz H, Bolışık B, editors. *Pediatric Hemşireliği*. Ankara: Akademisyen Kitabevi, p. 823-50.

Oliver, C. J. (2003). Triage of the Autistic Spectrum Child Utilizing the Congruence of Case Management Concepts and Orem's Nursing Theories. *Professional Case Management*, 8(2), 66-82

Özeren, S.G . (2013) Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB) ve Hastalığa Kanıt Penceresinden Bakış. *ACU Sağlık Bil Derg*, 4(2): 57-63.

Parker-Athill, E.C., Tan, J. (2010) Maternal immune activation and autism spectrum

disorder: interleukin-6 signaling as a key mechanistic pathway, *Neurosignals*, 18(2): 113-128.

Pektaş S. (2016) Otizm spektrum bozukluğu tanısı almış çocuklarda müzik eğitiminin önemi. *Sanat Eğitimi Dergisi*, 4(1):95-110. doi: 10.7816/sed-04-01-06.

Potts NL, Mandlco BL. (2007) *Pediatric nursing: Caring for children and their families*. 2nd Delmar T, editor. Nelson Education Ltd.

Prakash, S., Pai, V., Dhar, M., & Kumar, A., 2016. Premedication in an autistic, combative child: Challenges and nuances. *Saudi Journal of Anaesthesia*, 10(3), 339. <https://doi.org/10.4103/1658-354x.174917>

Raj KS, Williams N, DeBattista C. Psychiatric disorders. In: Papadakis MA, McPhee SJ, Rabow MW (eds). (2020) (59th ed). *CURRENT Medical Diagnosis & Treatment*. New York, NY: Mcgraw-Hill, 1071-1126.

Ranjan, S., Nasser, J.A. (2015) Nutritional status of individuals with autism spectrum disorders: Do we know enough? *Adv Nutr*, 2015; 6: 397-407.

Rodrigues, P. M. D. S., Albuquerque, M. C. D. S. D., Brêda, M. Z., Bittencourt, I. G. D. S., Melo, G. B. D., Leite, A. D. A. (2017). Self-care of a child with autism spectrum by means of Social Storiesa. *Escola Anna Nery*, 21.

Sağlık Bakanlığı. (2019) Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB) Olan Bireylere Yönelik Sağlıklı Beslenme Önerileri Rehberi. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Yayın No 1128, Ankara.

Sayan A, Durat G. (2007) Risk tanılaması yoluyla otizmin erken teşhisi: Hemşirenin rolü. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10 (4), 105-113.

Schroeder, J. H., Cappadocia, M. C., Bebko, J. M., Pepler, D. J., Weiss, J. A. (2014). Shedding light on a pervasive problem: A review of research on bullying experiences among children with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44, 1520–1534.

Taylor, S. G., Orem, D. E. (2006) *Self-care deficit theory of nursing*. Tomey, A. M., Alligood, M. R. (Ed), *Nursing Theorists and Their Work* In. Missouri: Mosby Elsevier.

Tohum Otizm Vakfı. Türkiye’de Otizm Spektrum Bozukluğu ve Özel Eğitim (2017) Available from: http://www.tohumotizm.org.tr/sites/default/files/rapor_tohum_kitap_baski.pdf

Tuohy, K., Venuti, P., Cuva, S., Furlanello, S., Gasperotti, M., Mancini, A. ... Fava, F. (2015) Chapter 15- Diet and the Gut Microbiota – How the Gut: Brain Axis Impacts on Autism. *Effects on Human Health and Disease*, 225-245. doi:<https://doi.org/10.1016/B978-0-12-407825-3.00015-0>

Vuran S, Turhan, C. (2012) Sosyal öyküler. In: Vuran S, editor. *Sosyal Yeterliklerin*

Geliştirilmesi. Ankara: Vize Yayıncılık. p.167-82.

Wallis KE, Smith SM. (2008). Developmental screening in pediatric primary care: The role of nurses. JSPN, 13 (2), 130-4. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6155.2008.00145.x>

7. BÖLÜM

YAŞLILIKTA GÖRÜLEN FİZYOLOJİK DEĞİŞİKLİKLER VE HEMŞİRELİK BAKIMI

Öğr. Gör. Emine AYDIN BAYAT

Bingöl Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu

Sağlık Bakım Hizmetleri Bölümü

eabayat@bingöl.edu.tr

[https://orcid.org/0000 0002 3364 6540](https://orcid.org/0000_0002_3364_6540)

GİRİŞ

1. YAŞLILIK VE YAŞLANMA KAVRAMLARI

Yaşlılık, ilk etapta fizyolojik işlevlerin ve anatomik yapılarda olmak üzere, toplumsal yargılarda, entelektüel yetilerde değişimlere sebep olan, tabii, kaçınılmaz bir evredir (Yıldız, 2012). Yaşlılık, kompleks boyutları olan doğal bir olay olup, göreceli bir görüştür. Yaşlılığın başlangıcını cinsiyet, yaş, eğitim seviyesi, iktisadi koşullar, psikolojik, fizyolojik yaş ile ilgili farklılıklar etkileyebilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), yaşlılık limitini 65 yaş şeklinde belirlemiştir. Yaşlılığı engelliliklerde ve başka bireylere bağımlılıkta artma olarak ifade etmiştir (World Health Organization, 2007). Yaşlılığın demografik bakımdan birçok derecelendirmesi bulunmaktadır. Genç (erken) yaşlılık, 65-74 yaşları arasını kapsayan, çoğunlukla emeklilikten sonrası olarak anılan evre, işlevsel yitimlerin olduğu, çoğunlukla bireyin kendi kendine yaşamını sürdürebildiği, 75-84 yaşları arasını kapsayan evre orta yaşlılık, 85 yaş ve üzerini içeren, ailelerin veya özel bakım veren kurumların desteğine gereksinim duyulan evre ileri yaşlılık evresi şeklinde ifade edilmektedir (Aslan ve Hocaoglu, 2017). Yaş-

lanma, canlıların hücreleri, dokuları, sistemlerinde git gide oluşan, fonksiyonel, yapısal değişimlerin tümünü içeren geri dönüşümsüz süreç biçiminde ifade edilebilir. Doğumdan itibaren yaşlanma süreci başlamaktadır, canlılar yaşamın sonuna kadar birçok ölçüde değişimler maruz kalarak yaşlanmaktadır. Yaşlanma sabit olmayıp, bireyler arasında değişiklikler sergiler. Yaşlanmanın süreci birçok etkenle ilişkili çeşitli başlıklar altında ifade edilmektedir. Bireyin doğmasından başlanarak geçen yaşlar kronolojik yaşlanmayı, fizyolojik, morfolojik değişikliklerin yaşanması biyolojik yaşlanmayı, hastalıklarla ilişkili meydana gelen, tabii biyolojik yaşlanma süreci patolojik yaşlanmayı, fertlerin tavır, uyum, mental fonksiyonlarında beliren değişimler psikolojik yaşlanmayı, fertlerin toplumsal bağlarının, görevlerinin, sorumluluklarının değişmesi sosyal yaşlanmayı, emeklilik nedeniyle azalan maaş düzeyinin bireyin hayat koşullarında meydana getirdiği değişimler ekonomik yaşlanmayı ifade etmektedir (Erdil ve ark., 2004).

Birleşmiş Milletlerin (BM) “Yaşlanan Dünya Nüfusu: 1950-2050” raporunda, doğurganlık hızlarında düşüş yaşandığı ve bununla birlikte ülkelerin yaşam beklentilerinde artış olduğu ve 65 yaş ve üzeri kişilerin sayısının diğer yaş gruplarından daha fazla arttığı bildirilmiştir (World Health Organization, 2013). Türkiye yaşlanmanın hızlı olduğu ülkelerden biridir (Türkiye İstatistik Kurumu, 2017). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre 2019 yaşlı nüfus yaygınlığı %9,1 olarak belirtilmiştir (Türkiye İstatistik Kurumu, 2018). TÜİK 2013-2075 yaşlı nüfus projeksiyonuna göre Türkiye’de yaşlı nüfusunun 2023’te %10,2’ye, 2050’de yaygınlığın %20,8’e yükseleceği tahmin edilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2015).

2. YAŞLILIKTA GÖRÜLEN FİZYOLOJİK DEĞİŞİKLİKLER VE HEMŞİRELİK BAKIMI

Yaşlanma ile birçok psikolojik, fizyolojik, sosyolojik değişimler şiddetli biçimde hissedilmektedir. Değişimlerin bazıları görülebilir değişimlerken, bazıları da gözle görülmeyen değişimlerdir. Bu değişimler 85 yaş ve üstü yaşlarda daha fazla görülebilir hal almaktadır. Farklılıkların ferde has olduğu, bu farklılıkların kişisel değerlendirilmeye alınması gerektiği hatırlanmalıdır (Kurt ve ark., 2010; Pehlivan ve Karadakovan, 2013).

Amerikan Hemşireler Birliği tarafından 1973 senesinde meydana getirilen, 2001 senesinde yenilediği gerontoloji hemşireliği modellerine göre geriatri ve gerontoloji hemşiresi bakım sürecinin basamaklarını hasta bakımında da uygu-

lamalıdır. Hemşire yaşlı hasta kişinin bakımını tasarlarken kişinin psikolojik, fizyolojik, sosyo-ekonomik izlenimini yaparak genel ve şahsi bakım ihtiyaçlarını tespit etmelidir. Yaşlılığın olağan fizyolojik değişimlerinin olduğunu hatırlamaladır. Bu gayeyle yaşlı kişiyi izleme tutumları; sıhhat hikayesi, medikal tedavi hikayesi, fizyolojik sistemlere bağlı işlevsel hususları ve yitimleri, günlük yaşam aktivitelerini yapabilme seviyesi/yeterliliği, fiziksel yeti, hareket yetisi, bilişsel, mental tutum, sosyal tutum, psikolojik tutumları konularını kapsamalıdır (Enç, 2004; Akdemir ve Birol, 2005).

2. 1. Kardiyovasküler Sistem ve Bakım

Yaşlı kişilerde mortaliteyle morbiditeye en fazla sebebiyet veren kardiyovasküler rahatsızlıklardır. Araştırmalarda hipertansiyon sıklığının %50-60 civarında olduğu tespit edilmiştir. Yürek yapısı ve işlevlerindeki yaşa ait genetik temelli değişimler ve fiziki durağanlık kalp yetmezliğine sebebiyet veren risk etkenlerindedir. Yürek yaşlı kişide sertleşmiş niteliktedir, kardiyak miyositlerin büyümesinden sol ventrikülde hipertrofi, atriyal ve mitral kapaklarda skleroz gözlenir ve kardiyak out putta düşme olur. Bu durum yaşlı bireyin egzersiz esnasında kardiyovasküler işlevlerini etkilemekte olup, postür al hipotansiyonun gelişmesine zemin hazırlayabilir. Ateroskleroz sebebiyle damar duvarlarının kalınlığı daha fazla, elastikliği daha azdır. Aterosklerozun neticesinde yaşlı kişilerde koroner arter hastalığı, hipertansiyon, felç gelişme sıklığı artmaktadır. Kroner arter hastalığı nedeni ölümün dörtte üçü 65 yaş üstündeki hasta kişilerde meydana gelmektedir (Arpacı, 2005; Smith ve Cotter, 2008). Yürek rezervindeki düşmeye bağlı yorgunluk, nefes darlığı, etkinlik toleransında düşüş, taşikardi belirebilmektedir. Damar duvarının kalınlaşması, esnekliğinin azalması ateroskleroza sebebiyet vermektedir. Bunun sonucunda inmenin, hipertansiyonun, koroner arter hastalığının riskinde artma olmaktadır (Çakan, 2016). Yaşlı kişilerin kalp yetilerinde düşme olduğundan, olağan atımlar için yürek genç kişilere kıyasla daha çok işlev görür. Bu durumda problem, stres nedeni mevzularda hızlı işlev gören yüreğin olağan atım değerine rahatlıkla düşmemesidir. İlk başta yaşlı kişinin fiziksel, psikolojik araştırması, somut inceleme, monitörizasyon yapılması uygun olur. Egzersizle yaşlı kişiler egzersiz esnasında kardiyovasküler toleransı değiştirebilir. Tertipli egzersiz yaşlılığa ait kardiyovasküler sistem için gelişen pek çok zararlı tesiri meydana kaldırabilir. Kadınlarda prospektif bir araştırmada konut haricindeki 400 metrelik bir yürümenin dahi işlevsel kayıpları engellemede tesirli olduğu tespit edilmiştir. Taşikardi oluşturan hususlardan,

fazla bitkinlikten, stresten faktörlerinden, fazla durağanlıktan yaşlı kişi uzak tutulmalıdır. Bu sebeple durum yaşlı kişiye yakışık alır şekilde izah edilmelidir. Yaşlı bireye, ailesine enfeksiyonların, aneminin, aşırı kederin, ağrının denetim altında tutulmasında yardım edilmelidir. Dehidratasyon durumlarında hızlı uygulanan damar içi sıvılarının meydana getireceği şiddetli volüm değişimlerinin yüreği zorlayabileceği unutulmamalı ve gereken hususlarda aileye durum açıklanmalıdır (Nalbant, 2008; Aydın, 2006).

2.2. Solunum Sistemi ve Bakım

Yaşlanmayla akciğerin esnekliğinde azalma, göğsün duvar katılığında artma, solunum adalelerinde incelme gözlenmektedir. Böylelikle akciğer enfeksiyonu, aspirasyonu, bronkospazm eğilimi yükselmektedir. İleriki zamanda bedenin bağırsıklık mekanizmasının güçsüzleşmesi aspirasyon pnömonisini oluşturmaktadır (Özbek ve Öner 2008; 22 Smith ve Cotter, 2008). Akciğerlerin esnekliğinde azalma olması, göğüsün duvar sertliğinde artma olması solunumsal kaslardaki zayıflamayla ilişkili akciğerin işlevlerinde azalma olmaktadır. Değişimler zorlu yaşamsal yetide, difüzyon yetisinde, gaz değişmesinde, ventilasyonda respiratuar hassasiyette mühim progresif azalmaya yol açmaktadır. Sigara tüketimi bu değişimleri epeyce hızlandırmakta olup, ilişkili sıkıntılardan kronik obstrüktif akciğer hastalıklarının yaygınlığı %2-9 civarında değişmektedir. Solunum sisteminin enfeksiyonları bilhassa pnömoni 65 yaş ve üzerindeki kişilerde gelişmiş ve gelişmekte olan devletlerde mühim bir ölüm faktörüdür. Pnömoninin, yüksek mortalite değerinin olmasıyla birlikte, tedavilerinin güç ve maliyetli olması sebepleri mühimdir. İleri yaşla beraber akciğerlerdeki silier etkinlikte azalma, öksürükte azalma, bedenin savunma mekanizmasının zayıflaması sebepleriyle aspirasyon pnömonisi kolayca meydana gelir. Yaşın ilerlemesiyle beraber influenza virüsü, streptococcus pneumoniae gibi antijene karşı azalmış immün cevap sebebiyle solunum mekanizması enfeksiyonlarına fazla hassasiyet oluşabilir, bu sebeple yaşlı kişilerin bilhassa bu enfeksiyonlara karşı aşılınmaları çok ehemmiyetlidir. Benzer şekilde tüberkülozda yaşlı kişilerde yaygın görülen ve yaşamsal tehlike oluşturan hastalıklardan biridir (Arpacı, 2005; Özbek ve Öner, 2008; Smith ve Cotter, 2008; Ergin, 1992). Hemşirelik bakımında solunum sayısı, ritim ve derinliği izlenmeli, buna uygun günlük küçük egzersizler uygulaması sağlanmalıdır. Televizyonun karşısında oturma vakitleri tespit edilmeli, bunun olumsuzlukları yaşlı kişiye izah edilmelidir. Tütün kullanma bağımlılıklarının solunum yolundaki enfeksiyonlarına tesirini açıklayıp stres oluşturmadan tütününü terk etmesi sağlanmalıdır. Yaşlı

kişiyile sohbet ederek günlük belli vakitlerde egzersiz uygulamasının sıhhatte tesirleri izah edilmelidir. Bilhassa yatağa bağımlı yaşlı kişilere, iki saatte bir öksürme, içe işleyen solunum egzersizleri uygulaması yaptırılmalıdır. Bilinci bulanık olan yatağa bağılı yaşlı kişilerde, sıkça pozisyonun değıştirilmesinin akciğerlerdeki durgunluğu ve pnömoninin gelişimini engelleyeceği akılda tutulmalıdır (Ergin, 1992; Aksayan, 1998).

2.3. Kas İskelet Sistemi ve Bakım

Yaşlanmayla kas iskelet sistemi işlevlerinde azalma gözlenmektedir. Yorgunlukta, kuvvetsizlikte artma, osteoporoz oluşabilmektedir. Yaşlanmayla düşme yaygınlığında yükselme, kemiklerde kırılmalar gözlenmektedir (Toraman, 2011). Yaşın ilerlemesiyle beraber kemiklerin yoğunluklarında azalma olmaktadır. Kemiklerde incelmeye, kolay kırılma, beden duruşunda bozulma olmaktadır. Kadında kemik kayıpları menopoza döneminden sonra hız kazanmaktadır. Bunun sebeplerinden biri serum D vitamini miktarının azalmasına bağılı kalsiyum emiliminde azalma olmasıdır. Yaşlanmayla büyüme hormonunun, testosteron seviyesinin azalması sebebiyle kaslarda incelmeye, atrofiler meydana gelmektedir. Kas ve iskelet dokusundaki yitimler sebebiyle; boya kısalma, kemik kırılmaları, dişte kayıplar, bacaklarda eğrilikler, kamburlaşma, kas kuvvetinde ve koordinasyonunda azalmalar meydana gelebilir. Kemiğin altındaki ince çizgi biçiminde uzanan eklem kıkırdak dokusu da azaldığından eklem eskisi gibi konforlu hareket edemez, travmalara karşı daha duyarlı hale gelmektedir. Bu alanlara özgü yinelenen travmalar, yaşlanmaların en yaygın rahatsızlığı olan osteoartritin hızlanmasına sebep olmaktadır (Arpacı, 2005; Nalbant, 2008; Aydın, 2006). Yaşlı kişinin ağır olmayacak seviyede günlük aktiviteye, düzenli egzersiz planına, dinlenmeye ihtiyacı olmaktadır. Yaşlı kişilerin emniyetli hareketleri için ev içinde ve çevresinde düzenlemeler yapmak, günlük aktivitelerini ve kendisinin görevlerini yapmasına özendirme önemlidir, limitli vücut egzersizleri, solunum egzersizleri, duruş egzersizleri, yürüme egzersizleri yapmasının sağlanması önemlidir. Yaşlı kişinin kabiliyetine uyumlu, hayatının bir parçası olmasını sağlayacak, zorlamayan, rahat ve isteyerek yapabileceği egzersizler tavsiye edilmektedir. Hemşireler bu hususta fizyoterapistler ile görev yapabilir. Benzer sıkıntılı olan yaşlı kişiler için takım şeklinde egzersizler, kısa mesafeli yürüyüşler faydalı neticeler oluşturabilir. Bu sıkıntılarla başa çıkmada, kişiye özel ayakkabılar, bastonlar, yürüteçler uygulanabilir (Enç, 2004; Akdemir ve Birol, 2005).

2.4. Sinir Sistemi ve Bakım

Yaşlanmayla beyinde glial destek hücreleri, sinapsların azalması, bilhassa dopaminin düzeyinde azalma, nöronların arasındaki sinyalleri geçirebilen mekanizmalarda defisitler gözlenmektedir. Sözcük haznesi, sözcükleri hatırlama, algılama, kısa-sürelî bellek, öğrenme bilinçsel fonksiyonlarda azalma gözlenmektedir (Robertson ve ark., 2016). Yaşın ilerlemesiyle beraber beyindeki hücrelerin sayısında düşme, tepkime hızında yavaşlama başlamaktadır. Sözcük haznesi, kısa bellek, öğrenme, veri depolama, sözcükleri anımsama, algılama benzeri mental işlevler; spinal korddaki hücre sayısının azalmasından dolayı duyu yitimleri olabilmektedir. Düşünmedeki değişimler, duygusal/algısal değişimler sebebiyle hangi uyarana ne kadar süre sonra tepki verebildiği dikkatle tespit edilmeli ve yaşlı kişinin bu mevzuda ne duyumsadığı tespit edilmelidir. Beslenme, giyinme, sualleri yanıtlama, yıkanma için daha uzun vakte gereksinimin olduğu kabul edilmeli, aileye izah edilmelidir. Hemşireler hafızada bozulma, uyku şeklinde değişiklik, hipotermi, hipertermi gibi hususlarda da dikkatli ve duyarlı olmalıdır (Enç, 2004; Nalbant, 2008; Aksayan, 1998; Fadıloğlu, 1992).

2.5. Sindirim Sistemi ve Bakım

Yaşlı kişilerin dişlerindeki kayıpların artması, çiğneme adalelerinin kuvvetinde azalma, ağızda kuruluk gibi birçok etken gıda, sıvı alımlarında azalmaya sebep olarak karşımıza çıkmaktadır. Mide elastikiyetinde zayıflamayla mide içeriğinin yavaş boşalması ve bunun neticesinde gastroözofageal reflü oluşabilmektedir. Kolonun hareketlerindeki yavaşlama neticesinde kabızlıkta artma olmaktadır. Yaşlı kişilerde internal anal sfinkterlerdeki kalınlaşma, rektal esnekliğin düşmesi, kabızlık sebebiyle fekal inkontinans riskinde artma olmaktadır (Ishihara ve ark., 2008). Yaşlanmayla sindirim sisteminde mukus ve emilimde azalma olması, özofagus kaslarının kasılmasının düşmesi, mide esnekliği azalması, gastroözofageal reflüde artış, laktaz üretiminde azalmayla süt intoleransının artışı, bağırsağın motilitesinin yavaşlaması, kan akımı, bazı enzimlerin aktifliğinin azalması gibi değişimler olabilmektedir. DSÖ, yetmiş yaşından sonra erkeklere günlük ortalama 2000-2200, kadınlaraysa 1500-1600 kalorilik besin verilmesini tavsiye etmektedir. Yaşlı kişilerde protein ihtiyacında değişme olmamakla birlikte lipid tüketimi kısıtlanmalıdır (Enç, 2004; Nalbant, 2008; Smith ve Cotter, 2008). Yaşlı kişilerde sindirim sisteminde beliren değişimler

sebebiyle; iştahsızlıkta, hazımsızlıkta, diyarede, konstipasyonda, kaşekside, obezitede problemler gözlenebilmektedir. Anal sfinkter denetim yitimine bağlı olarak fekal inkontinans görülebilmektedir. Sinir uçlarındaki hassasiyette azalma iştahı negatif doğrultuda etkileyebilmektedir. Bu hususa protezlerin kullanılması da eklenirse beslenme problemleri belirebilir. Bu problemi çözmek için yaşlı ve ailesiyle görev birliği yapılarak sevdiği gıdaların tertiplenmesi, sıcak veya soğuk besin alışkanlıklarının öğrenilmesi, lif, vitamin-mineral kapsayan ve konstipasyonu engelleyen besinlerin yeteri kadar alınması sağlanmalıdır. Gıdaların görüntüsü cazip olmalı, yemek öğünleri sık aralıklarla az az verilmeli, dengeli, yeterli diyet uygulanmalıdır. Tattaki yetmezlik fazla tuz, şeker tüketilmesine yol açabileceği bu hususta aile ikaz edilmeli, denetimler uygulanmalıdır. Yaşlı kişilerde genellikle karşı karşıya kalınan eksik, çürük, kırık dişler ağız sıhhatini, kalp-böbrek gibi organların sıhhatine tesir etmekte, diyeti bozmaktadır. Ayrıca uygun olmayan protezler ağızda yaralara yol açar. Bu durumlar yaşlıların tüketilmesi zor olan, lakin sıhhat için lüzumlu olan gıdalardan uzaklaşmaya yönlendirmektedir. Bu sebeple ağız sıhhatini koruma doğrultusunda tedbirler, bakım uygulamaları önemlidir. Yaşlı kişinin ağız hijyeni için kalın saplı fırçalar, protezlerde fırça-temizleme tableti veya solüsyondan yararlanılabilir. Yaşlı kişiye protez temizliği, diş hekimi denetimine tertipli gidilmesi mevzularında eğitimler, danışmanlıklar verilmelidir. Ağız kuruluğu çoksa suni salya tavsiye edilebilir (Akdemir ve Akyar, 2009; Bölükbaş, 1992; Baysal, 2003; Eşer, 1995).

2.6. Eliminasyon ve Bakım

Yaşlanmada, böbrek hücre sayısında azalma, renal arterlerde sklerotik değişiklikler, renal kan akışında azalma görülmektedir. Glomerüler filtrasyon hızı, kreatinin klirensi, böbreğin idrarı konsantre etme, dilüe becerisinde azalma olmaktadır. Mesane kapasitesinin düşmesine bağlı üriner inkontinans çokça karşılaşılmaktadır (Aydoğan ve ark., 2011). Böbreklerin dokusunda küçülme olmaktadır. Kan akımında azalma, bununla ilişkili olarak glomerüller filtrasyon hızında yavaşlama, sekresyon ve absorpsiyon becerisinde azalma, progresif nefron kaybının görülmesi, böbreğin idrarı konsantre etme, sodyum tutma becerisinde azalma, susuzluk hissinde bozulma sebepleriyle sıvı-elektrolit dengesizlikleri meydana gelir. Mesane kapasitesinde azalma, mesanenin kasları kendi kendine kasılarak idrar yapma hissi oluşturur. Nokturnal, poliüri gözlenebilmekte olup, mesane kaslarındaki güçsüzlük rezidü miktarının artmasına ve idrar yolu enfeksiyon oranının artmasına yol açar.

Kadınlarda üriner sistem enfeksiyonlarının yaşla beraber arttığı tespit edilmiştir. Asemptomatik bakteriüri sıklığında her on yılda %1 artış olmakta olup 70-80 yaşlarındaki yıllık yaygınlığının %7-8'e erdiği, bakteriüri sıklığının kadınlar için ortalama %20, erkeler için %10 olduğu belirtilmektedir. Yaşlı bakım evlerinde, hastanede yatarak tedavi gören iki cinsiyette de yaygınlık artmaktadır. Kadınlarda menopozdan sonra üretranın kısılması, iç alan kalınlığının azalması, üretra sfinkterinin tonusunun azalması, sık aralıklı hamilelikler sebebiyle pelvik yapıda zayıflama olması inkontinans sebepleri arasında yer alırken, erkeklerde büyüyen prostat üriner retansiyona sebep olur (Nalbant, 2008; Resnick ve Dosa, 2005; Arıoğul, 2003; McAuley, 2005). Bağırsağın hareketlerinde çoklu ilaç tüketimine, süregelen hastalıklara, yaşa veya yavaşlama, sıvı alımında azalma, fiziksel harekette azalma, beslenme değişiklikleri ve yetersiz beslenmeye bağlı olarak kabızlık, diyare benzeri eliminasyon bozuklukları meydana gelebilmektedir. Hemşirelik bakımında inkontinansı olan yaşlı kişiler için her iki saatte bir mesanenin boşaltılması, sıvı alımının tertiplenmesi, perineal kasların kuvvetlendirilmesine dair Kegel egzersizlerinin öğretilmesi yer kaplamaktadır. Konstipasyonu önlemek için sulu, selülozlu gıda alımının artırılması ve günlük tertipli tuvalet alışkanlığının kazandırılması, etkinlik seviyesinin artırılması tavsiye edilmektedir. Gerekli olduğunda tabip tavsiyesiyle inkontinans için hemşirenin yaşlı kişiye düzenli tuvalet alışkanlığını kazandırması, kasları güçlendirici egzersizler yaptırması, yaşam sivilini düzenlemesi, yeteri ölçüde hijyenini sağlaması gerekir. Bu hususlarda hemşire eğitimler ve danışmanlıklar sunmalıdır (Ergin, 1992).

2.7. Üreme Sistem ve Bakım

Yaşlı kişilerde progesteron, östrojen yetersizliği sebebiyle vagina, over, uterus, meme bezlerinde atrofiler olabilir. Kadınlarda yaş almayla birlikte östrojen yapımındaki düşme neticesindeki cinsel ilişkide ağrı, kanama, vajinal görüntüde değişimler belirirken; erkeklerde ejakülasyon volümü, kuvveti azalmakta erektil disfonksiyonlar gözlenebilmektedir (Fadıloğlu ve Parlar, 2006). Kadınlarda hormonal düzeydeki azalmalar uterus, overlerin atrofisine yol açarken vajen dokusu daha ince, kuru ve daha az esnek, göğüsler ise, daha sert, fibröz, sarkıktır. Erkeklerde ise genital sistem değişimleri çok seyrek gözlenir. En sık rastlanan problemler vücut görüntüsünde bozulma, cinsel işlev bozukluğu, etkinlik intoleransı ile ilişkili cinsel hayatta değişiklikler sıralanabilir. Vücut görüntüsü algısının düzeltilmesi hususunda teşebbüslerin planlanması yaygınlıkla gerekmektedir (Nalbant, 2008; Ergin, 1992).

2.8. Bağışıklık Sistemi ve Bakımı

Bağışıklık sisteminin fonksiyonlarında düşme belirmektedir. Periferik kandaki lenfosit sayısında düşüş tespit edilmektedir. Endokardit, septik artrit, otoimmün hastalıklar, bakteriyemi, pnömoni, influenza gibi enfeksiyon hastalıkları sıkça görölmektedir. Bu evrede bağışıklama ve enfeksiyonlardan korunmak için önlemler almak çok mühimdir (Weyand ve ark., 2014). Bağışıklık sisteminin işlevindeki azalmaya ilişkin olarak enfeksiyonlara karşı duyarlılık artmakta olup, enfeksiyonlar tehlike arz eder. Pnömoni ve influenza enfeksiyonları, bakteriyemi, endokardit, enfeksiyöz diyare, menenjit, septik artrit, açıklanamayan ateş, re aktivasyon tüberkülozu, otoimmün bozukluklar daha yaygın gözlenip, daha ölümcül etki oluşturur. İmmün hücrelerin yaşlı kişilerde kanser hücrelerine, bakteri ve öbür yabancı maddelere karşı yanıt hızlarında düşme oluşur. Bu yavaşlama, yaşlı kişilerde kanser yaygınlığındaki artma nedenlerindedir. Bağışıklık sistemindeki değişikliklerin bir pozitif yanı alerjik belirtilerin ciddiyetindeki düşmedir. Yaşlı kişilerin immün sistem değişiklikleri ve enfeksiyona eğilimleri önemsenmeli, hijyenik bakım, gereken aşılanmalar, alınacak öbür tedbirler hususunda duyarlılık sergilenmeli, yaşlı bireye, yakınlarına bilgilendirici açıklamalarda bulunulmalıdır (Arpacı, 2005; Nalbant, 2008; Arıoğul, 2003).

2.9. Deri ve Bakım

Yaş almayla cilt elastikliği, cilt altı kan akımı düşmektedir. Bu nedenle yaşlı kişilerde deri rahatsızlıkları, yaraların düzelmesinde gecikme, enfeksiyonlar, ayak ülserleriyle sıkça karşı karşıya kalınmaktadır (Karadakovan ve Eti Aslan, 2011). Yaşlanma ile cilt altındaki yağ dokusunun düşmesine bağlı deride incelmeye, esneklikte artma olmaktadır. Kuru, kırışık görünümlü, uzun seneler güneş ışınlarına maruziyetten dolayı cilt sert, kırışık hale gelmektedir. Cilt altındaki yağ dokusunda incelmelerin olduğu yerlerde kırışıklıklarda artma olmakta, soğuk toleransında azalma olmaktadır. Cilt altındaki sinir sonlanmalarında azalma sebebiyle hassasiyette azalma, yaralanmalarda artma, düzelmede yavaşlama, melanosit sayısındaki azalma sebebiyle derinin bilhassa güneş ışığına karşı korunması azalmaktadır (Arpacı, 2005; Nalbant, 2008; Ergin, 1992). Yaşlı kişilerde oluşan değişimler sebebiyle derinin bakımı, yaygın hijyenik bakımı mühimdir. Derideki kuruma için haftanın 1 veya 2 defa yumuşak sabunla banyo yapması önerilmektedir. Sarfedilen şampuanlar ya da sabunlar fazla yağ içermekte olup, alkollü olmaması gerekmektedir. Banyosunda sarf ettiği suyun

çok sıcak olmaması gerekir. Banyosunun akabinde memelerin, koltuk altlarının, ayak parmak aralarının bir güzel kurulanması mantarla meydana gelebilecek infeksiyonların engellenmesi bakımından önemlidir. Banyonun akabinde cilde sürülen lanolinle veya vazelinle masaj uygulaması tavsiye edilmektedir. Yaşlı kişilerde oluşabilen dolaşım yetmezliği, *Diyabetes Mellitus* sebepleriyle ayakların bakımı bilhassa önemlidir. Ayakların bakımında ılık su seçilmeli, nasırlar, tırnaklar ılık suda bekletilmeli, vazelin üstüne uygulanmalı, ponza taşıyla ovulup yumuşatılmalı, düz şekilde tırnak kesimi gerçekleştirilmelidir. Açık ayaklarla dolaşmamalı, pamuk dokulu dar olmayan çorapların, ayağı kavrayan terliklerin kullanılması önerilmelidir (Akdemir, 2005; Fadiloğlu, 1992).

2.10. Dinlenme, Uyku ve Bakım

Uykuyla alakalı sıkıntılarının tanısı çok uzun, yorucuymen yaşlı kişilerle bilhassa komplektir. Çoğunlukla genç kişilerdeki uykuyla alakalı bozuklukların nedenleri anksiyete, depresyon iken, yaşlı kişilerse çoğunlukla fiziksel faktörlerle ilişkilendirilmektedir. Toplumdaki insomnia sıklığının %10-20 dolaylarında olduğu düşünülürken, yaşlı kişilerde yaygınlık daha fazladır. Yaşlı kişilerde insomnianın morbidite sebebi olabileceğinden, günlük kısa vakitli uyumalı, gecelik yedi saatten az uyumamalıdır. Düşmeler, yürüme güçlükleri, bilişsel denge-sizliklere insomnia neden olmaktadır. Uykuya dalış vaktin otuz dakikadan çok sürmesinin mortaliteyle yakından ilgisi tespit edilmiştir. Aynı biçimde Hipersomnia ile iş, ev kazalarında artış, sosyal yeterlilikte düşmeler, günlük performansında düşmeler oluşabilmektedir. Yaşlı kişilerde gün içindeki uykululuk durumunun yaygın sebeplerinden biri obstrüktif uyku apne sendromu, öbürü uyku ile alakalı davranış rahatsızlıkları şeklinde ifade edilebilir (American academy of sleep medicine, 2005; Moran ve Thompson, 1988). İlk etapta uykusuzluk şikâyetlerinin başlangıç dönemi, gidişatı, süresi, şiddeti, bulunan diğer etkenlerle ilgisi belirlenmeli, gözlemlenmelidir. Uykunun hijyeni iyileştirilmeli, hususla alakalı duyarlılığı, az şiddetli yakınması olanlarda uyku niteliğinin yeteri kadar iyi seviyeye ulaştırılması gerekir. Uyku kalitesinin arttırılması maksadıyla bireyin uyuduğu kadar bir vakti yatakta geçirmesiyle kısıtlanmış uyku gösterişi sağlanmalıdır. Fototerapi, gerektiğinde farmakoterapi uygulamalarına başvurulabilir. Lakin ilaç kullanımı hususunda dikkatli davranmak önemlidir (Göktaş ve Özkan, 2006; Aslan ve Işık, 1999; Atay, 2001).

2.11. Görme ve Bakım

Yaşlanmayla periferik görme, kornea refleksi, lens esnekliğinde azalma olur (Yerli, 2017). Yaşlı kişinin lens esnekliği ve kornea hassasiyetinde bozulma olabilmektedir. Gözyaşında azalması, irisin renginin kaybolması gözlenebilir. Yaşlı bireyin karşısına oturularak, görme durumu, ışığa reaksiyonu değerlendirilmelidir. Yeterli ışık hususu da tespit edilmelidir. *Diyabetes Mellitus* bakımından gerekli tetkikleri incelemeleri yapılmalıdır. Katarakt mevzusunda dikkatli davranılmalıdır. Aldığı ilaçlar denetlenmelidir. Çevre güvenliği sağlanması için yeterli ışık, renkli simgeler ve gözlük kullanımı önemlidir. Aldığı her ilaç ve saatinin niteliğini açıklayabilen renkli ve resimli kutular tercih edilmelidir. Gözlük, yaşlı kişiler için lazım olan bir gereç olmakla birlikte, sıklıkla kaybedebilirler. Boyunlarına asabilecekleri zincir ve kordon tavsiye edilmelidir. Gözlük camlarının yıkanarak temizlenmesi, yumuşak dokulu kumaşla silinerek kurulması gerekmektedir (Nalbant, 2008; Ergin, 1992; Aksayan, 1998).

2.12. İşitme ve Bakım

Yaşlılıktan en fazla etkilenen görme, işitme duyularıdır. İşitme sorunlarından ötürü yaşlı kişiler yürürken veya oturup kalkarken denge sıkıntıları çekebilir (Karadeniz ve Özden, 2008). Yaşlanmayla simetrik (iki kulak) işitme fonksiyonunda bozulma olur. Bilhassa gürültülü alanlarda, buşon artmasıyla ilişkili olarak duyma güclüğü yaşanabilir. Duymada kolaylık sağlamak için tane tane, çok yüksek olamayan ses tonuyla konuşulması gerekmektedir. Dudak hareketlerini kavrayıp kavramadığı tespit edilmeli, lüzum halinde bu vasıtayla iletişim sürdürülmelidir. Yaşlı ile yüz yüze, kısık sesli cümleler ile iletişim kurulmalıdır. Bağırarak konuşmak hem duymayı güçleştirir hem de onu strese sokarak, iletişimde engellere yol açmaktadır. İşitme aleti kullananların gece cihazı çıkartılıp sabun ve suyla yıkanarak temizlenebilir (Nalbant, 2008; Ergin, 1992; Aksayan, 1998).

SONUÇ

Yaşlılara nitelikli sağlık hizmetinin sunulabilmesi için bakımla ilgili kararlara yaşlının da dahil edilmesi doğru olur. Yaşlı sağlığının geliştirilmesinde, hastalıkların tedavisinin, engelliliğin azaltılmasının kendi evlerinde sağlık hizmeti alabilmelerinin büyük önemi vardır. Yaşlı kişilerin sıhhatini koruma, geliştirmeye toplumsal pozitif yaşlılık düşüncesinin oluşturulmasına katkı sunmak hemşirelerin görevleri arasında yer almaktadır. Yaşlı kişilerin fiziki, zihni sıhhatinin

düzeltilmesinin yanında bozuklukların engellenmesi, rahatsızlıklara, tedavilere uymanın kolay hale getirilmesi, sıhhatli, güvenli meydanların oluşturulması, kazalardan korunma, bağışıklama işlemleri, hijyen ihtiyaçlarının giderilmesinin sağlanması önemlidir. Kişilerin sosyal, duygusal iyi olma durumunun yükseltilmesi, yaşlı kişilerin özgür iradelerinin yükselmesine yardımcı olmak, yaşlıların ferdi sağlık yükümlülüklerini almalarını sağlamak, sağlık hizmetlerine erişim imkanlarının yükseltilmesine katkı sunmak amacıyla hemşireler büyük görevler üstlenir. Toplumdaki sağlık, refah seviyesinin yükseltilmesine, yaşlılar için yapılan politikalara öncelik verilmeli, bu mevzuda düzenlemelerin yapılması faal ve sıhhatli yaşlanma için bir hayli önemlidir. Yaşlıların hayat niteliğinin düzenlenmesinde, kişinin ihtiyaçları yönünde, bireye has geliştirilen bakım planlarıyla desteklenmeleri önemlidir. Yaşlılara bakım sunacak sağlıkçıların eğitilmesi, yaşlı kişiler için sağlık sistemlerinde düzenlemeler yapılması yaşlı sağlığı için önemlidir.

KAYNAKLAR

- Akdemir N, Akyar İ. (2016) Geriatri hemşireliği. Akad Geriatri, 1: 73-81
- Akdemir N, Birol L. (2005) İç hastalıkları ve hemşirelik bakımı. Genişletilmiş 2. Baskı. Ankara: Sistem Ofset.
- Aksayan S. (1998) Halk sağlığı hemşireliği el kitabı. İstanbul: Birlik Ofset Ltd. Şti.
- American academy of sleep medicine (2005) International classification of sleep disorders: diagnostic and coding manual. 2nd ed. Westchester Illinois: American Academy of Sleep Medicine.
- Arıoğul S. (2003) Geriatrik yaş grubunda fizyolojik değişiklikler. Yasavul Ü, editör. Hacettepe İç Hastalıkları Kitabı. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları, 812-9.
- Arpacı F. (2005) Farklı boyutlarıyla yaşlılık. Ankara: Türkiye İşçi Emeklileri Derneği Eğitim ve Kültür Yayınları. 33-40.
- Aslan M, Hocaoğlu Ç. (2017) Yaşlanma ve yaşlanma dönemiyle ilişkili psikiyatrik sorunlar. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 7(1): 53-62.
- Aslan S, Işık E. (1999) Depresyonda uyku özellikleri ve antidepresan tedavilerin uyku üzerine etkileri. Türkiye'de Psikiyatri, 1: 80-96.
- Atay T. (2001) Yaşlılıkta uyku. T Klin Psikiyatri, 2(2): 91-7.
- Aydın ZD. (2006) Toplum ve birey için sağlıklı yaşlanma: yaşam biçiminin rolü. SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi, 13(4): 43-8.

Aydoğan Ü, Onar T, Nerkiz P. (2011) Yaşlılıkta görölen fizyolojik değişiklikler. *GeroFam*, 2(3): 1-12.

Baysal A. (2003) Yaşlılıkta beslenme. II. Ulusal Yaşlılık Kongresi; 9-12 Nisan, Denizli.

Bölükbaşı N. (1992) Yaşlılık ve yaşlılıkta genel bakım ilkeleri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 8(1): 103-8.

Çakan FÖ . (2017) İleri yaşta kardiyovasküler fizyolojide değişiklikler. *Türk Kardiyol Dern Ars*, 45(5): 5-8. doi: <http://dx.doi:10.5543/tkda.2017.89856>.

Enç N. (2004) Yaşlılık ve bakım gereksinimleri. 6. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi, Antalya. 209-10.

Erdil F, Çelik SS, Baybuğa MS. (2004) Yaşlılık ve hemşirelik hizmetleri. İçinde: Kutsal YG, editör. *Yaşlılık Gerçeği*, 1. Baskı. Ankara: GEBAM, 57-78.

Ergin K. (1992) Yaşlanma ile ilgili fizyolojik değişiklikler. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 8(2): 75- 81.

Eşer İ. (1995) Yaşlıların beslenme durumu ve bu durumu etkileyen etmenlerin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 11(3): 35-45.

Fadıloğlu Ç, Parlar S. (2006) Yaşlılarda görölen inkontinans: İleri geriatri hemşireliği, İzmir: Meta Basım, 117-128.

Fadıloğlu, Ç. (1992) Yaşlılığa genel bakış. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 8(2): 55-61.

Göktaş K, Özkan İ. (2006) Yaşlılarda uyku bozuklukları. *Turkish Journal of Geriatrics*, 9(4): 226-33.

Ishihara M, Kojima R, Ito M. (2008) Influence of aging on gastric ulcer healing activities of the antioxidants alpha-tocopherol and probucol. *Eur J Pharmacol*, 601: 143-147.

Karadakovan A, Eti Aslan F. (2011) Yaşlılık ve bakım: Dahili ve cerrahi hastalıklarda bakım. *Nobel Kitabevi*, Adana, 119-141.

Karadeniz G, Özden D. (2008) Yaşlılık dönemi fiziksel özellikleri. İçinde: Kurtman E, Kalkan M, editörler. *Psikolojik, Sosyal ve Bedensel Açından Yaşlılık*, 1. Baskı. İstanbul, Pegem Akademi Yayınları, 19-38.

Kurt G, Beyaztaş F, Erkal Z. (2010) “Yaşlıların sorunları ve yaşam memnuniyeti”, *Adli Tıp Dergisi*, 24(2): 32-39.

McAuley DF. (2005) Clinical concerns in the geriatric patient, Available from: www.globalRPh.com.

Moran MG, Thompson TL (1988) 2nd, Nies AS. Sleep disorders in the elderly. *Am*

J Psychiatry, 145(11): 1369-78.

Nalbant S. (2008) Yaşlılıkta fizyolojik değişiklikler. Nobel Medicus Online Dergi, Erişim adresi: www.nobelmedicus.com/contents/200842/04-11.htm.

Özbek Z, Öner. P. (2008) Geriatrik fizyolojik ve biyokimyasal değişiklikler. Turk Klinik Biyokimya Dergisi, 6(2): 73-80.

Pehlivan S, Karadakovan A. (2013) Yaşlı bireylerde fizyolojik değişiklikler ve hemşirelik tanılması. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2(3): 385-395.

Resnick NM, Dosa D. Geriatric medicine. In: Kasper D, Braunwald E, Fauci AS, Hauser SL, Longo DL, (2005) Jameson JL, editors. Harrison's Principles of Internal Medicine. New York: McGraw-Hill Companies, p. 43-53.

Robertson DA, King-Kallimanis BL, Kenny RA. (2016) Negative perceptions of aging predict longitudinal decline in cognitive function. Psychol Aging, 31(1): 71-81. doi: <https://dx.doi.org/10.1037/pag0000061>

Sağlık Bakanlığı. (2015) Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Türkiye Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı ve Uygulama Programı (2015-2020), Isbn: 978- 975-590-520-4. Anıl Matbaa, 3-30.

Smith CM, Cotter VT. (2008) Nursing standard of practice protocol:age-related changes in health. New York: Hartford Institute for Geriatric Nursing.

Toraman F. (2011) "Yaşlılarda kas ve iskelet sistemi sorunları". Gerofam-Kanıtı Dayalı, Hakemli Gerontoloji Yönelimli Aile Hekimliği Dergisi, 2(2): 1-16.

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). (2017) İstatistiklerle Yaşlılar, Ankara.

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). (2018) İstatistiklerle yaşlılar, Ankara.

Weyand CM, Yang Z, Goronzy JJ. (2014) T-cell aging in rheumatoid arthritis. Curr Opin Rheumatol. 26(1); 93-100.

World Health Organization. (2007) Global Report on Falls Prevention in Older Age. World Health Report Life in the 21st century, A vision for all, Geneva, World Health Organization (WHO).

World Health Organization. (2013) World Health Statistics.

Yerli G. (2017) Yaşlılık dönemi özellikleri ve yaşlılara yönelik sosyal hizmetler. Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi. doi: <http://dx.doi.org/10.17719/jisr.2017.1979>

Yıldız M. (2012) Bağlanma kuramı açısından yaşlılık dönemine genel bir bakış. Sosyal Bilimler Dergisi, 36(1): 1-30.

8. BÖLÜM

AKTİF VE SAĞLIKLI YAŞLANMA SÜRECİNDE SAĞLIKLI BESLENME

Öğr. Gör. Dr. Tuğba GÜL DİKME

Harran Üniversitesi Gıda Teknolojisi

t.gul@harran.edu.tr

<https://orcid.org/0000-0002-2212-6443>

ÖZET

Aktif ve sağlıklı yaşlanmada sürecinde sağlıklı beslenme için doğru enerji ve protein alımıyla ilişkili yeterli ve dengeli besin alımı esastır. Bu süreçte ayrıca alınan diyet yeterli değilse vücutta eksik olan mikro besin yetersizliğini tamamlamak gerekir. Yapılan literatür çalışmaları, diyetin kalitesinin aktif ve sağlıklı yaşlanma açısından ne kadar önemli olduğunu göstermektedir. Yapılan meta-analizler, yeterli ve dengeli süt ile süt ürünleri, meyve, sebze ve bitkisel gıda, et, tahıl ürünleri tüketimi ile yeterli sıvı alımının polifenoller ve biyoaktif bileşikler gibi yüksek mikro besin kapasitesini artırarak aktif ve sağlıklı yaşlanma sürecinde yararlı etkilere sahip olduğunu ortaya koymaktadır. Aktif ve sağlıklı yaşlanma konusunda halk sağlığı mesajlarının iyileştirilmesi, beslenme reçetesiyle tedavi edilebilecek yaşa bağlı rahatsızlıklar için rutin tarama ve tıbbi yönlendirmelerle birlikte, sağlıksız yaşlanma salgınını azaltmak için ulusal bir beslenme yol haritasının temel bileşenlerini oluşturmalıdır.

GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) yaşlılık sınırını 65 olarak belirlemiş olup yaşlılığı engellerin çoğalması, diğer kişilere olan bağımlılıkların artması olarak tanımlamıştır (WHO, 2007a). Yaşlılığın birçok demografik sınıflandırması bulunmaktadır.

Genç (erken) yaşlılık: Genellikle emeklilik sonrası olarak adlandırılan 65-74 yaş arası dönem,

Orta yaşlılık; Fonksiyonel kayıpların yaşandığı ve kişinin yaşamını çoğunlukla yalnız sürdürdüğü 75-84 yaş arası dönem,

İleri yaşlılık; Aile ya da özel bakım veren kurumların desteğine ihtiyaç duyulan 85 yaş ve üzerini kapsayan dönem olarak tanımlanmaktadır (Aslan ve Hocaoğlu, 2017).

1. YAŞLANMA SÜRECİ

Yaşlanma süreci birçok faktöre bağlı olarak farklı başlıklar altında tanımlanmaktadır.

Kronolojik yaşlanma; kişinin doğduğu andan itibaren başlayan süreç,

Biyolojik yaşlanma; fizyolojik ve morfolojik farklılıkların başlama süreci,

Patolojik yaşlanma; hastalıklara bağlı olarak ortaya çıkan doğal biyolojik yaşlanma süreci,

Psikolojik yaşlanma; kişilerin davranış, uyum ve zihinsel fonksiyonlarındaki farklılıklar,

Sosyal yaşlanma; kişilerin sosyal ilişkilerinin, rol ve sorumluluklarının farklılaşması olarak,

Ekonomik yaşlanma; emekliliğin etkisiyle azalan gelir düzeyinin kişinin yaşam koşullarında yol açtığı farklılıklar olarak tanımlanmaktadır (Kalyoncu ve Tekinsoy, 2021).

1.1. Yaşlanmayla gerçekleşen değişimler

Yaşlanma organizmanın hücre, doku ve sistemlerinde yavaş yavaş ortaya çıkan, fonksiyonel ve yapısal tüm farklılıkları kapsayan geri dönüşü olmayan bir süreçtir. Yaşlanma süreci doğumla birlikte başlar. Her türlü organizma ölüme kadar birçok farklılıklar yaşayarak yaşlanır. Yaşlanmayla birlikte fizyolojik,

psikolojik ve sosyolojik birçok farklılık ortaya çıkar. Bu farklılıkların bir kısmı görünen farklılıklar iken bir kısmı da görünmeyen farklılıkları oluşturmaktadır. Bu farklılıklar en çok 85 yaş ve üzerinde görünür hale gelir. Yaşlanmayla gerçekleşen değişimler bireye özgüdür (Pehlivan ve Karadakovan, 2013).

Yaşlanma ile birlikte kas-iskelet sistemi fonksiyonlarında azalma, yorgunluk, güçsüzlükte, osteoporoz ve kolay kemik kırıkları gibi durumlar gözlenmektedir. Vücut yağ oranındaki artışa bağlı olarak hipertansiyon, diyabet ve koroner kalp hastalığı riski artmaktadır (Toraman, 2011). Ayrıca yaşlanmayla beraber akciğer elastikiyetinin azalması, göğüs duvarı sertliğinin artması ve solunum kaslarının zayıflaması gibi durumlar görülmektedir.

1.2. Yaşlı nüfus artışı

Birleşmiş Milletler tarafından hazırlanan “Yaşlanan Dünya Nüfusu: 1950-2050” raporunda, doğurganlık oranlarındaki düşüşle birlikte ülkelerin ortalama yaşam sürelerinde artış olduğu ve 65 yaş ve üzeri kişi sayısının diğer yaş gruplarına göre daha fazla artacağı bildirilmiştir (Kalyoncu ve Tekinsoy, 2021). “Dünya Nüfus Tahminleri” raporuna göre, 2050 yılında Afrika hariç tüm dünyada yaşlı nüfus oranının %25’i aşması beklenmektedir (BM Ekonomik ve Sosyal İşler Dairesi, 2017). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) raporuna göre yaşlı nüfus oranı 2019 yılında %9,1 olarak bildirilmiştir (Kalyoncu ve Tekinsoy, 2021). TÜİK 2013-2075 nüfus projeksiyonuna göre ise Türkiye’de yaşlı nüfusun 2023 yılında %10,2’ye, 2050 yılında ise %20,8’e yükseleceği tahmin edilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2015).

Günümüzde özellikle tıp alanındaki gelişmeler sonucunda bulaşıcı hastalıklara karşı koruyucu önlemlerin oluşturulması, akut ve kronik hastalıkların tedavisindeki gelişmeler, sağlıklı beslenme ve fiziksel aktiviteye önem verilmesi, çalışma koşullarının iyileştirilmesi, günlük aktivitelerin kolaylaştırılması ve koruyucu teknolojiler hem bireylerin yaşam tarzlarını değiştirmiş hem de beklenen yaşam süresini artırmıştır.

1.3. Yaşlanma sürecini etkileyen faktörler

Yaşlanma süreci için sağlıklı yaşamla ilgili tutum ve davranışlar geliştirilmesinin öneminin yanı sıra çevresel ve genetik faktörler yaşlanma sürecini birlikte etkilemektedir. Ayrıca insan sağlığı ve ortalama yaşam süresi fiziksel ve sosyal çevre koşullarından doğrudan etkilenmektedir. Yaşlanmanın yönü, seyri ve hızı

bireyin çevre ile etkileşimine ve kalıtsal özelliklerine bağlı olarak değişmektedir. Yaşlanma sürecinin seyri ve yönü üzerinde biyolojik, genetik faktörler, cinsiyet, fiziksel, sosyal çevre, eğitim, kültür ve ekonomik faktörler de önemli bir etki oluşturmaktadır. Dolayısıyla çevresel ve kalıtsal faktörlere bağlı olarak bazı bireyler daha hızlı yaşlanırken bazıları daha geç yaşlanmaktadır.

2. YAŞLANDIKÇA ARTAN PROBLEMLER

Yaşlı nüfusun artmasıyla birlikte yaşlılara yönelik özel gereksinimler artmakta ve birçok sorunla karşılaşmak kaçınılmaz hale gelmektedir. Yaşlanma ile birlikte anatomik ve fizyolojik farklılıklar, çevresel faktörlere uyum yeteneğinde azalma, sosyal ilişkilerde kayıp, sakatlıklar, ruhsal çöküntü gibi birçok sağlık ve sosyal sorun ortaya çıkmakta ve bu durum sağlık hizmetlerine olan ihtiyacı arttırmaktadır (Tajvar, Arab ve Montazeri, 2008). Yaşın ilerlemesiyle uyku bozuklukları, yeniliklere uyum sağlayamama, eskiye bağlanma, depresyon, öğrenme ve hatırlama güçlüğü, performans kaybı gibi birçok psikolojik sorunla karşılaşmaktadır (Asi Karakaş, Durmaz, 2017). Yaşlanma ile birlikte sosyal yükümlülüklerde, rollerde ve ilişkilerde birçok farklılık meydana gelmektedir. Yaşlı bireyin sosyal gücü ve etkinliği, sosyal ilişkileri, prestiji ve sosyal beklentisi azalmaktadır. Yaşlı bireyler emeklilik sonucu gelirlerinin azalması ve fırsatlarının kısıtlanması nedeniyle sosyal ve ekonomik statü kaybına uğrayabilmekte ve bireyler zaman içinde bireyler yardımı muhtaç hale gelebilmektedir (Charles, Carstensen, 2010).

2.1. Yaşlanma sürecinin aktif ve sağlıklı olması

Aktif yaşlanma süreci bireylerin fiziksel, zihinsel ve sosyal boyutlarıyla sağlıklı ve güvenli bir ortamda yaşamlarını sürdürebilmelerinin yanı sıra günlük yaşamlarında kültürel, sosyal ve ekonomik faaliyetlerini devam ettirebilme sürecidir. Sağlıklı yaşlanma her yaştan bireyin sağlıklı ve sosyal olarak aktif olabileceği bir yaşam kalitesi öngörmektir.

2.2. Aktif ve sağlıklı yaşlanma politikaları

Sağlıklı yaşlanma için ulusal bir beslenme stratejisinin paydaşları arasında tüketiciler, devlet kurumları, gıda üreticileri, gıda endüstrisi, sağlık uzmanları ve toplum kuruluşları yer alabilmektedir. Özellikle sağlık profesyonellerinin teşhis ve kanıta dayalı tedavilere yardımcı olacak fikir birliği önerilerinin

geliştirilmesine öncülük etmesi (örneğin beslenme, geriatrik tıp, birinci basamak, hemşirelik, doktor asistanı, mesleki terapi dernekleri içinde) önemli bir rol oynamaktadır. Bu bağlamda özellikle gelişmiş ülkeler sağlıklı yaşlanmayı sağlamak için çeşitli politikalar geliştirmektedir. Sağlıklı yaşlanma Dünya Sağlık Örgütü tarafından bir çalışma önceliği olarak belirlenmiş ve yaşlı insanların refahını artırmak ve toplumda bağımsız olarak yaşayabilmelerini sağlamak için bir politika çerçevesi tasarlanmıştır Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) aktif ve sağlıklı yaşlanma hedefi kapsamında yaşlı bireylerde hastalıkların önlenmesi ve yaşam kalitesinin daha da artırılması için sağlıklı yaşam tarzı alışkanlıklarının geliştirilmesine ihtiyaç olduğunu bildirmektedir (Kalyoncu ve Tekinsoy, 2021). Düzenli ve dengeli beslenmenin sağlanması, egzersiz olanaklarının artırılması, yaşlı sağlığını etkileyebilecek sosyal ve ekonomik koşulların düzenlenmesi, kronik hastalıkların erken tanı ve tedavisinin planlanması sağlıklı yaşlanma açısından çok değerlidir (Kalınkara, 2011). Toplumun sağlık ve mutluluk düzeyinin artırılmasında yaşlı bireylere yönelik geliştirilebilecek politikalara öncelik verilmesi ve bu konuda düzenlemeler yapılması aktif ve sağlıklı yaşlanma için çok önemlidir (Altan ve Şişman, 2003).

2.3. Yaşam kalitesinin artırılması

Yaşam standardının yükseltilmesi için yaşlı bireylerin güvenlik, sağlık ve katılım olanaklarının en üst düzeye çıkarılması gerekir (Aslan, 2007). Yaşlı bireylerin yaşam kalitesinin artırılmasında ihtiyaçları doğrultusunda bireyselleştirilmiş bakım ile desteklenmeleri büyük önem taşımaktadır.

Yaşlı bireylerin fiziksel ve ruhsal sağlıklarının iyileştirilmesinin yanı sıra hastalıkların önlenmesi, hastalıklara ve tedaviye uyumun kolaylaştırılması, sağlıklı ve güvenli ortamların oluşturulması, kazalardan korunması, kişisel bakım ve hijyen ihtiyaçlarının karşılanmasının sağlanması önemlidir. Bunun yanı sıra bireylerin sosyal ve duygusal iyilik hallerinin artırılması, yaşlı bireylerin özerklik ve özgürlüklerinin artırılmasına katkı sağlanması, yaşlı bireylerin kendi sağlık sorumluluklarını üstlenmelerinin sağlanması ve sağlık hizmetlerine erişimlerinin artırılması gerekmektedir.

Yaşlanma ile birlikte ortaya çıkan sağlık sorunları, sosyal ve fiziksel çevre, yaşam tarzı ve genetik gibi birçok faktörün etkileşimi ile şekillenmektedir. Bunların çoğu kötü beslenme, tütün kullanımı, fiziksel hareketsizlik ve madde bağımlılığı gibi değiştirilebilir veya önlenemez faktörlerdir. Bu faktörlerdeki

düzenlemeler, ileri yaşla birlikte artan fonksiyonel kısıtlamaları önlenebilecek ve böylece daha aktif, daha sağlıklı ve daha özgür bir yaşlanmanın gerçekleştirilebilecektir (Kalyoncu ve Tekinsoy, 2021).

3. YAŞLILARDA BESLENMENİN ÖNEMİ

Beslenme sağlıklı ve uzun bir yaşama katkıda bulunan faktörler arasında merkezi bir role sahiptir. Aynı zamanda kronik hastalıkların önlenmesinde veya ortaya çıkmasında da önemli bir faktör olan beslenme ile yaşlanma arasındaki etkileşimin daha iyi anlaşılması, bu olumlu/olumsuz etkilerden sorumlu mekanizmaların aydınlatılması ve yaşam kalitesini koruyan diyet unsurlarının belirlenmesi önemlidir (Minuti ve diğ, 2014). Değiştirilebilir kronik hastalıkların önemli bir belirleyicisi olan beslenme ve diyet değişiklikleri yaşlılarda sağlık üzerinde hem olumlu hem de olumsuz etkiler oluşturabilmektedir. Yapılan diyet sadece mevcut sağlığı etkilemekle kalmamakta, aynı zamanda yaşamın ilerleyen dönemlerinde kronik hastalıkların ortaya çıkıp çıkmamasında da belirleyici bir rol oynamaktadır. Yaşlı beslenmesi konusunda az gelişmiş ülkelerden çok farklı olmayan Avrupa Birliği'nde bile yirmi milyon yaşlı birey yetersiz beslenme riski altındadır. Sağlık sorunlarıyla birlikte bu durum Avrupa'ya yılda yaklaşık 120 milyar Euro'ya mal olmaktadır (Mak ve Caldeira, 2014). Yetersiz ve dengesiz beslenme sonucu ortaya çıkan metabolik bozukluklar, yaşlı bireylerde sık görülen bir rahatsızlıktır. Yetersiz ve dengesiz beslenmenin yaşa bağlı birçok sağlık sorunu, hastalık ve ölüm oranları ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Yaşlanma ile birlikte ortaya çıkan fonksiyonel değişiklikler yaşlılarda gıda alımını ve yetersiz beslenme derecesini büyük ölçüde etkilemektedir. Hareket ve mobilite gibi fiziksel güçlerin giderek azalması ile yaşanan vücutta meydana gelen fizyolojik değişiklikler, kronik hastalıklar ve yaşa bağlı diğer bozukluklar yaşlılarda malnütrisyon riskini artırmaktadır (Mak ve Caldeira, 2014).

Yetersiz beslenmenin bireyler üzerinde ciddi olumsuz etkisinin yanında aşırı beslenmenin de olumsuz etkileri bulunmaktadır. Obezite riskine rağmen günümüzde halen yetersiz beslenme yaygındır. Bunun temel nedeni yaşlılıkta temel besin öğelerine olan ihtiyacın diğer yaş gruplarından farklı olmasına rağmen yaşlı bireylerin sahip oldukları alışkanlıklarından vazgeçmemeleridir. Yaşlılıkta metabolizma hızı düştüğü için kalori gereksinimi de azalır. Bu nedenle yaşlılıkta obezitenin önlenmesi için yaşlıların bu dönemde vücut ağırlığının kilogramı başına 30 cal/gün enerji tüketmesi gerekir. Bu da yaşa ve kilo durumuna göre

değişmekle birlikte yaşlı bireyler için günlük 1500 ile 2300 kalori arasında bir beslenme programına karşılık gelmektedir (Aslan, 2011).

3.1. Yaşa bağlı hastalıklar

Yaşlanma ile ilişkili spesifik hastalıklar ve fonksiyonel kayıplar hastalık prevalansı ile kronolojik yaş arasında bir ilişkinin olduğu göstermektedir (Chang ve diğ., 2019). Yaşa bağlı hastalıklar arasında kırılabilirlik, sarkopeni, osteoporoz, bozulmuş bilişsel işlev ve artan bunama riski, maküler dejenerasyon, katarakt ve diyabetik retinopati yoluyla görme bozukluğu, işitme kaybı, tip 2 diyabet, kardiyovasküler hastalık ve kanser gibi bulaşıcı olmayan hastalıklar, obstrüktif uyku apnesi, düşük uyku kalitesi, idrar kaçırma ve kronik kabızlık bulunmaktadır (Bandeem-Roche ve diğ., 2015). Bu sorunların prevalansı özellikle irksal ve etnik azınlıklarda olmak üzere, 85 yaş üstü yetişkinlerde genellikle yüzde ellinin üstündedir (Bandeem-Roche ve diğ., 2015). Yaşlanma ile ilişkili patolojilerin altında yatan mekanizmalar arasında inflamasyon, oksidatif stres ve hasarlı proteinlerin uzaklaştırılması ve DNA onarımı için sınırlı kapasite yer almaktadır (Hussain ve diğ., 2016). Bu değişiklikler tüm organ sistemlerini etkilediğinden dolayı yaşlanma birden fazla komorbidite ile ilişkilidir (Kennedy ve diğ., 2014).

3.2. Beslenmeyle ilişkili hastalıklar

Yaşlı bireyler tipik olarak sağlıklı gıda gruplarının ve temel besin maddelerinin yetersiz porsiyonlarının yanı sıra çeşitli hastalıklara yol açan bol miktarda enerji yoğun ancak besin değeri zayıf gıdalar içeren diyetler tüketirler. Yaşlılığa giden yıllarda sağlıklı beslenmenin bulaşıcı olmayan hastalıklar, sarkopeni, bilişsel gerileme ve demans, osteoporoz, yaşa bağlı maküler dejenerasyon, diyabetik retinopati, işitme kaybı, obstrüktif uyku apnesi, idrar inkontinansı ve kabızlık dahil olmak üzere yaşlanmayla ilişkili tüm hastalıkların ve bozuklukların önlenmesiyle ilişkili olduğunu gösteren birçok çalışma bulunmaktadır (Roberts ve diğ., 2021). Randomize klinik çalışmalar hastalığa özgü beslenme müdahalelerinin bu hastalıklarda ilerlemeyi azaltabileceğini ve bazı durumlarda yaşlanmayla ilişkili birçok durumu etkili bir şekilde tedavi edebileceğini göstermektedir.

Yukarıda bahsi geçen hastalıklara ek olarak yetersiz ve dengesiz beslenme ile hareketsizlik ve obezite; diyabet, yüksek tansiyon, yüksek kolesterol, kalp-damar hastalıkları, astım, artrit ve bazı kanser türleri arasında ciddi bir ilişki vardır

(Vitetta ve Anton, 2007). Obezite ve yetersiz beslenme kas gücünü azaltmakta, yorgunluk, bitkinlik ve depresyona neden olmakta, hastaneye yatış ve uzun süreli tedavi riskini artırmaktadır.

Yaşlılarda taze sebze, meyve ve balık yerine zararlı olan yağlı, şekerli ve tuzlu gıdaların tercih edilmesi ve sık alkol tüketimi yüksek tansiyon, diyabet, kolesterol gibi kronik hastalıkları ve diğer sağlık sorunlarını tetiklemektedir (Helgoy, 2005).

İngiltere, İskoçya, Galler ve Kuzey İrlanda'daki hastaneler ve bakım evlerindeki yetişkinlerin yüzde 10 ila yüzde 40'ının yetersiz beslenmeden kaynaklanan sağlık sorunları nedeniyle tedavi gördüğü bildirilmektedir (Willett, 2002).

Düzenli beslenme ve yaşam tarzı ile sağlıklı yaşam beklentisi arasında doğrudan bir ilişki vardır. Sağlıklı beslenme ve düzenli fiziksel aktivite kardiyovasküler hastalıklar, kanser ve ölüme sonuçlanan diğer kronik hastalıkların riskini azaltmakta ve anemi, diyabet, osteoporoz, felç, düşük/aşırı kilo, kabızlık ve diğer sindirim bozuklukları gibi sağlık sorunlarının ortaya çıkmasını önlemektedir (Willett, 2002).

Ellili yaşlardan sonra besin gereksinimleri giderek artarken, kalori gereksinimleri azalır. Bu nedenle yaşlılık döneminde beslenme alışkanlıkları değiştirilmelidir. Yapılan çalışmalar kadınlarda daha sık görülen osteoporozun dengeli beslenme, sigara içmeme ve düzenli fiziksel aktivite ile yavaşlatılabileceğini veya önlenebileceğini göstermektedir (Minuti, 2014).

4. AKTİF VE SAĞLIKLI YAŞLANMADA BESLENME ÖNERİLERİ

Kimilerine göre sağlık, bol hareket ve dengeli beslenme iken kimilerine göre rahat, huzurlu ve mutlu bir yaşam sürecinde yaşlanmak başarılı yaşlanma sayılır. Ama beslenme olmadan zaten canlılık olmamaktadır. Beslenme refahı başta yaşlılar olmak üzere tüm insanların sağlığı, özerkliği ve dolayısıyla yaşam kalitesi için temel bir unsurdur. Günümüzde yaşlıların en az yarısının sağlıklarını iyileştirmek için beslenme müdahalesine ihtiyaç duyduğu ve %85'inin doğru beslenme ile iyileşebilecek bir veya daha fazla kronik hastalığa sahip olduğu tahmin edilmektedir (Hamirudin, 2016). Toplumun hızla küreselleşmesi, özellikle yaşlılar gibi en kırılgan nüfuslarda çoklu yetersiz beslenme biçimlerinin ortaya çıkmasına neden olmuştur (Davis, Brietta ve Engle-Stone, 2020). “Ye-

tersiz beslenmenin çifte yükü” olarak adlandırılan kavram, DSÖ tarafından “yetersiz beslenmenin aşırı kilo, obezite veya diyetle ilişkili bulaşıcı olmayan hastalıklarla birlikte bireylerde, hanelerde ve toplumlarda ve yaşam seyri boyunca bir arada bulunması ile karakterize edilir” şeklinde ifade edilmektedir (World Health Organization, (2017).

Yaşlanmayla beraber ortalama kolin, B-6 vitamini, çinko, magnezyum ve kalsiyum gibi önemli bileşenlerin alımları yetersiz hale gelmektedir. Buna ek olarak kadınların %21’i ve 70 yaş üstü erkeklerin %13’ü de daha az protein tüketmektedir (Berrymanve diğ., 2018). Bu durum önemli bir endişe kaynağıdır. Çünkü ortaya çıkan kanıtlar diyet amino asitlerinin kas alımının azalması ve protein sentezi için anabolik sinyalin azalması gibi faktörler nedeniyle yaşlılarda önemli olduğu ve daha yüksek protein seviyelerinin (1,0-1,2 g/kg) kas kaybını önlemek için optimal olabileceğini göstermektedir (Damanti ve diğ., 2019). Ayrıca deneysel değerlendirmelerde protein ve mikro besin için ortalama gereksinimlerin yaşlanma sırasında artabileceğini gösterdiğinden dolayı yeterli miktarda protein alımı önemlidir (Baum, Kim ve Wolfe, 2016). Örneğin yaşlı yetişkinlerde sarkopeniyi önlemek için proteinden zengin beslenme ve hızlı proteinlerin (peynir altı suyu proteini gibi) tüketimi tavsiye edilmektedir (Bouillanne ve diğ., 2013). Avrupa’da protein-enerji israfı ve kırılabilirlik riskini azaltmak için günlük 30-40 kcal/kg ve 1,0-1,5 g protein/kg vücut ağırlığı alımı önerilirken, önerilen kesin değerler kişinin sağlık durumuna göre değişmektedir (Deutz ve diğ., 2014). Literatürdeki veriler yaşlıların dengeli bir diyet tüketmelerini ve mikro besin takviyelerinin yalnızca gıda alımı çok düşük olduğunda verilmesini önermektedir. Bazı araştırmalar enerji alımları öneriler dahilinde olmasına rağmen yaşlı nüfusun vitamin ve mineral eksiklikleri, özellikle A, B1, B2, B12, D, E, K vitaminleri, kalsiyum ve potasyum için yüksek risk altında olduğuna işaret etmektedir (Bernstein ve Muniz, 2012). Yetişkin yaşamı boyunca ve özellikle yaşlı yetişkinlerde temel besin maddelerinin genel olarak düşük alımına ilişkin bu bulgular yaşlıların bildirdikleri diyetle dayanmaktadır. Ancak yaşlı yetişkinlerin %30-36’sında ≥ 1 mikro besin maddesinin eksik aralıkta olduğunu gösteren ulusal temsili biyokimyasal verilerle tutarlıdır (Bird ve diğ., (2017).

Sonuç itibariyle yaşlıların beslenme şekilleri de gıda temelli önerilere kıyasla genel olarak yetersiz olduğu görünmektedir. Bu gözlemlerle bağlantılı olarak yaşlılar için mevcut beslenme önerilerinin büyük ölçüde gençlerde ölçülen gereksinimlere dayandığı unutulmamalıdır. Bu nedenle sağlıklı yaşlanma için temel besin ve gıda grubu önerilerini iyileştirmek için daha fazla araştırmaya

ihtiyaç vardır (United States Government Accountability Office, 2019).

Yaşlılıkta sağlıklı beslenme alışkanlıklarının önemli ancak yeterince bilinmeyen bir nedeni ise bireylerin yaşlanmasına bağlı olarak enerji gereksinimlerinde büyük bir azalmanın olmasıdır (Roberts ve Rosenberg, 2006). Sağlıklı kadın ve erkeklerde yaşam boyunca sağlıklı kiloyu korumak için enerji gereksinimlerindeki azalma önemlidir. Bu duruma göre yaşa bağlı olarak alınan kalorinin azaltılması gerekir. Başka bir deyişle, yaşlılıkta azalan enerji ihtiyacını dengelemek için daha sağlıklı bir diyet gereklidir.

Avrupa Gıda Güvenliği Otoritesi (EFSA) Avrupa nüfusu için toplam karbonhidratlar ve diyet lifi, yağlar, su ve protein için Diyet Referans Değerleri (DRV) belirlemiştir (EFSA, 2012). 2013 yılında EFSA 60-69 yaş ve 70-79 yaş kategorilerini dikkate alarak beslenme önerilerini gözden geçirerek tavsiyelerde bulunmuştur (EFSA, 2013). Bu tavsiyelere paralel olarak bazı çalışmalar özellikler malnütrisyon riski altındaki yaşlı bireyler için önemli oral beslenme destek stratejilerinin uygulanması gerektiğini beyan etmiştir (Bernstein ve Muniz, 2012). Bu konuda atılacak ilk adım diyetteki gıdalardan protein ve enerji alımının kontrollü yapılmasıdır. Bu sebeple oral gıda takviyeleri beslenme yönetimine yardımcı olarak kullanılabilir. Oral besin takviyeleri (yudum besinler): sıvı, yarı katı veya içecek olarak hazırlanabilen ya da içeceklere veya gıdalara eklenebilen tozlar şeklinde uygulanabilen hem makro hem de mikro besin öğeleri sağlarlar.

Yaşlılarda beslenme konusunda alınabilecek başlıca önemli tedbirler şunlardır:

1. Ara öğünlerle birlikte öğün sayısını günde en az üçe çıkarmak.
2. Zenginleştirilmiş ekmekek, yoğurt veya makarna gibi gıdalar kullanmak.
3. Süt tozu veya konsantresi, rendelenmiş peynir, yumurta, taze krema ve kuruyemiş içeren geleneksel gıdalar ekleyerek besin yoğunluğunu artırmak.
4. Sütü içecekler, meyve suları ve smoothie'ler gibi besleyici sıvılar içmek.
5. Yetersiz beslenmeyle ilişkili belirli hastalıklar durumunda, atıştırma olarak kabul edilen veya yemeklere eklenen oral gıda takviyelerini kullanmak.
6. Yaşlı hastaların ağız sağlığına uygun dokuda gıdalar hazırlamak (Schneider, 2014).
7. Çeşitli gıda modifikasyonları ile yaşlıları beslenme konusunda desteklemek.

Gıda modifikasyonları; gıdaları daha güvenli, daha lezzetli ve enerjik hale getirmeyi amaçlayan ayarlamaları içerir. Gıda modifikasyonları; mikro ve/veya makro besin maddelerinin içeriğinde, doku veya lezzetlerinde, organoleptik iyileştirmede veya belirli alerjenlerden kaçınmada yapılan değişikliklerden oluşur. Beslenme içeriğini ve/veya besin yoğunluğunu artırmak (güçlendirilmiş veya zenginleştirilmiş gıda) veya belirli sağlık yararları sağlamak (fonksiyonel gıda) için gıdaya ilave besinler eklenebilir. Uzmanların fikir birliğine vardığı verilere göre bu takviyeler günde en az 400 kcal ve en az 30 g protein sağlamalı ve yetersiz beslenme riski olan tüm yaşlılara diyet desteğine ek olarak uygulanmalıdır. En iyi takviyeleri uyarlamak ve böylece oral gıda takviye tipini yaşlı hastanın özelliklerine göre uyarlamak için aylık bir değerlendirme ile faydaları ve olası uyumu değerlendirmekte önemlidir (Volkert ve diğ., 2019).

Aktif ve sağlıklı yaşlanma sürecinde kullanılabilecek ana besinler hakkında aşağıda önemli bilgiler verilmiştir.

4.1. Süt Ürünleri

Süt ürünleri önemli bir enerji, protein, vitamin (A, B2, B5, B9, B12), mineral (kalsiyum, magnezyum, fosfor ve çinko) ve kolesterol kaynağıdır. Süt ürünlerinin yanında yaşlı bireylere ayrıca B9 ve D vitamini gibi bazı önemli besinler sütü zenginleştirerek verilebilir (Fukushima ve diğ., 2007). Süt ürünleri kalsiyum bakımından zengin olduğu için yaşlılarda bu ürünler yönünden dengeli bir diyet düşmeden kaynaklanan riskli yaralanmaları azaltmakta ve yaşam kalitesini artırmaktadır.

Önemli bir süt ürünü olan probiyotik yoğurt, anti-enflamatuvar aktivitenin yanı sıra tüketimden sonra bağırsak kanalındaki mutajenitede azalma etkisi göstermektedir. Probiyotik suşlar ve/veya laktik asit bakterileri eklenmiş fermente süt veya yoğurt gibi bakteri içeren süt ürünleri bağışıklık sistemini olumlu etkilemektedir. Literatürdeki veriler bu ürünlerin *Clostridium difficile* enfeksiyonu, bulaşıcı hava yolu hastalıkları ve soğuk algınlığı gibi bir dizi patolojide olumlu etkilerinin yanı sıra aşılama protokollerini güçlendirdiğini ve kalsiyum ve D vitamini ile entegre edildiğinde osteoporoz gelişimini azalttığını göstermektedir (Fujita ve diğ., 2013). Süt ürünleri ayrıca beslenme ihtiyaçlarına uygun besinleri sağlamak amacıyla yaşlılar tarafından tercih edilen tatların sunulması için önemli bir matris sağlar.

4.2. Et ürünleri

Fiziksel aktivitelerindeki azalmaya rağmen yaşlıların protein ihtiyacı artmaktadır (Pederson ve Cederholm, 2014). Esansiyel amino asitler, yüksek düzeyde B vitaminleri ve mineraller dahil olmak üzere dikkate değer besinsel özelliklere sahip olan et sağlıklı bir diyetin parçası olan diğer gıdalarla birleştirildiğinde olası vitamin ve mineral eksikliklerini (B12 vitamini, demir, çinko ve selenyum) önlemek için de yararlıdır. Et aynı zamanda önemli biyolojik ve biyokimyasal özelliklere sahiptir. Et içeriğindeki demir bitkilerde veya süt ürünlerinde bulunan hem olmayan demirden daha yüksek bir biyoyararlanım sunar. Et içeriğindeki demir emilimi diğer diyet bileşenlerinden büyük ölçüde etkilenmeyip diğer gıdalardaki demirin emilimini de artırmaktadır (Hurrell ve diğ., 2006). Bu nedenle yaşlılarda dengeli ve yeterli et tüketilmelidir. Ancak yaşlılarda çiğneme güçlüğü, koku ve/veya tat kaybı ve iştahsızlık gibi çeşitli nedenlerle et tüketimini önemli ölçüde azaltmaktadır. Bu durumdaki yaşlılarda ek takviyeler yapılarak protein ihtiyacının giderilmesi gerekir.

4.3. Balık

Özellikle yağlı balıklarda yüksek miktarlarda bulunan n-3 uzun zincirli çoklu doymamış yağ asitlerinin (LC-PUFA), eikosapentaenoik asit (EPA) ve dokosaheksaenoik asidin (DHA) antiinflamatuvar özelliklerinden dolayı balık tüketiminin sağlığa yararlı etkileri bulunmaktadır (Calder, 2011). Yaşlılarda balık tüketiminin daha iyi bir bilişsel performans, hafif bilişsel bozukluk durumunda hafızanın iyileştirilmesi, depresyon semptomlarında azalma, daha düşük kalça kırığı riski ve daha iyi bir böbrek fonksiyonu ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir (Baierle ve diğ., 2014). Bazı çalışmalarda selenyum ve n-3 LC-PUFA'lar arasında sağlık üzerinde sinerjik bir etki olduğu da bildirilmiştir (Berr ve diğ., 2009). Bahsi geçen durumlarda yaşlılarda balık tüketiminin önemli olduğunu göstermektedir.

4.4. Tahıl bazlı gıdalar

Tahıl denilince akla ilk gelen ekmek karbonhidratlar, B vitaminleri (B1, B2, B3, B6, B9) ve mineraller (fosfor, potasyum ve magnezyum) gibi temel besin maddelerinin temel kaynağıdır. Beslenmede özel bir yere sahip olan tahıllar özel karbonhidratlar yönünden zengindir. Tahıllar genellikle kuru ağırlık bazında yaklaşık %50-80 oranında karbonhidrat içerirler. Önemli bir enerji kaynağı

olan nişasta diyetlerde en bol bulunan tahıl polisakkaritidir. Tahıllarda insanlar tarafından kullanılabilen ve kullanılmayan karbonhidratlar vardır. Kullanılabilir karbonhidratlar arasında sindirilen ve emilen nişasta ile çözünebilir şekerler bulunurken, kullanılmayan karbonhidratlar arasında insan bağırsağı tarafından sindirilmeyen dirençli nişasta, selüloz, diyet lifleri ve diğer kompleks polisakkaritler (glukan, pektinler ve arabinoksilanlar) gibi karbonhidratlar bulunmaktadır. Bu maddeler bağırsak mikrobiyotası tarafından fermente edilerek metan, karbondioksit, su ve uçucu yağ asitleri veya kısa zincirli yağ asitleri (SCFA), esasen asetik, propiyonik ve bütirik asit üretilebilir. Karbonhidratlardan üretilen bu ürünlerin birçok farklı özelliği bulunmaktadır. Örneğin Bütirik asit kolositlere enerji sağlar ve mukozayı bütünleştirir, propiyonik asit hepatositler tarafından glukoneogenez için kullanılır, asetik asit ise farklı dokular tarafından Krebs döngüsü için bir substrat veya lipid sentezinde ara madde olarak kullanılır (Cattoia ve diğ., 2020). Tahıllarda bulunan diyet liflerinin de birçok yararlı özellikleri bulunmaktadır. Örneğin Arabinoksilan postprandiyal gliseminin azalmasını teşvik ederken (Kellow ve Walker, 2018), arpa tanesi, yulaf tanesi lifi ve şeker pancarı lifi dışkı kütlelerinde artışı teşvik eder. Buğday kepeği lifi ise bağırsak geçişini teşvik eder ve dışkı kütlelerini artırır (European Comiisssion, 2012).

Yüksek bir besin değerine sahip olan ekmeği beslenme uzmanları gıda piramidinin temel bir bileşeni olarak göstermektedir. Bu sebeplerden dolayı yaşlılarda dengeli tahıl tüketilmelidir. Sağlıklı bir diyet günde 25-35 g diyet lifi içermelidir ve bunun 6 g'ı çözümlü lif olmalıdır (Lattimer ve Haub, 2010).

4. 5. Meyve ve sebzeler

Fitokimyasallar yönünden zengin olan meyve ve sebzeler özellikle polifenollerin anti-enflamatuar özellikleri sağlıklı yaşlanma üzerindeki faydalı etkilerinde önemli bir rol oynamaktadır. Flavonoid bakımından zengin kakao içecekleri veya resveratrol dahil olmak üzere çeşitli polifenoller bilişsel özellikler üzerinde olumlu etkiler göstermektedir (Witte ve diğ., 2014). Yapılan araştırmalara göre polifenollerin, sarkopeni, kronik yorgunluk sendromu ve yetersiz beslenmeyle ilişkili diğer hastalıklara karşı da faydalı etkileri belirlenmiştir (Kim ve diğ., 2013). Başka bir araştırmada Disfazili hastalarda kırmızı şarap (alkolsüz) alımının yutma refleksini kolaylaştırdığı görülmüştür (Ebihara ve diğ., 2010). Yakın zamanda yapılan bir incelemede menopoz sonrası kadınlarda flavonoid kullanımının osteoblastların işlevini desteklediğini ve kronik düşük dereceli

enflamasyonu azalttığını, böylece kemik kaybına karşı koruma sağladığını ve osteoporozu önlediğini öne sürülmüştür (Welch ve Hardcastle, 2014). Yaşlı beslenmesinde olması gereken meyve ve sebzeler direkt tüketilebildiği gibi farklı yemekler yapılarak beslenmeye dahil edilebilmektedir. Ayrıca meyve ve sebze içeriğinde bulunan biyoaktif fitokimyasal bileşiklerin gıdaların zenginleştirilmesinde kullanılabilmesi sayesinde biyoerişilebilirliklerinin ve biyoyararlanımları da artırılabilir. Bu sayede yeterli meyve ve sebze tüketemeyen yaşlılarda biyoaktif fitokimyasal bileşiklerin alınması sağlanabilmektedir (Egert ve diğ., 2012).

4. 6. Sıvı tüketimi

Yaşlılarda özellikle malnütriyon ve anoreksi gibi hastalıkların varlığında, iştahın azalması ve yeme veya içme motivasyonunun azalması, ileri yaşa özgü daha yüksek susama eşiği veya diüretikler gibi ilaçların olumsuz etkileri nedeniyle günlük oral sıvı alımına ulaşılmamaktadır. Bu durumların hepsi yaşlılarda dehidrasyona etki eden faktörlerdir. Su dengesizliğine karşı daha savunmasız olan yaşlı insanlarda dehidrasyon varlığında birkaç gün içinde ölüm gerçekleşebilmektedir (Hooper ve diğ., 2014). Bu durum diğer besin maddelerinin yokluğuna göre çok daha hızlı olmaktadır. Yaşlılarda yetersiz hidrasyon sonucu idrar ve akciğer yolu enfeksiyonları, basınç ülserleri, konfüzyon ve oryantasyon bozukluğuna karşı daha fazla duyarlılık olmaktadır. Yeterli hidrasyon daha az kabızlık, daha az düşme ile daha iyi nöromotor performans, ortopedik hastalarda daha iyi rehabilitasyon sonuçları ve erkeklerde mesane kanseri riskinde azalmaya vesile olmaktadır (Ahmed ve Haboubi, 2010). Bu nedenle yaşlılarda dehidrasyon riskini azaltmak için en iyi önleyici tedbir 24 saatlik bir süre içinde en az 1,7 L sıvının tüketmesidir. Herhangi bir yüksek ateş varlığında ise 38 C'nin üzerindeki her derece için sıvı alımı 500 mL artırılmalıdır (Schols ve diğ., 2009). Eğer yaşlılarda Disfaji mevcutsa sıvıların koyulaştırılmış içeceklerle verilmesi gerekir. Günümüzde farklı içeceklerin mevcudiyetinden dolayı yaşlılara suyun yanında mineralli içecekler, süt, meyve ve sebze suları ve spor içecekleri gibi farklı içecekler verilebilir (Bunn ve diğ., 2015).

SONUÇ

İşlevsel bağımsızlığın ve yaşam kalitesinin korunması yaşlı yetişkinler için birincil öneme sahiptir. Yaşlanma açıkça programlanmış ve ilerleyici bir süreç

olsa da, sağlıklı beslenme ve kilo yönetiminin yaşlanmayla birlikte ortaya çıkan çoğu tipik hastalığın ve işlevsel kaybın başlangıcını güvenilir bir şekilde geciktirmekle kalmayıp, ilerlemesini ve şiddetini durdurabildiğini ortaya koyan çok sayıda araştırma bulunmaktadır. DSÖ'nün "Aktif Yaşlanma Çerçevesi" uygun fiziksel aktiviteye katılmanın, sağlıklı beslenmenin, sigara içmemenin ve alkol ve ilaçların yaşlılıkta akıllıca kullanılmasının hastalık ve fonksiyonel gerilemeyi önleyebileceğini, uzun ömürlü olabileceğini ve kişinin yaşam kalitesini artırdığını belirtmektedir. Yaşlılarda besin açısından yoğun, bitki bazlı ve orta derecede düşük glisemik yüke sahip diyetler, birçok yaşlı yetişkinin beslenme ihtiyaçlarını karşılamak için yeterli sayılabilir. Aktif ve sağlıklı yaşlanma için sağlıklı beslenme konusu düşündüğümüzden daha önemlidir. Farklı beslenme şekilleri, yaşlanmayla birlikte azalan enerji gereksinimlerine rağmen sağlıklı gıdaların yeterli porsiyon boyutlarına ne ölçüde ulaşılabileceği konusunda farklılık gösterebilir. Bu nedenle sağlıklı beslenme şekli için tipik örnek menüler (Akdeniz tarzı diyet, vejetaryen diyet vb.) oluşturularak bunların farklı enerji gereksinimleri seviyelerinde yaşlılar için beslenme yeterliliğini destekleme yetenekleri açısından analiz edilmesi faydalı olacaktır.

KAYNAKLAR

Ahmed, T., Haboubi, N. (2010). Assessment and management of nutrition in older people and its importance to health. *Clin. Interv. Aging*, 5:207-216.

Altan, Öz., Şişman, Y. (2003). Yaşlılara yönelik sosyal politikalar, Kamu-İş, İş Hukuku ve İktisat Dergisi, 7(2): 2-36.

Asi Karakaş, S., Durmaz, H. (2017). Yaşlılık dönemi psikolojik özellikleri ve moral. *Kocatepe Tıp Dergisi*, 18(1): 32-36.

Aslan, D. (2007). Uluslararası sağlık bakış açısıyla yaşlılık. In: Gökçe-Kutsal Y, Aslan D. editors. *Temel Geriatri*, Güneş Kitabevleri, Ankara: 111-117.

Aslan, D. (2011). Yeteri ve dengeli beslenme. (Ed: Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü), *Yaşlı Sağlığı Modülleri-Eğitimciler İçin Eğitim Rehberi*, Anıl Matbaacılık, Ankara. (s.35-46).

Aslan, M., Hocaoğlu, Ç. (2017). Yaşlanma ve yaşlanma dönemiyle ilişkili psikiyatrik sorunlar. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 7(1): 53-62.

Baierle, M., Vencato, P.H., Oldenburg, L., Bordignon, S., Zibetti, M.R. Trentini, C.M. et al. (2014). Fatty acid status and its relationship to cognitive decline and homocysteine

levels in the elderly. *Nutrition*, 6:3624–3640.

Bandein-Roche, K., Seplaki, CL., Huang, J., Buta, B., Kalyan, RR., Varadhan, R., et al. (2015). Frailty in older adults: a nationally representative profile in the United States. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 70(11):1427–34.

Baum, JI., Kim, IY., Wolfe, RR. (2016). Protein consumption and the elderly: what is the optimal level of intake? *Nutrients*, 8(6):359.

Bernstein, M., Muniz, N. (2012). Position of the Academy of Nutrition and Dietetics: Food and nutrition for older adults: Promoting health and wellness. *J. Acad. Nutr. Diet.* 112, 1255–1277.

Berr, C., Akbaraly, T., Arnaud, J., Hininger, I., Roussel, A.M. Gateau, P.B. (2009). Increased selenium intake in elderly high fish consumers may account for health benefits previously ascribed to omega-3 fatty acid. *J. Nutr. Health Aging*, 13, 14–18.

Berryman, CE., Lieberman, HR., Fulgoni, VL., Pasiakos SM. (2018). Protein intake trends and conformity with the Dietary Reference Intakes in the United States: analysis of the National Health and Nutrition Examination Survey, 2001–2014. *Am J Clin Nutr*, 108(2): 405–13.

Bird, JK., Murphy, RA., Ciappio, ED., McBurney, MI. (2017). Risk of deficiency in multiple concurrent micronutrients in children and adults in the United States. *Nutrients*, 9(7):655.

Birleşmiş Milletler (BM) Ekonomik ve Sosyal İşler Dairesi (2017). Dünya Nüfus Tahminleri Raporu; 2017. Erişim Linki: <http://www.un.org.tr/tr/Dünyanüfustahminleri&Submit=Search>. (Erişim Tarihi: 06.07.2023).

Bouillanne, O., Curis, E., Hamon-Vilcot, B., Nicolis, I., Chrétien, P., Schauer, N., et al. (2013). Impact of protein pulse feeding on lean mass in malnourished and at-risk hospitalized elderly patients: A randomized controlled trial. *Clin. Nutr*, 32, 186–192.

Bunn, D., Jimoh, F., Wilsher, S.H., Hooper, L. (2015). Increasing Fluid Intake and Reducing Dehydration Risk in Older People Living in Long-Term Care: A Systematic Review. *J. Am. Med. Dir. Assoc*, 16, 101–113.

Calder, P.C. (2011). Fatty acids and inflammation: The cutting edge between food and pharma. *Eur. J. Pharmacol*, 668:550–558.

Catoia, A.F., Corina, A., Katsikic, N., Vodnard, D.C., Andreicut, A.D. Pantea Stoiane, A., et al. (2020). Gut microbiota and aging-A focus on centenarians. *BBA—Mol. Basis Dis*, 1:1657–1665.

Chang, AY., Skirbekk, VF., Tyrovolas, S., Kassebaum, NJ., Dieleman, JL. (2019).

Measuring population ageing: an analysis of the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet Public Health*,4:e159–67.

Charles, ST., Carstensen, LL. (2010). Social and emotional aging, *Annual Review of Psychology*, 61: 383–409.

Damanti, S., Azzolino, D., Roncaglione, C., Arosio, B., Rossi, P., Cesari, M. (2019). Efficacy of nutritional interventions as stand-alone or synergistic treatments with exercise for the management of sarcopenia. *Nutrients*, 11(9):1991.

Davis, JN., Brietta, MO., Engle-Stone, R. (2020). The double burden of malnutrition: A systematic review of operational definitions. *Curr. Dev. Nutr*, 4:127.

Deutz, NE., Bauer, JM., Barazzoni, R., Biolo, G., Boirie, Y., Bosy-Westphal, A., et al. (2014). Protein intake and exercise for optimal muscle function with aging. Recommendations from the Espen Expert Group. *Clin. Nutr*. 33, 929–936.

Ebihara, S., Maruyama, Y., Ebihara, T., Ochiro, T., Kohzuki, M. (2010). Red wine polyphenols and swallowing reflex in dysphagia. *Geriatr. Gerontol. Int.* 10:329–330.

EFSA. Panel on Dietetic Products, Nutrition and Allergies (NDA). (2012). Scientific Opinion on Dietary Reference Values for protein. *EFSA J.*, 10:2557.

EFSA. Panel on Dietetic Products, Nutrition and Allergies (NDA). (2013). Scientific Opinion on Dietary Reference Values for energy. *EFSA J.*, 11:3005.

Egert, S., Wolfram, S., Schulze, B., Languth, P., Hubbermann, E.M. Schwarz, K., et al. (2012). Adolphi, B.; Bosy-Westphal, A.; Rimbach, G.; Muller, J.M. Enriched cereal bars are more effective in increasing plasma quercetin compared with quercetin from power-filled hard capsules. *Br. J. Nutr.* 107:539–546.

European Commission. Commission Regulation (EU) No 432/2012. (2012). Off. J. Eur. Union, 55:136/1–136/40.

Fujita, R., Imuro, S., Shinizaki, T., Sakamaki, K., Uemura, Y., Takeuchi, A., et al. (2013). Decreased duration of acute upper respiratory tract infections with daily intake of fermented milk: A multicenter, double-blinded, randomized comparative study in users of day care facilities for elderly population. *Am. J. Infect. Control.* 41:1231–1253.

Fukushima, Y., Miyaguchi, S., Yamano, T., Kuburagi, T., Iino, H., Ushida, K., et al. (2007). Improvement of nutritional status and incidence of infection in hospitalized, enterally fed elderly by feeding of fermented milk containing probiotic *Lactobacillus johnsonii* La1. *Br. J. Nutr.* 98:969–977.

Global Report on Falls Prevention in Older Age. World Health Report Life in the 21st century, A vision for all, Geneva, World Health Organization (WHO) 2007a. Erişim

Linki: <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/wp-content/uploads/2014/06/WHO-Global-report-on-falls-prevention-in-older-age.pdf> (Erişim Tarihi: 20.08.2023).

Hamirudin, AH., Charlton, K., Walton, K. (2016). Outcomes related to nutrition screening in community living older adults: A systematic literature review. *Arch. Gerontol. Geriatr*, 2016, 62, 9–25.

Helgoy, I. (2005). Active Ageing and the Norwegian Health Care System. Stein Rokkan Centre for Social Studies, Norway.

Hooper, L., Bunn, D., Jimoh, F.O., Fairweather-Tai, S.J. (2014). Water-loss dehydration and ging. *Mech. Ageing Dev*, 136–137:50–58.

Hurrell, R.F., Reddy, M.B., Juillerat, M.; Cooks, J.D. (2006). Meat protein fractions enhance nonheme iron absorption in humans. *J. Nutr*, 136, 2808–2812.

Hussain, T., Tan, B., Yin, Y., Blachier, F., Tossou, MC., Rahu, N. (2016). Oxidative stress and inflammation: what polyphenols can do for us? *Oxid Med Cell Longev*, 2016:7432797.

Kalınkara, V. (2011). Temel gerontoloji: Yaşlılık bilimi. 1. Baskı, Ankara, Nobel Yayıncılık.

Kalyoncu, S., Tekinsoy Kartın. P. (2021). Aktif Yaşlanma ve Hemşirelik Bakımı. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 8(1): 26-32.

Kellow, N.J., Walker, K.Z. (2018). Authorised EU health claim for arabinoxylan. In Foods, Nutrients and Food Ingredients with Authorised EU Health Claims; Elsevier: Amsterdam, *The Netherlands*, 3:201–218.

Kennedy, BK., Berger, SL., Brunet, A., Campisi, J., Cuervo, AM., Epel, ES., et al. (2014). Aging: a common driver of chronic diseases and a target for novel interventions. *Cell*, 159(4):709–13.

Kim, H., Suzuki, T., Sairo, K., Yoshida, H., Kojima, N., Kim, M., et al. (2013). Sudo, M.; Yamashiro, Y.; Tokimitsu, I. Effects of exercise and tea catechism on muscle mass, strength and walking ability in community-dwelling elderly Japanese sarcopenia women: A randomized controlled trial. *Geriatr. Gerontol. Int.*, 13:458–465.

Lattimer, J.M., Haub, M.D. (2010). Effects of dietary fiber and its components on metabolic health. *Nutrients*, 2:1266–1289.

Mak, TN., Caldeira, S. (2014). The role of nutrition in active and healthy ageing for prevention and treatment of age-related diseases: evidence so far, JRC Science and Policy Reports, EUR 26666 EN.

Minuti, A., Patrone, V., Giuberti, G., Spigno, G., Pietri, A., Battilani, P. and Ajmone

Marsan, P. (2014). Nutrition and Ageing, (Eds: G. Riva, P. Ajmone Marsan and C. Grassi). Active Ageing and Healthy Living, Amsterdam: IOS Press.

Minuti, A., Patrone, V., Giuberti, G., Spigno, G., Pietri, A., Battilani, P. and Ajmone Marsan, P. (2014). Nutrition and Ageing, (Eds: G. Riva, P. Ajmone Marsan and C. Grassi). Active Ageing and Healthy Living, Amsterdam: IOS Press.

Pederson, A.N., Cederholm, T. (2014). Health effects of protein intake in healthy population: A systematic literature reviews. *Food Nutr. Res*, 58, 23364.

Pehlivan, S., Karadakovan, A. (2013). Yaşlı bireylerde fizyolojik değişiklikler ve hemşirelik tanılması. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(3): 385–395.

Roberts, SB., Rosenberg, I. (2006). Nutrition and aging: changes in the regulation of energy metabolism with aging. *Physiol Rev*, 86(2):651–67.

Roberts, SB., Silver, RE., Krupa Das, S., Fielding, RA., Gilhooly, CH., Jacques, PF. (2021). Healthy Aging—Nutrition Matters: *Start Early and Screen Often*. *Adv Nutr*; 12:1438– 1448.

Rudnicka, E., Napierała, P., Podfigurna, A., Męczekalski, B., Smolarczyk, R., Grymowi, M. (2020). The World Health Organization (WHO) approach to healthy ageing. *Maturitas*, 139: 6–11.

Sağlık Bakanlığı. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Türkiye Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı ve Uygulama Programı (2015-2020). (2015). ISBN: 978- 975-590-520-4. Anıl Matbaa. 3-30.

Schneyder, A. (2014). Malnutrition and nutritional supplements. *Aust. Prescr*; 37;120–123.

Schols, J.M., de Groot, C.P., van der Cammen, J., Olde Rikkert, M.G. (2009). Preventing and treating dehydration in the elderly during periods of illness and warm weather. *J. Nutr. Health Aging*, 13:150–157.

Tajvar, M., Arab, M., Montazeri, A. (2008). Determinants of health-related quality of life In Elderly In Tehran, Iran. *Bmc Public Health*, 323-331.

Toraman, F. (2011). Yaşlılarda kas ve iskelet sistemi sorunları. Gerofam –Kanıt Dayalı, *Hakemli Gerontoloji Yönelimli Aile Hekimliği Dergisi*, 2(2): 1-16.

United States Government Accountability Office. (2019). Nutrition Assistance Programs. Agencies could do more to help address the nutritional needs of older adults. Washington (DC): USGA Office, p. 1–64.

Vitetta, L. and Anton, B. (2007). Lifestyle and nutrition, caloric restriction, mitochondrial health and hormones: scientific interventions for anti-aging. *Clinical*

Interventions in Aging, 2: 537-543.

Volkert, D., Beck, A.M., Cederholm, T., Cruz-Jentoft, A.J., Goisser, S., Hooper, L., et al. (2019). ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics. *Clin. Nutr.* 38:10–47.

Welch, A.A., Hardcastle, A.C. (2014). The effects of flavonoids on bone. *Curr. Osteoporos. Rep.* 12:205–210.

Willett, WC. (2002). Balancing life-style and genomics research for disease prevention. *Science*, 296(5568):695-698.

Witte, A.V., Kerti, L., Margulies, D. Flöel, A. (2014). Effects of resveratrol on memory performance, hippocampal functional connectivity, and glucose metabolism in healthy older adults. *J. Neurosci*, 34, 7862–7870.

World Health Organization. (2017). The Double Burden of Malnutrition: Policy Brief; World Health Organization: Geneva, Switzerland. Available online: <http://www.who.int/nutrition/publications/doubleburdenmalnutrition-policybrief/en/> (Erişim Tarihi: 10.09.2023).