ADÖLESANDAN YAŞLILIĞA

FARKLI BOYUTLARIYLA HEMŞİRELİK YAKLAŞIMLARI

Editör: Dr. Öğr. Üyesi Tuğba YARDIMCI GÜREL



YAZARLAR:

Doç. Dr. Sevda ARSLAN
Dr. Öğr. Üyesi Tuğba YARDIMCI GÜREL
Öğr. Gör. Dr. Cevriye YÜKSEL KAÇAN
Hemşire Esra BİRİKTİR
Hemşire Sefa AKKOL

İKSAD
Publishing House

ADÖLESANDAN YAŞLILIĞA FARKLI BOYUTLARIYLA HEMŞİRELİK YAKLAŞIMLARI

EDİTÖR:

Dr. Öğr. Üyesi Tuğba YARDIMCI GÜREL

YAZARLAR:

Doç. Dr. Sevda ARSLAN

Dr. Öğr. Üyesi Tuğba YARDIMCI GÜREL

Öğr. Gör. Dr. Cevriye YÜKSEL KAÇAN

Hemşire Esra BİRİKTİR

Hemşire Sefa AKKOL

İKSAD Publishing House

Copyright © 2019 by iksad publishing house
All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, distributed, or transmitted in any form or by
any means, including photocopying, recording, or other electronic or mechanical methods, without the prior written permission of the publisher, except in the case of
brief quotations embodied in critical reviews and certain other noncommercial uses permitted by copyright law. Institution Of Economic Development And Social
Researches Publications®

(The Licence Number of Publicator: 2014/31220)
TURKEY TR: +90 342 606 06 75
USA: +1 631 685 0 853
E mail: iksadyayinevi@gmail.com
www.iksad.net

It is responsibility of the author to abide by the publishing ethics rules.

Iksad Publications – 2019©
ISBN: 978-625-7029-15-5
Cover Design: İbrahim Kaya
December / 2019
Ankara / Turkey

EDİTÖRDEN

ÖNSÖZ

Dr. Öğr. Üyesi Tuğba YARDIMCI GÜREL **(1 – 3)**

BÖLÜM 1

ERKEN ERGENLİK: PUBERTE PREKOKS

Öğr. Gör. Dr. Cevriye YÜKSEL KAÇAN **(5 - 32)**

BÖLÜM 2

ADÖLESANLARDA İNTERNET BAĞIMLILIĞI İLE DUYGUSAL İSTİSMAR VE PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Hemşire Sefa AKKOL
Doç. Dr. Sevda ARSLAN
Hemşire Esra BİRİKTİR **(33 - 63)**

BÖLÜM 3

HEMŞİRELERİN MEME KANSERİ VE KENDİ KENDİNE MEME MUAYENESİ KONUSUNDA BİLGİ DÜZEYİ VE SAĞLIK İNANÇLARININ İNCELENMESİ

Öğr. Gör. Dr. Cevriye YÜKSEL KAÇAN **(65 - 86)**

BÖLÜM 4

YAŞLILARDA MALNÜTRİSYON ve HEMŞİRELİK BAKIMI

Dr. Öğr. Üyesi Tuğba YARDIMCI GÜREL **(87 - 106)**

ÖNSÖZ

Her yaştan bireylerin, ailelerin ve toplumun sağlığının korunması ve geliştirilmesine yönelik çeşitli sağlık hizmetleri alanlarında yer alan hemşirelik mesleğinin toplumda yaygın olarak görülen sağlık sorunlarına etkili bir şekilde yanıt verebilmek için sürekli bir değişim ve gelişim göstermesi gerekmektedir. Bu değişim çok yönlü ve bütüncül sağlık bakımı sunma çabalarıyla yaşam boyu devam eden bir süreci kapsamaktadır. Dünyada ve ülkemizde hemşirelik alanındaki gelişmelerin yakından takip edilmesi, yeniliklerin farkında olunması ve kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarının kullanılmasında hemşirelik araştırmaları önemli bir yere sahiptir. Bu kitapta toplumun çeşitli kesimlerinden sağlık sorunları ve bu sorunlara yönelik hemşirelik uygulamaları ile ilgili, alanında uzman akademisyenler tarafından hazırlanan bölümler yer almaktadır.

Kitabın birinci bölümünde, Öğr.Gör.Dr. Cevriye YÜKSEL KAÇAN'ın "Erken Ergenlik: Puberte Prekoks" adlı çalışması yer almaktadır. Yazar bu bölümde tüm dünyada ve ülkemizde erken ergenlik olgularının arttığını ve bu nedenle önemli bir halk sağlığı sorunu oluşturduğunu belirtmekte, erken puberte tespitinde erken tanı ve tedavinin önemli olduğunu vurgulayarak bu konuya dikkat çekmektedir.

İkinci bölümde, Hemşire Sefa Akkol, Doç.Dr. Sevda Arslan ve Hemşire Esra Biriktir'in "Adölesanlarda İnternet Bağımlılığı ile Duygusal İstismar ve Psikolojik Sağlamlık Arasındaki İlişkinin

İncelenmesi" adlı çalışmaları yer almaktadır. Yazarlar bu bölümde adölesanlar için önemli bir bilgi kaynağı olan internetin beraberinde bağımlılığı da getirdiğini ve bağımlılığın psikolojik faktörlerle ilişkili olduğunu belirtmektedirler. Eser, teknoloji bağımlılığının giderek arttığı çağımızda bu konuya dikkat çekilmesi açısından literatüre katkı sağlayacak niteliktedir.

Üçüncü bölümde, Öğr.Gör.Dr. Cevriye YÜKSEL KAÇAN'ın "Hemşirelerin Meme Kanseri ve Kendi Kendine Meme Muayenesi Konusunda Bilgi Düzeyi ve Sağlık İnançlarının İncelenmesi" adlı çalışması yer almaktadır. Çalışmada hemşirelerin meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesi konusunda bilgi düzeyi ve sağlık inançlarının incelenmesi amaçlanmıştır. Meme kanserinin, tüm dünyada ve ülkemizde kadınlar arasında en sık görülen ve en çok ölüme neden olan kanser türü olması sebebiyle çalışmanın bu konudaki farkındalığın arttırılmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Dördüncü bölümde, Dr.Öğr.Üyesi Tuğba YARDIMCI GÜREL'in "Yaşlılarda Malnütrisyon ve Hemşirelik Bakımı" adlı çalışması yer almaktadır. Yazar bu bölümde yaşlı nüfusta yaygın görülen bir durum olan malnütrisyondan, hastalar üzerine etkilerinden ve hemşirelik yaklaşımlarından bahsetmektedir. Toplumun giderek yaşlandığı düşünüldüğünde malnütrisyonun önlenmesi, erken tanılanması ve uygun hemşirelik girişimlerinin planlanması önem arz etmektedir. Eser bu konudaki farkındalığın arttırılmasına katkı sağlayacak niteliktedir.

Adölesan çağdan yaşlılığa kadar olan dönemde ortaya çıkan farklı sağlık sorunlarının ele alındığı bu eserin hazırlanmasında emeği geçen tüm yazarlara katkılarından dolayı teşekkür ederim.

Dr. Öğr. Üyesi Tuğba YARDIMCI GÜREL

Sinop/2019

BÖLÜM 1:

ERKEN ERGENLİK: PUBERTE PREKOKS

Öğr. Gör. Dr. Cevriye YÜKSEL KAÇAN[1]

[1] Bursa Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Halk Sağlığı Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Bursa, Türkiye
e-mail: cevriyekacan@uludag.edu.tr

GİRİŞ

Ergenlik (puberte) cinsel olgunluğun tamamlandığı ve üreme fonksiyonunun kazanıldığı, çocukluktan erişkinliğe geçiş dönemidir. Ergenlik döneminde çocukta fizyolojik, psikolojik ve sosyal açıdan birçok değişim gözlenir. Kızlarda ergenlik başlama yaşı 8-13 yaş arasında olurken erkeklerde 9-14 yaş arasında olmaktadır (Gönç, 2009; Hatipoğlu, 2012; Abacı, Çatlı ve Büyükgebiz, 2013). Erken ergenlik ise kızlarda 8, erkeklerde 9 yaşından önce ergenlik bulgularının ortaya çıkması durumudur (Dündar ve Pirgon, 2013). Erken ergenlik gelişen çocuklar, yaşıtlarından önce büyümeye başladıklarından epifiz daha önce kapanır, erişkin boyları kısa kalır. Kendi yaşıtlarından daha gelişkin görünme çabası psikososyal sorunlara yol açar. Kızların, normalden erken dönemde yaşamak zorunda kaldıkları menarş ile baş etmeleri zor olabilir. Erken ergenlik bulguları, eğer altta yatan tıbbi bir problem bulunuyorsa (beyin tümörleri vb) ve tanı konulmakta geç kalınırsa hayatı tehdit edebilir (Dündar ve Pirgon, 2013). Dünyada ve Türkiye'de son yıllarda erken ergenlik olguları artmakta ve önemli bir Halk Sağlığı sorunu oluşturmaktadır. Aldığımız gıdalar içinde bulunan hormonlar ve katkı maddeleri, iklim değişiklikleri ve fiziksel koşullar, kullanılan plastik malzemeler, oyuncaklar içindeki hormon benzeri etki oluşturan kimyasallar da ergenliği erken başlatabilmektedir (Güler ve Akın, 2015). Fastfood tarzı ve yapay endüstri ürünleri ile beslenme alışkanlıkları obeziteye neden olmakta, vücut yağ oranını arttırmak koşuluyla da erken ergenliğe neden olabilmektedir. Gecikmiş ergenlik ise daha çok erkeklerde yaşanan bir durum olmakla birlikte erkeklerde

13.5, kızlarda 13 yaşına kadar herhangi bir ergenlik bulgusunun görülmemesi olarak ifade edilmektedir. Erkeklerde gecikmiş ergenliğe nadiren bazı hormonal ve genetik hastalıklar neden olsa da genellikle nedeni bulunamaz ve fizyolojik bir olay olarak kabul edilir. Kızlarda ise çok daha az rastlanmakla beraber rastlanıldığında ileri tetkikler istenmeli ve altında patolojik nedenler aranmalıdır (Hatipoğlu, 2012).

KURAMSAL YAPI

Adolesan; gelişerek olgunlaşma anlamına gelen Latince bir terimdir. Bu dönem, bedensel ruhsal ve sosyal yönden ayrı ayrı incelenebilecek birçok değişimin bir arada yaşandığı, hem birey hem de bireyin çevresi için oldukça çalkantılı ve sıkıntılı bir dönemdir (Aydın, 2013; Güler ve Akın, 2015). Adolesan genellikle çocuklukla erişkinlik arasında yaşama hazırlık dönemi olarak tanımlanmakta ve halk arasında ergenlik ile eş anlamlı olarak kullanılmaktadır (Ercan, 2008). Oysa adolesan, ergenlikten farklı olarak, bireyin bir erişkin gibi düşünmesi ve davranmasıyla sonuçlanan biyolojik, ruhsal ve psikososyal değişimleri de kapsayan 10-15 yıllık bir süreçken; ergenlik, fiziksel değişiklikleri kapsayan 3-5 yıllık bir süreçtir (Hatipoğlu, 2012). Başka bir deyişle adolesan; ergenlik ile aynı zamanda ve aynı belirtilerle başlamakla birlikte, bireyin büyüme ve gelişmesi tamamlandıktan sonra da psikososyal olgunlaşması gerçekleşinceye kadar devam eden daha uzun bir süreci tanımlamaktadır (Tekirdağ, 2010).

Günümüzde Dünya Sağlık Örgütü (WHO), 10–19 yaş grubunu adolesan, 15–24 yaş grubunu gençlik dönemi, 10–24 yaş grubunu da genç insanlar olarak tanımlamıştır (WHO, 1998). Bugün dünyada 10-

24 yaş arası 1,8 milyar kişi bulunmakta ve bu sayı dünya nüfusunun dörtte birini oluşturmaktadır (UNFPA Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu, 2014). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2014 yılı verilerine göre Türkiye'de 10-19 yaş grubu toplam nüfusun yaklaşık %16.4'ünü, 10-24 yaş grubu da toplam nüfusun yaklaşık %24.4'ünü oluşturmaktadır (TÜİK, 2014). Gerek dünyada gerekse ülkemizde toplam nüfus içerisinde önemli bir paya sahip olan adolesan nüfus, bu dönemde önemli biyopsikososyal değişimler yaşamaktadır (Erci, 2014). Türkiye'de çocuk ve erişkin hastalıkları için tıbbi branşlaşma çok önceden beri mevcutken, adolesan sağlığı konusundaki tıbbi branşlaşma ilk olarak 1958 yılında Hacettepe Üniversitesi'nde başlamıştır. Adolesan dönemde görülen hastalıklarda döneme özgü sıklık artışları olmaktadır ancak, görülen hastalıkların sadece bu döneme özgü olmaması birçok farklı disiplinin işbirliğini ve organizasyonunu gerektirmektedir. Örneğin; polikistik over, amenore jinekolojinin; madde bağımlılığı, anoreksiya nervosa gibi konular psikiyatrinin; troid hastalıkları diyabet, puberte prekoks gibi konular da endokrinolojinin; ilgi alanıdır (Güler ve Akın, 2015).

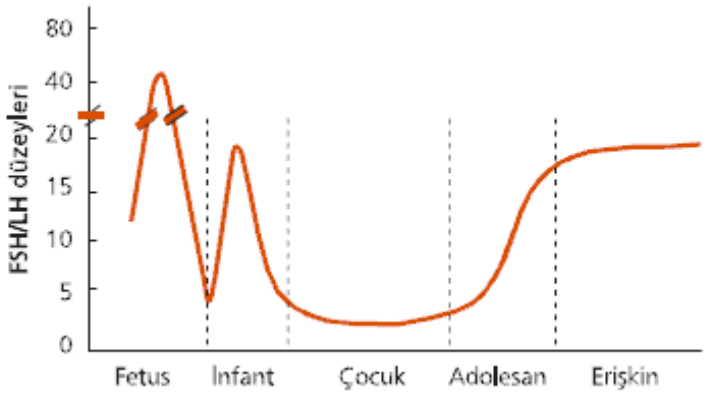
NORMAL ERGENLİK (PUBERTE) FİZYOLOJİSİNDE NÖROLOJİK VE HORMONAL MEKANİZMALAR

Puberte, cinsel olgunlaşma ve üreme yeteneğinin kazanıldığı çocukluktan erişkinliğe geçiş dönemidir (Nathan & Palmert, 2005; Choi & Yoo, 2013). Bu dönemde, birincil (gonad ve genital yapılar) ve ikincil (meme gelişimi, pubik kıllanma, erkeklerde ses değişikliği) cinsiyet özellikleri belirginleşir ve gelişir (Lee, 2003; Traggia &

Stanhope, 2003). Puberteyi kesin olarak neyin başlattığı bilinmemekle birlikte, süreçte, birtakım karmaşık nöroendokrin faktörlerin rol oynadığı bilinmektedir (Abacı, Çatlı ve Büyükgebiz, 2013; Dorn & Biro, 2011; Hatipoğlu, 2012; Traggiai & Stanhope, 2003). Pubertal gelişim, birtakım karmaşık ve koordineli nöroendokrin mekanizmaların beyinde, hipotalamus – hipofizer – gonadal aksa (HHG) aktivasyon kazandırması ile başlamaktadır. Hipotalamus; beynin ön kısmında yer alan, vücuttaki hormonal dengeyi yönetme, vücut ısısını düzenleme, beslenme, cinsellik, korku-nefret kontrolü gibi görevleri olan merkezi sinir sisteminin önemli bir parçasıdır. Hipofiz bezi; vücuttaki hormonal salgıyı sağlamaktan sorumludur. Ön hipfizden büyüme hormonu, arka hipfizden diğer iç salgı bezlerini uyaran hormonlar salgılanır (Santrock, 2014). Beyinde hipotalamusun hipofiz bezini, hipofiz bezinin de gonadları uyarmasıyla HHG aksının aktivasyonu ve olgunlaşması sağlanır. Bu aksın tam olgunlaşması ile birlikte, beyinde hipotalamustan gonadotropin salgılatıcı hormon (GnRH) salgılanmaya başlar (Antoniazzi & Zamboni, 2004; Çatlı ve ark., 2015; Lee, 2003). GnRH salınımının uyarıcısını da harekete geçiren sinyalin niteliği henüz bilinmemekle beraber, başlangıcının takvim yaşından ziyade biyolojik yaşla ilgili olduğu düşünülmektedir. Biyolojik yaş; epifiz gelişimi ve kemik yaşı ile değerlendirilir (Styne, 2001). Kemik yaşının kızlarda 10,7 yıla, erkeklerde 11 yıla ulaşması pubertal bulguların başlaması için önemli bir kriterdir (Abacı, Çatlı ve Büyükgebiz, 2013). Bununla beraber GnRH salınımının aktivite kazanmasında G proteini ile birleşen reseptör GPR54 ve onun alt dalı olan “Kisspeptin”i kodlayan KISS1 geni üzerine çalışmalar yoğunlaşmıştır (Dündar ve

Pirgon, 2013). Birkaç memeli türü ile yapılan çalışmalarda kisspetinlerin KISS1R'i aktive ederek hipofizden gonadotropinlerin (FSH ve LH) salınımını uyardığı ve düzeyini arttırdığı gösterilmiştir (Dedes, 2012). FSH; kadında folikül gelişimini, erkekte sperm üretimini uyarır. LH; kadında kadınlık hormonu olan estrojen salgısını ve yumurta gelişimini, erkekte ise erkeklik hormonu olan testosteron üretimini düzenler (Kuhn et al., 2010). Testosteron ve estrojen birlikte "cinsiyet hormonları" olarak da anılır.

HHG aktivasyonu ve beraberinde GnRH salınımı, aslında anne karnında 8-12'inci haftadan itibaren aktifleşmekte (Berberoğlu, 2010), kızlarda 22-25., erkeklerde ise 34-38. haftalarda doruğa çıkmaktadır. Yenidoğanda ve yaşamın ilk aylarında gonodotropinler ve cinsiyet hormonları pubertal düzeylerde bulunmaktadır. Bu döneme "yenidoğanın mini pubertesi" denir ve yenidoğan kızda ilk aylarda memelerde hafif şişlik, yenidoğan erkekte ise testis hacminde artma görülebilir (Dündar ve Pirgon, 2013; Hatipoğlu, 2012). Daha sonra aktive olmuş olan HHG aksı çocukluk döneminden puberteye kadar baskılı tutulup puberte ile birlikte yeniden bir aktivasyona uğrar (Dündar ve Pirgon, 2013; Gönç, 2009). Şekil 1 gonodotropinlerin (FSH/LH) doğum öncesi ve sonrasındaki salgılanma seyrini göstermektedir (Hatipoğlu, 2012).

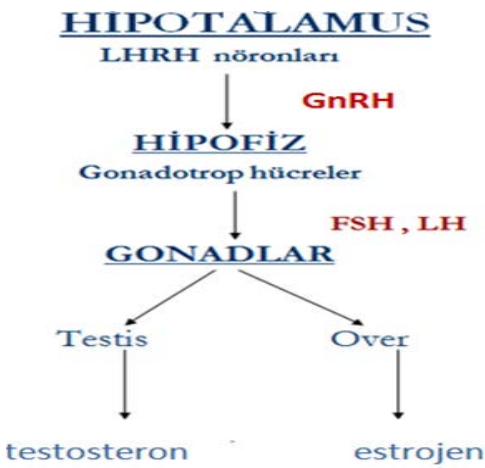


Şekil 1. Gonodotropinlerin (FSH/LH) doğum öncesi ve sonrasındaki salgılanma seyri

Kaynak: Hatipoğlu N. (2012). Pubertal Dönem ve Sorunları. Türk Aile Hek Derg, 16, 1-13.

Puberte ile birlikte tekrar aktive olan HHG aksı hipotalamustan GnRH salınımı yapar ve bu salınım da hipofizden gonodotropinlerin salınımını uyarır. LH ve FSH'ın salınımıyla beraber de gonadlar uyarılır ve cinsiyet hormonlarının (testosteron ve estrojen) sentezi başlar. Böylece ikincil cinsiyet karakterlerinin gelişimi başlar (Ercan, 2005; Çayır ve Çayır, 2013). Testosteron erkeklerde penisin ve prostat bezinin büyümesi, sakal-bıyıkların çıkması, erkek tipi saç ve alın çizgisinin oluşmasından sorumluyken estrojenin etkisi kadınlarda; meme dokusu, rahim, vücut yağ dağılımı ve kemikler üzerine olmaktadır (Ercan, 2005). Estrojen ve testosteron hormonlarının ikisi de her iki cinste üretilmekle beraber erkekte ya da kadında daha güçlü işlev görmeleri bakımından özelleşirler (Santrock, 2014). Kızlarda

meme dokusundaki, erkeklerde ise testis hacmindeki artış pubertenin ilk bulgusu olarak değerlendirilir.



Şekil 2. Hipotalamus-Hipofiz-Gonad Aksı (HHG)

Kaynak: Santrock, W.J. (2014). Puberte Sağlık ve Biyolojik Temeller, ed. Siyez D.M., Ergenlik, 14. baskı, Ankara, Nobel Akademik Yayıncılık, 52-53.

Bu hormonların düzenlenmesi negatif feed back sistemiyle olur. Tetosteron-estrojen düzeyi çok artarsa hipotalamusa uyarı gönderir ve FSH-LH üretimini düşürerek gonadlara yaptıkları uyarıları azaltır. Aksi durum olursa, yani tetosteron-estrojen düzeyi çok düşerse hiptalamusa yapımı için uyarı gönderilir. Şekil 2, HHG aksını ve geri bildirim sisteminin nasıl çalıştığını göstermektedir (Santrock, 2014).

Puberte gelişiminde önemli iki faz vardır. Bunlar "adrenarş" ve "gonadarş"tır (Ercan, 2005). Adrenarş; böbrek üstünde bulunan adrenal bezlerdeki hormonal değişimleri kapsar. Bu değişimler gonodal

pubertenin başlamasından, yani HHG aksının etkinleşmesinden yaklaşık 2 yıl önce başlar. Kızlarda 6-9 yaşında, erkeklerde ise bundan yaklaşık 1 yıl sonra meydana gelir (Santrock, 2014). Bu artış her iki cinste de pubertede izlenen aksiller ve pubik kıllanmadan sorumludur (Ercan, 2005). Puberteyi başlatan mekanizmanın bilinemediği gibi adrenarşı da neyin başlattığı bilinmemektedir (Hatipoğlu, 2012). Gonadarş ise birincil cinsiyet özelliklerinin olgunlaşmasını kapsayan puberte dönemidir. Bu dönem, adrenarşı 2 yıl ara ile takip eden ve çocukluk dönemine kadar baskıda tutulmuş olan HHG aksının yeniden aktive olma dönemidir (Santrock, 2014).

Puberte başlangıç yaşı, cinsiyet, ırk ve yaşam koşulları gibi etkenlere bağlı olarak değişebilmektedir (Çayır ve Çayır, 2013; Gönç, 2009; Styne, 2001). Fakat kızlarda puberte bulguları erkeklere göre 1 yıl erken başlamaktadır ve bu durumun fetal hayatta gelişimin duyarlı olduğu bir dönemdeki uyarıların kalıcı ve uzun dönem etkilere yol açtığı, prenatal programlama olarak da ifade edilen durum sonucu olduğu düşünülmektedir (Kosut et al., 1997). Kızlarda puberte başlama yaşı 8-13 yaş civarında olurken erkeklerde 9-14 yaş civarında olmaktadır (Gönç, 2009; Hatipoğlu, 2012; Abacı, Çatlı ve Büyükgebiz, 2013). Pubertenin başlamasındaki bireysel farklılıkların temel kaynağını bireysel, çevresel ve genetik faktörler oluşturmaktadır (Choi & Yoo, 2013). Örneğin ilk menarş yaşının aynı etnik populasyonda, anne ve kız arasında önemli benzerlik göstermesi genetik faktörlerin önemini göstermektedir (Abacı, Çatlı ve Büyükgebiz, 2013; Erci, 2014). Pubertal bulguların başlamasında genetik faktörler kadar bireyin bulunduğu sosyoekonomik ve çevresel koşullar da önemlidir.

Güneşlenme süresi, coğrafi konum, kronik hastalıklar, sık tekrarlayan enfeksiyonlar, hava kirliliği, iklim, etnik özellikler, beslenme (alınan kalori miktarı, proteinin tipi, diyetteki yağ miktarı), endokrin bozuculara maruz kalma (fitoostrojenler, orgonaklorin pestisidler vs.), fiziksel ve ruhsal stres puberteyi etkileyen önemli faktörlerdir (Dedes, 2012; Gluckman & Hanson, 2006; Pinyerd & Zipf, 2005). Yüksek rakımlı bölgelerde yaşayan kız çocuklar, deniz seviyesinde yaşayanlara göre daha geç puberteye girmektedir (Abacı, Çatlı ve Büyükgebiz, 2013). Siyah ırkta kız çocuklarında pubertal bulguların daha erken başladığı saptanmıştır (Kaplowitz, 2006). Pubertenin ve menarşın başlamasında belirli bir vücut yağ kitlesine ulaşmak, pubertal bulguların fizyolojik başlama yaşına ulaşmaktan daha önemlidir (Pinyerd & Zipf, 2005). HHG aktivasyonunda vücut ebatlarından ziyade vücut yağ kitlesinin önemli olduğu vurgulanmaktadır (Ebling, 2005). Anoreksiya nervoza gelişen çocuklarda, ağır spor ile uğraşanlarda, yetersiz veya malnütrisyonlu hastalarda, yağ dokusunun belirgin derecede az olması nedeniyle pubertal bulguların başlaması gecikmektedir. Ayrıca yağ kitlesi fazla olan obez çocuklarda yağın (özellikle leptin'in) pubertal bulguların (özellikle menarşın) yaşıtlarına göre daha erken başlamasına yol açtığı bildirilmektedir (Apter & Hermanson, 2002; Pinyerd & Zipf, 2005; Terasawa et al., 2012).

PUBERTE PREKOKS

Puberte Prekoks (PP); ikincil cins bulgularının belirdiği yaşın, normal popülasyona göre 2,5 standart sapma puanından (SD) önce başlamasıdır. Genel anlamda kızlarda 8, erkeklerde ise 9 yaşından önce puberte bulgularının ortaya çıkmasıdır (Dündar ve Pirgon, 2013; Hatipoğlu, 2012; Muir, 2006; Sorenson et al., 2012; Tekirdağ, 2012). Erken puberte; santral-gerçek (SEP) ve periferik-yalancı (PEP) erken puberte ve normal pubertenin varyantları olarak üç başlıkta değerlendirilir. SEP sıklığının 1:5000 ile 1:10.000 arasında olduğu tahmin edilmekte ve (Antoniazzi & Zamboni, 2004; Çayır ve Çayır, 2013; Hatipoğlu, 2012) kız çocuklarda erkek çocuklara oranla 10 kat daha fazla rastlanmaktadır (Dündar ve Pirgon, 2013; Gönç, 2009). SEP'te puberte aktivasyonu, HHG aksının çalışması sonucu salınan cinsiyet hormonları ile gerçekleşirken, PEP'te puberte aktivasyonu; cinsiyet hormonlarının hipotalamus ya da hipofizden salgılanan hormonlardan bağımsız olarak farklı nedenlerle salgılanması sonucu gerçekleşir (Dündar ve Pirgon, 2013).

A. Puberte Prekoksta Etiyoloji

A.1. SEP' te Etiyoloji

SEP'in en önemli nedeni idiyopatiktir. Özellikle kız çocuklarında ve altı yaşından büyük olanlarda organik bir nedeni saptanmayan SEP olguları daha fazladır (Partsch, Heger & Sippell, 2002). Ancak dört yaş altında başlayan ve erkek PP olgularında altta yatan bir patoloji bulma olasılığı yüksektir. Erkek çocukların %40'ından fazlasında santral sinir

sistemi (SSS)'ni ilgilendiren bir patoloji saptanmıştır (Dündar ve Pirgon, 2013). Hem kızlarda hem erkeklerde SSS'ye bağlı organik nedenler arasında hipotalamik hamartom adı verilen beyin tümörü önemli bir yer tutmaktadır. Bu tümör genellikle küçük, büyümeye meyili olmayan ve kitle etkisi yapmayan bir tümördür. Tümör içinde GnRH hormonu salgılayan patolojik yapılar bulunur, buradan zamansız ve erken salınan GnRH, HHG aksını çalıştırır ve cinsiyet hormonlarının etkisi başlar (Partsch, Heger & Sippell, 2002). Hipotalamik hemartromun oluşturduğu SEP; küçük yaşlarda, özellikle de 3 yaşından önce ortaya çıkmaktadır (Dündar ve Pirgon, 2013).

Kızlarda SEP'in hem annenin hem de babanın taşıyıcı olduğu genetik faktörlerden dolayı ortaya çıktığı ve organik bir nedenin saptanamadığı belirtilmektedir (Cravo et.al, 2013). SSS'nin diğer tümörlerine bağlı olarak da SEP gelişebilmektedir. Bu durumlarda baş ağrısı, görme bozuklukları, Tip 1 Diyabet gibi ek bulgular tabloya eşlik edebilir. Bu nedenle erken ergenlik bulguları tespit edilen her olguda, özellikle erkeklerde SSS tümörlerini ekarte edebilmek için görüntüleme (MRI, Tomografi) yapılması önerilmektedir.

Yapılan çalışmalarda SEP'in evlatlık olan çocuklarda 10-20 kat daha fazla görüldüğü saptanmıştır. Evlatlık çocuklardaki bu durumun sebebi tam olarak anlaşılamamıştır. Fakat görüşler, evlatlık edinilen çocuğun yeni evine kronik bir yetersiz beslenme ile ve buna bağlı boy-kilo kaybıyla gelmiş olabileceği, evlatlık sonrası ise beslenme ve psikososyal durumun geliştirilmesiyle beraber hızlı bir şekilde pubertal seviyedeki boy-kiloyu yakalaması yönündedir (Fuqua, 2013; Mul & Hughes 2008).

A.2. PEP'te Etiyoloji

PEP; cinsiyet hormonlarının, yani erkeklerde testosteronun, kızlarda ise estrojen salınımının hipotalamus kontrolünden bağımsız olarak artması sonucunda ortaya çıkmaktadır (Çayır ve Çayır, 2013). Uzun süre cinsiyet hormonlarına maruz kalmak, kemik gelişimini ve kemik yaşını ilerletir, hipotalamik merkezlerin uyarılmasına yol açarak HHG aksını çalıştırır (Gönç, 2009). Erkeklerde en sık görülen PEP nedeni, hCG hormonu salgılayan tümörler ile böbrek üstü bezi hastalığı olan konjenital adrenal hiperplazilerdir ve PEP'li erkek olgularda öncelikle akla gelmesi ve ekarte edilmesi gereken patolojilerdir. Bu tümörler erkeklerde erken yaşlarda testis hacminde artma ve peniste uzamaya sebep olurlar (Hatipoğlu, 2012). PEP etyolojisinde önemli yer tutan konjenital adrenal hiperplaziler erkek çocuklarında izoseksüel yani çocuğun kendi cinsiyetine özgü ikincil cinsiyet karakterlerinin gelişmesine neden olurken, kız çocuklarda geliştiğinde ise ise kontraseksüel yani karşı cinsiyete özgü gelişimler görülür.

Kızlarda yumurtalıklardaki kist ve ya tümörlerden salgılanan estrojen hormonu nedeniyle PEP gelişebilmektedir. Puberte öncesi kızlarda yumurtalıklardaki foliküllerin boyutu 8 mm'yi geçmemektedir. Bu boyutun üzerindeki kistlerden estrojen salgılanması olabilir; Böylece erken puberte bulguları ve düzensiz vajinal kanamalar gözlenebilir (Dündar ve Pirgon, 2013).

Kızlarda daha fazla rastlanmakla birlikte hem kız hem erkeklerde önemli bir PEP sebebi olan McCune Albright sendromu; hücre içi mesaj ileti sistemindeki bir mutasyon sonucu oluşur ve bu mutasyonu

sonucu ortamda gonadotropinler olmadığı halde cinsiyet hormonları salgılanır, bu hormonlara özgü ikincil cinsiyet karakterleri görülür. (Berberoğlu, 2010; Gönç, 2009). Önemli bulguları; deride kahverengi renklenme (cafe au lait), ilerleyici kemik hastalığı (fibröz displazi) ve bir ya da daha fazla endokrin mekanizmanın çalışmasıyla karakterize çoklu sistem hastalığıdır (Roka ve ark. 2010). Tanı için en az iki bulgunun olması yeterlidir.

A.3. Normal Puberte Varyantları (Değişkenleri)

İkincil cins karakterleri erken gelişmiş çocuklarda puberte varyantları olarak da adlandırılan, patolojik olmayan ve tedavi gerektirmeyen prematür telarş, prematür adrenarş ve prematür menarş, SEP ve PEP'ten daha sık karşılaştığımız durumlardır.

A.3.1. Prematür Telarş:

Erken ergenliğin diğer bulguları olmadan tek veya çift taraflı olarak 8 yaştan önce meme dokusunun büyümesidir. Bu bozukluk genellikle 2 yaş öncesi görülmekte ve kendiliğinden kaybolmaktadır (Midyett, Moore & Jacobson, 2003). Kızlarda görülen en sık erken olgunlaşlma formudur (sıklığı: 21/100.000) (Hatipoğlu, 2012). Büyüme ve genel sağlık üzerine olumsuz bir etkisinin olmadığı, 10-35 yıllık çalışmalarla rapor edilmiştir (Dündar ve Pirgon, 2013).

A.3.2. Prematür Adrenarş ve Pubarş:

Erken ergenliğin diğer bulguları olmadan kızlarda 8, erkeklerde 9 yaş öncesi aksiller ve genital kıllanmanın olmasıdır. Kızlarda erkeklerden 10 kat daha fazla görülmekte ve düşük doğum ağırlığı ile ilişkili olduğu düşünülmektedir (Utriainen, Voutilainen & Jääskeläinen, 2009). Çeşitli epidemiyolojik çalışmalar, bu olguların yetişkinlikte insülin direnci, iskemik kalp hastalıkları, hipertansiyon gibi hastalıkların gelişimine yatkın olduklarını göstermiştir (Çayır ve Çayır, 2013).

A.3.3. Prematür Menarş:

Kız çocuklarında, özellikle 1-9 yaş arasında, diğer erken ergenlik bulguları olmaksızın vajinal kanamanın olmasıdır. Etiyolojisi tam olarak bilinmemekle beraber böyle bir durumda diğer tüm olası ihtimaller (yabancı cisim, travma, cinsel taciz, tümör, enfeksiyon ve diğer vajinal kanama nedenleri) ekarte edilmelidir (Nebesio & Eugster, 2007). 2009 yılında yapılmış olan bir çalışmada menarş başlama yaşından iki genin sorumlu olduğu (LIN28B ve 9q31.2) düşünülmektedir (Park et al., 2012).

Erken puberte; ister santral ister periferal olsun tüm tiplerinde, cinsiyet hormonlarının artması nedeniyle hızlı boy artışı, vücut ve kemik gelişiminde hızlanma sebebiyle çocukluk çağında uzun boya neden olsa da, ileri yaşlarda kemik epifizlerinde erken kapanmaya yol açarak erişkin dönemde boy kısalığına neden olmaktadır. Santral erken pubertesi olan ve tedavi almayan kızlarda ortalama boy 151-155 cm

iken, erkeklerde ise 155-163 cm arasında olmaktadır. Böylelikle boy, ortalama ailevi boyun altında kalmaktadır (Dündar ve Pirgon, 2013).

B. Puberte Prekoksta Tanısal Değerlendirme

Erken pubertenin tanısal incelemesinde; kapsamlı bir öykü, sistemik ve pubertal değerlendirmenin yapıldığı ayrıntılı bir fizik muayne ve bu bulgular eşliğinde yönlendirilecek laboratuvar ve görüntüleme testleri yer almaktadır (Gönç, 2009).

B.1. Öykü

Aile bireylerinin puberteye girme zamanı ve boyları, bireydeki fiziksel değişikliklerin başlama zamanı, SSS hastalıklarını düşündürecek bulgular, ilaç kullanma öyküsü (kozmetik ya da yiyecekler nedeniyle cinsiyet hormonlarına maruz kalma) ve psikososyal durum tıbbi öyküde sorgulanması gereken durumlardır (Çayır ve Çayır, 2013).

B.2. Fizik Muayene

Erken pubertede görülen fiziksel değişiklikler çok hızlıdır. Kemik yaşı hızlı ilerler ve kemik yaşı takvim yaşına göre büyüktür. Kızlarda meme gelişiminde hızlı evre atlama söz konusudur ve bu nedenle meme gelişimi Tanner evrelemeye göre dikkatle incelenmelidir. Boy kilo ve vücut bölümlerinin oranları ölçülmelidir. Pubik kıllanma da Tanner'e göre değerlendirilmeli, vajen mukozası ve renk değişiklikleri dikkatle incelenmelidir (Dündar ve Pirgon, 2013). Estrojen etkisi altında olmayan vajen parlak kırmızı renkte iken estrojen etkisi ile soluk pembe

renge dönüşmektedir (Gönç, 2009). Erkekte ise testis boyutu ölçümü, pubik ve aksiller kıllanma yine Tanner evrelemesine göre değerlendirilmeli, uzatılmış penis boyu ölçülmelidir. SEP'te testis boyutları artarken, PEP'te pubertal büyüklüğe ulaşmaz (Partsch, Heger & Sippell, 2002). Bunlara ilave olarak tabloya ek bulguların eşlik edip etmeme durumu da (menstruasyon, vajinal akıntı, akne, yağlı cilt, erkeklerde noktürnal emisyon) dikkatle incelenmelidir.

Hem erkek hem kızlarda McCune Albright sendromuna özgü cilt bulgularına dikkat edilmeli, kemik deformiteleri açısından özellikle uzun kemikler ve kafatası incelenmelidir (Carel & Leger, 2008).

B.3. Laboratuvar ve Görüntüleme Tetkikleri

Erken puberte şüphesi olan olguda, her iki cinste de sabah erken saatlerde FSH, LH düzeyleri, erkeklerde testosteron, kızlarda estrojen düzeyleri bakılmalıdır. Kemik yaşı tayini için sol el bileği grafisi, kızlarda rahim ve yumurtalık boyutları için pelvik ultrasonografi öncelikle istenecek tetkiklerdir (Dündar ve Pirgon, 2013). Bu tetkiklerde erken puberte şüphesi yüksek çıkan olgularda ise tanıyı kesinleştirmek için GnRH ve ya GnRH analoğu testi yapılmalıdır. GnRH ile yapılan testte 30-40. dakikada, GnRH analoğu ile yapılan testte ise 60. dakikada ölçülen LH değerinin 5 IU/L (son yıllarda bu sınırı 3.5 IU/L olarak kabul edenler de vardır) üzerinde olması, ya da bazal LH/FSH oranının 0.3 IU/L üzerinde olması (son yıllarda bu oranın 0.24 IU/L olması da sınır değer olarak kabul görmektedir) erken puberte tanısını koydurur (Gönç, 2009; Resende et al., 2007). Erkek çocuklarda saptanan erken puberte olgularında SSS'ye bağlı bir patoloji

çıkma oranı çok yüksek olduğundan (%40), erken puberte ön tanısıyla kabul edilmiş tüm erkek çocuklarına manyetik rezonans görüntüleme (MRI) yapılmalıdır. SEP saptanan kız çocuklarında ise ancak %8 oranında SSS'yi ilgilendiren bir patoloji olması ve özellikle de altı yaşından sonra bu sıklığın daha da azalması nedeniyle kız çocuklarında rutin olarak MRI istenmesi tartışmalıdır (Carel & Leger, 2008).

B.4. Tedavi

Tedaviye başlamadan önce erken pubertenin ilerleme hızı tespit edilmelidir. Çünkü birçok erken puberte ön tanısı ile başvuran kızlarda bazen puberte bulguları erken bir yaşta başlamış olsa bile ilerleme hızı yavaş bir tempoda olmaktadır (British Society for Paediatric Endocrinology and Diabetes, 2011; Fuqua, 2013).

Erken puberte de tedavinin 2 amacı vardır:

- Cinsiyet hormonlarının etkisi ile epifizlerin erken kapanarak erişkin boyun kısa kalmasına engel olmak,
- Puberte bulgularını normal başlama zamanına kadar durdurmak; yaşına ve yaşıtlarına uygunsuz olan erken pubertal gelişim nedeniyle gelişebilecek psikososyal bozukluklardan korumak (Gönç, 2009).

Yapılan çalışmalar erken puberte gelişen çocukların normal zamanda puberteye giren çocuklara oranla daha fazla cinsel suistimale maruz kaldıklarını ve kötü madde kullanımının daha yüksek olduğunu göstermektedir. Ayrıca erken puberte gelişen çocukların okul başarılarının daha kötü olduğu, özellikle erkek çocuklarda eğitimini

tamamlayamama ve anti sosyal kişilik bozukluğu sorunları tespit edilmiştir (Mul & Hughes, 2008).

SEP'te tedavi 1980'li yıllardan beri GnRH analoğudur. GnRH 28 günde bir kas içi enjeksiyon şeklinde uygulanmaktadır. Son yıllarda 3 ayda bir yapılan formu da kullanılmaktadır. Normal puberte fizyolojisinde salınan GnRH, HHG aksının aktive olmasını sağlarken GnRH analoğu HHG aksını bastırmaktadır (Gönç, 2009; Mul & Hughes, 2008). Böylece;

1. Pubertal gelişimin baskılanır.
2. İkincil cinsiyet özelliklerinin durdurulması ve gerilemesi sağlanır.
3. Erken menarş ve seksüel aktivite önlenir.
4. İskelet gelişimi geciktirilir.
5. Epifizlerin kapanmasının geciktirilmesi ile yetişkinlik boyu korunur.
6. Psikososyal ve davranışsal problemlerin önüne geçilir (Antoniazzi & Zamboni, 2004).

Tedaviye kız ve erkek çocuklarında normal puberteye girme zamanlarına kadar devam edilir (Gönç, 2009). Tedaviyle edinilecek boy kazancını puberte bulgularının başlamasıyla tedaviye başlama süresi arasındaki süre belirlemekte; bu süre ne kadar kısa ise kazanılan boy o kadar fazla olmaktadır. Bir çalışmada; 5 yaşından önce tedaviye başlanması ile ortalama boy 164,3 cm olurken, 5 yaşından sonra bu değerin tedavi alanlarda 157,6 cm, tedavi verilmeyenlerde ise 152,7 cm olduğu gösterilmiştir (Larsen, 2003). Bu nedenle birçok araştırmacı

tedavinin 6 yaştan önce başlandığında faydalı olduğunu savunmaktadır. Avrupa ve Amerika'daki çocuk endokrin dernekleri (Lawson Wilkins Pediatric Endocrine Society ve European Society for Pediatric Endocrinology) tarafından bu yaştan sonra tedavi önerilmemektedir (Carel, 2009). Erken puberteye bağlı boy kısalığını önlemek amacıyla GnRH agonistleriyle beraber büyüme hormonu takviyesi önerileri bulunmaktadır ancak, bu kombinasyonun boy kazanımı üzerine herhangi bir faydası saptanamamıştır. Bu nedenle bu dernekler; boyu uzatma amacı ile büyüme hormonu takviyesini önermemektedir (Carel, 2009).

GnRH analoğu tedavisinin çok belirgin yan etkileri olmamakla beraber; allerji, baş ağrısı, enjeksiyon bölgesinde ağrı görülebilir. Tedavinin vücut ağırlığını artırdığına ve osteoporoza neden olduğuna dair şüpheler, uzun dönem izlemli çalışmalarla ekarte edilmiştir (Lazar et al., 2001; Pasquino et al., 2008). PEP tedavisi ise SEP'te olduğu gibi standart ve etkin bir tedavi değildir. Tedavi; bulgulara yönelik ortaya çıkan patolojilerin tedavisine yöneliktir (Gönç, 2009).

GENEL DEĞERLENDİRME VE ÖNERİLER

Hala tam olarak belirlenememiş HHG aksını aktive eden faktörlerin gerekliliği açıktır ve yeni çalışmalara ihtiyaç vardır. Bu faktörlerin açıklığa kavuşturulması, hedefe yönelik yaklaşımlar ve tedbirler açısından aydınlatıcı olacaktır.

Ülke açısından sağlıklı nesiller yetiştirilmesi ve sağlıklı genç nüfus dinamiği açısından düşünüldüğünde; kızlarda 8, erkeklerde 9 yaşından küçük çocuklara sağlık bakanlığı ve ilgili kuruluşların işbirliği ile rutin olarak belirli aralıklarla kemik yaşı tayini testi ve LH-FSH hormon düzeyi testleri yapılması ve bu sistemin ulusal sağlık taramaları politikaları kapsamına alınması, erken puberte tespitinde erken tanı ve tedavi açısından aydınlatıcı olabilir.

Erken puberte olgularının sıklığı, belirti-bulguların özellikleri ve değişkenliği, sayıları gibi konularda ortak bir dil konuşabilmek adına, Türkiye'de ve dünyada tüm endokrinoloji kliniklerinin kayıtlı olduğu ve vakaların nicel-nitel özelliklerinin kayıt edildiği ortak bir veri tabanının oluşturulması, ileriki dönem takip ve hedefe yönelik stratejiler belirlemek adına yol gösterici olacaktır.

KAYNAKÇA

Abacı, A., Çatlı, G., Büyükgebiz, A. (2013). Adolesanda Fiziksel ve Seksüel Gelişme. Türkiye Klinikleri J Pediatr Sci, 9(2),1-9.

Antoniazzi, F., Zamboni, G. (2004). Central precocious puberty: current treatment options. Paediatr Drugs. 6(4), 211-231.

Apter, D., Hermanson, E. (2002). Update on female pubertal development. Curr Opin Obstet Gynecol, 14(5), 475-481.

Aydın, D. (2013). Adölesan Gebelik ve Adölesan Annelik. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 16(4), 250-254.

Berberoğlu, M. (2010). Erken Puberte. Turkish J. Pediatr, 4(1), 61-64.

British Society for Paediatric Endocrinology and Diabetes (2011). https://www.bsped.org.uk/patients/docs/PRECOCIOUS_PUBERTY_TR_VERSION.pdf Erişim Tarihi: 03.12.2017.

Carel, J.C., Eugster, E.A., Rogol, A., Ghizzoni, L., Palmert, M.R. (2009). Consensus statement on the use of gonadotropin-releasing hormone analogs in children. Pediatrics, 123(4), 752-62.

Choi, J.H., Yoo, H.W. (2013). Control of Puberty: Genetics, Endocrinology, and Environment. Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes, 20(1), 62-68.

Cravo, R.M., Frazao, R., Perello, M., Osborne- Lawrence, S., Williams, K.W., Zigman, J.M., et al. (2013). Leptin signaling in kiss1 neurons arises after pubertal development. PLoS One, 8(3), 586-598.

Çatlı, G., Erdem, P., Anık, A., Abacı, A., Böber, E. (2015). Santral Erken Puberte ve Prematür Telarş Ayırıcı Tanısında Klinik Ve Laboratuvar Bulgular. Türk Ped Arş, 50(1), 20-26.

Çayır, Y., Çayır, A. (2013). Birinci Basamakta Erken Puberteli Çocuğa Yaklaşım. Tıp Araştırmaları Dergisi, 11(Ek 3/Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları), 1-4.

Dedes, I. (2012). Kisspeptins and the control of gonadotrophin secretion. Syst Biol Reprod Med, 58(3), 121-128.

Dorn, L.H., Biro, F.M. (2011). Puberty and its measurement: A decade in review. J Res Adolesc, 21(1), 180-195.

Dündar, B., Pirgon, Ö. (2013). Erken Ergenlik. Türkiye Klinikleri J Pediatr Sci, 9(2), 20-30.

Ebling, F.J.P. (2005). The neuroendocrine timing of puberty. Reproduction, 129(6), 675-683.

Ercan, G. (2005). Puberte Fizyolojisi. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Adolesan Sağlığı Sempozyum Dizisi, 43, 9-16.

Ercan, O. (2008). Adolesanın Fiziksel Gelişimi. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi No:63, 13-18.

Erci, B. (2014). Halk Sağlığı Hemşireliği, 2. Baskı, Amasya, Göktuğ Yayıncılık, 141.

Fuqua, S.J. (2013). Treatment and Outcomes of Precocious Puberty: An Update. J Clin Endocrinol Metab, 98(6), 2198–2207.

Gluckman, P.D., Hanson, M.A. (2006). Evolution, development and timing of puberty. Trends Endocrinol Metab, 17(1), 7-12.

Gönç, N.E. (2009). Normal Puberte Gelişimi ve Puberte Prekoks. Hacettepe Tıp Dergisi, 40(3), 164-168.

Güler, Ç., Akın, L. (2015). Halk Sağlığı Temel Bilgiler III. Cilt, 3. Baskı, Ankara, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, 486-487.

Hatipoğlu N. (2012). Pubertal Dönem ve Sorunları. Türk Aile Hek Derg, 16, 1-13.

Kaplowitz, P. (2006). Pubertal development in girls: secular trends. Curr Opin Obstet Gynecol, 18(5), 487-491.

Kosut, S.S., Wood, R.I., Herbosa-Encarnacion, C., et al. (1997). Prenatal androgens time neuro en docrine puberty in the sheep: effect of testosterone dose. Endocrinology, 138(3), 1072-1077.

Larsen, P.R., Kronenberg, H.M., Melmed, S., Polansky, K.S. (2003). Puberty: ontogenety, Neuroendocrinology, physiology and disorders. In: Williams Textbook of Endocrinology. 12th ed. Philadelphia, Pa, USA: Saunders; 1115-1239.

Lazar, L., Pertzelan, A., Weintrob, N., Phillip, M., Kauli, R. (2001). Sexual precocity in boys: accelerated versus slowly progressive pu berty gonadotropin- suppressive therapy and final height. J Clin Endocrinol Metab, 86(9), 4127-4132.

Lee, P.A. (2003). Puberty and Its Disorders. In: Liftşitz F, ed. Pediatric Endocrinology. 5th ed. New York, USA: Marcel Decker AG; 211-238.

Midyett, L.K., Moore, W.V., Jacobson, J.D. (2003). Are pubertal changes in girls before age 8 benign? Pediatrics, 111(1), 47-51.

Muir A. (2006). Precocious puberty. Pediatr Rev, 27(10), 373–381.

Mul, D., Hughes, I.A. (2008). The use of GnRH agonists in precocious puberty. Eur J Endocrinol, 159, 3-8.

Nathan, B.M., Palmert, M.R. (2005). Regulation and Disorders of Pubertal Timing. Endocrinol Metab Clin North Am, 34(3), 617-641.

Nebesio, T.D., Eugster, E.A. (2007). Current concepts in normal and abnormal puberty. Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care, 37(2), 50-72.

Park, S.W., Lee, S.T., Sohn, Y.B., Cho, S.Y., Kim, S.H., Kim, S.J., et al. (2012). LIN28B polymorphisms are associated with central precocious puberty and early puberty in girls. Korean J Pediatr, 55(10), 388-92.

Partsch, C.J., Heger, S., Sippell, W.G. (2002). Management and outcome of central precocious puberty. Clin Endocrinol, 56(2), 129-148.

Pasquino, A.M., Pucarelli, I., Accardo, F., Demiraj, V., Segni, M., Di Nardo, R. (2008). Long-term observation of 87 girls with idiopathic central precocious puberty treated with gonadotropinreleasing hormone analogs: impact on adult height, body mass index, bone mineral content, and reproductive function. J Clin Endocrinol Metab, 93 (1), 190-195.

Pinyerd, B., Zipf, W.B. (2005). Puberty-Timing is Everything. J Pediatr Nurs, 20(2), 75-82.

Resende, E.A., Lara, B.H., Reis, J.D., Ferreira, B.P., Pereira, G.A., Borges, M.F. (2007). Assessment of basal and gonadotropin-releasing hormone-stimulated gonadotropins by

immunochemiluminometric and immunofluorometric assays in normal children. J Clin Endocrinol Metab, 92(4), 1424-1429.

Santrock, W.J. (2014). Puberte Sağlık ve Biyolojik Temeller, ed. Siyez D.M., Ergenlik, 14. baskı, Ankara, Nobel Akademik Yayıncılık, 52-53.

Sorensen, K., Mouritsen, A., Aksglaede, L., Hagen, C.P., Mogensen, S.S., Juul, A. (2012). Recent Secular Trends in Pubertal Timing: Implications for Evaluation and Diagnosis of Precocious Puberty. Horm Res Paediatr, 77(3), 137–145.

Styne, D.M. (2001). The physiology of puberty. In: Brook CG, Hindmarsh PC, editors. Clinical Pediatric Endocrinology. 4th ed. London: Blackwall Science Ltd., 140-164.

Tekirdağ, A.İ. (2012). Adolesanlarda Sık Karşılaşılan Jinekolojik Sorunlara Yaklaşım. JOPP Derg, 2(1), 13-20.

Terasawa, E., Kurian, J.R., Keen, K.L., Shiel, N.A., Colman, R.J., Capuano, S.V. (2012). Body weight impact on puberty: effects of high-calorie diet on puberty onset in female rhesus monkeys. Endocrinology, 153(4), 1696-1705.

Traggiai, C., Stanhope, R. (2003). Disorders of pubertal development. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol, 17(1), 41-56.

TÜİK, Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları, 2014. http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18616 Erişim Tarihi: 10.11.2017.

UNFPA Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu, 2014 Dünya Nüfus Günü "Gençlere Yatırım" 2014. http://www.un.org.tr/news/WPD2014 BilgiNotu.pdf Erişim Tarihi: 10.11.2017.

Utriainen, P., Voutilainen, R., Jääskeläinen, J. (2009). Girls with premature adrenarche have accelerated early childhood growth. J Pediatr, 154(6), 882-887.

WHO. (1998). The second decade: improving adolescent health and development. Programme brochure. Geneva: WHO, Department of Child and Adolescent Health and Development.

BÖLÜM 2:

ADÖLESANLARDA İNTERNET BAĞIMLILIĞI İLE DUYGUSAL İSTİSMAR VE PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Hemşire Sefa AKKOL[1]

Doç. Dr. Sevda ARSLAN[2]

Hemşire Esra BİRİKTİR[3]

* Bu çalışma, 27-30 Kasım 2019 tarihleri arasında İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı ve Çocuk Hemşireleri Derneği İzmir Şubesi tarafından düzenlenen 2. Uluslararası 7. Ulusal Pediatri Hemşireliği Kongresi'nde sözlü bildiri olarak sunulan 'Adölesanlarda İnternet Bağımlılığı ile Duygusal İstismar ve Psikolojik Sağlamlık Arasındaki İlişkinin İncelenmesi' başlıklı bildirinin tam halidir.

[1]Düzce Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Düzce, Türkiye. akkollsefa@gmail.com

[2]Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Düzce, Türkiye. sevdaarslan@duzce.edu.tr

[3]Düzce Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Düzce, Türkiye. esrabiriktir@hotmail.com

GİRİŞ

Teknolojik gelişmelerin insan hayatında önemli bir yeri vardır. Günümüzde bilgi ve iletişim teknolojisinde ki gelişmelerin hızla artması internet kullanımını da etkilemektedir (Adams,1995; DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı; (Yaygır, 2018). Yaygın teknoloji kullanımının dikkat çektiği Z kuşağı 2000-2021 yılları arasında doğanları temsil etmekte, aynı zamanda dijital ve yüksek teknolojiyi yoğun kullanan Z kuşağının, internetsiz bir hayattın dışına çıkamadığı görülmektedir (Taş, Demirdöğmez, & Küçükoğlu, 2017). Araştırmalara göre gençlerin dörtte biri sürekli olarak internete bağlı durumdadır (Council On & Media, 2016). İnternetin, geçmişten günümüze bilgiye ulaşma açısından sağladığı değişimlerin yanında bilgiye ulaşma hızı ile de dikkat çektiği görülmektedir(Akbaş, Atalan Ergin, & Tatlı, 2019). İnternet kullanımının bireyler için bir sosyalleşme aracı olduğu ve internetin daha çok iletişim kurma, oyun oynama, arkadaş edinme, sorunlardan uzaklaşma, eğitim, bilgi ve boş vaktin değerlendirilmesi şeklinde kullanıldığı belirlenmiştir(Nasaescu, Marín-López, Llorent, Ortega-Ruiz, & Zych, 2018; Ögel, Tarı, & Eke, 2006; Sezen & Murat, 2018). İstatiksel raporların sonuçlarına göre dünya üzerinde 3,4 milyar aktif internet kullanıcısı vardır. Kullanıcıların internette harcadıkları toplam zamanın %19'u sosyal medya olduğu görülmüştür. Aşırı internet kullanımının bir halk sağılığı sorunu haline gelebileceği yapılan çalışmalarla öngörülebilmektedir(Anlı, 2018;Kim & Chun, 2018; Longstreet, Brooks, & Gonzalez, 2019; Spada, 2014). Birey için önemli bir bilgi kaynağı olan internet, beraberinde bağımlılığı da

getirmektedir. İnternet bağımlılığının daha ileri boyutlara ulaşması bireylerde duygu-durum bozukluğu, algı bozuklukları ve uyum bozukluklarına sebep olmaktadır. İnternet bağımlılığı olan bireylerde, madde bağımlısı olan bireylerde olduğu gibi tolerans gelişmesine bağlı olarak kişide yoksunluk hissi görülmeye başlar(Griffiths, 2005; Kutlu, Savci, Demir, & Aysan, 2016). Dürtü kontrolünün kaybedilmesiyle bağımlılığın gittikçe arttığı görülmektedir. Adölesanların sağlığına odaklanmak ve aileleri ile uygun birer eğitim programı hazırlamak bağımlılığın önlenmesi için önem taşımaktadır(Nemati & Matlabi, 2017; Przepiorka, Blachnio, & Cudo, 2019).Travmatik deneyimlerin de bağımlılığı arttırdığı görülmektedir(Park, Lee, & Jun, 2017). Böylece birçok çalışma bağımlılığın psikolojik faktörlerle ilişkili olduğunu göstermiştir(Kutlu et al., 2016).

Adölesan dönemi çocukluktan yetişkinliğe geçişte ara bir evre olmaktadır. Bu dönem duygusal dalgalanmaların yaşandığı, sosyal çevrenin oldukça etkili olduğu ve kimlik bunalımının görüldüğü bir dönemdir. Bu dönemde adölesan; büyüme, olgunlaşma ve gelişme gösterirken tüm bunları sekteye uğratabilecek birtakım yaşantılara maruz kalması da adölesanın bağımlılık düzeyini arttırmaktadır. İnternet bağımlılığının yoğun olarak görüldüğü kritik dönem olan adölesan döneminde psiko-sosyal açıdan karşılaşılan olumsuz durumlar çocuk istismarı kavramının önemini ortaya koyarken, özellikle duygusal istismarı vurgulamaktadır(Newman&Newman,1986); (Arslan, 2015c; Erdinç & Arslan, 2014; i. Taş, 2018). İstismar; anne-babanın çocuğu zarar verici deneyimlerle yalnız bırakması, çocuğun her türlü kötü muameleyi görmesi olarak ifade edilebilir. İstismar;

fiziksel, duygusal ve cinsel istismar olmak üzere üçe ayrılır (Akgün Kostak, Sağlık Bilimleri Fakültesi, & Vatansever, 2015; Alsaç & Yiğit, 2018; Kwak, Kim, & Yoon, 2018). Dünya Sağlık Örgütü WHO çocuk istismarını; ‘’ *çocuğun her türlü fiziksel ve/veya duygusal, seksüel uygunsuz davranışlar dahil tüm tutum ve davranışlara ve ticari reklamlar dahil yanlış etki yapabilecek tüm şeylere maruz kalması’’* olarak tanımlamıştır (WHO,2017); (Kütük & Bilaç, 2017). Duygusal istismar ise; çocuğun yetenek, istek ve hayallerinin alaya alınması, kötülenmesi, sosyalliğinin engellenmesi, tehdit edilmesi, çocuğun suça yöneltilmesi, yalnız bırakılmasıdır. Duygusal istismarın fark edilmesi ve tanımlanması oldukça güçtür (Chapman et al., 2004; Crow, Cross, Powers, & Bradley, 2014; Kwak et al., 2018; Sarı, Ardahan, & Öztornacı, 2016). İstismarın tanınması, tanımlanması çocuğun istismara uğramasını önlemek için önem arz etmektedir.

Son yıllarda dikkat çeken başka bir kavram ise psikolojik sağlamlıktır. Psikolojik sağlamlığın, zor koşullara karşı kişinin bunların üstesinden gelebilme ve uyum sağlayabilme yeteneği anlamına geldiği görülmektedir. Kişinin, stresin getirdiği olumsuzluklara dirençli olması, daha az etkilenmesi, iyilik halinin devamını sağlaması olarak ifade edilebilir(Ergün, 2016; Kurt, 2011). Tüm bunların yanında bireyin olumlu yaşantıları, deneyimleri, zorluklar karşısında gösterdiği dayanıklılığı, kendi özellikleri ve çevre faktörleri arasındaki etkileşim de psikolojik sağlamlığı kapsamaktadır(Arslan, 2015a, 2015b) (Karaırmak, 2006; Topbay, 2016). Psikolojik sağlamlık kavramı son otuz yılda giderek önem kazanmış ve ülkemizde psikolojik sağlamlık üzerine yapılan çalışmaların arttığı görülmüştür.

Bağımlılık, istismar ve psikolojik sağlamlıkta ebeveyn-çocuk ve çevre faktörlerinin birlikte değerlendirilmesi gerekmektedir(Geçkil, 2017). İnternet bağımlılığı madde bağımlılığı ile benzer belirtiler gösterdiğinden dolayı hemşire, bağımlılığa karşı ortaya çıkan yoksunluk belirtilerini aileye açıklamalıdır(Tetik, 2015). Hemşirelik bakım sürecinde ebeveynlerin gebeliğe karşı tutumu, çocuktan beklentileri değerlendirilirken, gebelik ile başlayan ve doğum sonrası devam eden ebeveyn-çocuk takibinin yapılmasıyla istismar önlenebilmektedir(Geçkil, 2017; Henderson, 2013; Kiwanuka, Boyar, & Jensen, 2013). Aynı zamanda hemşire, koruyucu düzeyde toplum ruh sağlığı hizmetiyle, risk faktörlerini belirleyerek kontrol altına alabilir ve adölesanların psikolojik sağlamlıklarını koruyabilir(Öz & Yılmaz, 2009).

Benzer birçok çalışma incelendiğinde internet bağımlılığının faklı değişkenlerle ele alındığı görülmektedir. Yapılan bu çalışmanın amacı ise adölesanların internet bağımlılığı ile duygusal istismar ve psikolojik sağlamlık arasındaki ilişkinin incelenmesini hedeflemektedir. Literatür taraması sonucunda şu araştırma soruları ortaya çıkmıştır;

- Adölesanlarda anne – baba duygusal istismar, internet bağımlılığı ile pozitif düzeyde anlamlı bir ilişkiye sahip midir?
- Adölesanlarda psikolojik sağlamlık, internet bağımlılığı ile pozitif düzeyde anlamlı bir ilişkiye sahip midir?
- Adölesanlarda anne-baba duygusal istismar, psikolojik sağlamlık ile pozitif yönde anlamlı bir ilişkiye sahip midir?

GEREÇ VE YÖNTEM

Evren ve Örneklem

Çalışmanın evrenini Kocaeli' de bulunan 352 öğrenci kapasiteli özel bir ortaöğretim kurumu oluşturmuştur. Amaçlı örneklem yöntemine gidilerek planlanan çalışmaya okula devam eden ve çalışmaya katılmayı kabul eden, öğrenciler dahil edilmiştir. Evren büyüklüğü 352 olan çalışmanın; p değeri= 0.5, q değeri= 0.5, d değeri (örneklem hatası) = 0.05 olarak alındığında örneklem büyüklüğünün 157 kişi olacağı hesaplanmıştır. Öğrencilerin bir kısmının çalışmaya katılmak istememesi, çalışmayı yarıda bırakması ve okula devamsızlık yapmalarından dolayı evrenin tamamına ulaşılamamıştır. Elde edilen verilere göre örneklem büyüklüğü toplam 310 öğrenciden oluşmuş ve evrenin %88'ine ulaşılarak yeterli düzey karşılanmıştır. Yapılan çalışmanın yalnızca lise grubundan oluşması çalışmanın sınırlılığını belirlemiştir.

Veri Toplama Araçları

Araştırma, tanımlayıcı ve ilişki arayıcı olarak planlanmıştır. Araştırma verilerini toplamak için, araştırma öncesi uzman görüşüne sunulan Kişisel Bilgi Formu (KBF), uzman onayı alınan Young İnternet Bağımlılığı Testi – Kısa Formu (YİBT-KF), Algılanan Duygusal İstismar Ölçeği: Anne-Baba Formu, Çocuk ve Genç Psikolojik Sağlamlık Ölçeği (ÇGPSÖ-12) olmak üzere dört farklı veri toplama aracı kullanılmıştır.

Kişisel Bilgi Formu (KBF)

Bu bölümde öğrencilere yaşları, cinsiyetleri, sınıf düzeyleri, akademik başarı ve devamsızlık durumları, anne ve babanın sağ-ölü, yaş, eğitim seviyesi, meslek, birliktelik durumları, kardeş sayısı ve ailenin gelir düzeyi sorulmuştur. Öğrencilere yöneltilen sorularda cep telefonu ve bilgisayar kullanımları, sosyal medya hesapları, internet kullanım amaçları ve internet kullanım sürelerini belirlemeye yönelik sorular da bulunmaktadır.

Young İnternet Bağımlılığı Testi – Kısa Formu (YİBT-KF)

Young tarafından geliştirilen, Pawlikowski ve arkadaşları tarafından ise kısa forma dönüştürülen YİBT-KF, 12 maddeden oluşan beşli Likert (1=Hiçbir zaman, 5=Çok sık) tipi bir ölçektir. Young İnternet Bağımlılığı Testi Kısa Formu (YİBT-KF) Türkçe sürümünün üniversite öğrencileri ve ergenlerde geçerlilik ve güvenilirliği Kutlu ve arkadaşları tarafından 2015 yılında yapılmıştır(Kutlu et al., 2016).

Algılanan Duygusal İstismar Ölçeği: Anne-Baba Formu

Arslan ve Kabasakal tarafından 2014 yılında geliştirilen ergenlerde anne-babadan algılanan duygusal istismarı ölçmeye yönelik 32 maddeden oluşan ölçek dörtlü Likert (1= Hemen hemen hiçbir zaman, 4= Hemen hemen her zaman) tipi bir ölçektir. Anne ve baba formları olmak üzere iki farklı boyuttan oluşmaktadır (Arslan, 2015c).

Genç Psikolojik Sağlamlık Ölçeği (ÇGPSÖ-12)

Liebenberg, Ungar ve Van de Vijver, tarafından geliştirilen, 2013 yılında Liebenberg, Ungar ve LeBlanc ile kısa forma dönüştürülen ölçek 12 maddeden oluşan beşli likert (5=Beni tamamen tanımlıyor, 1=Hiç tanımlamıyor) tipi bir ölçektir. Çocuk ve Genç Psikolojik Sağlamlık Ölçeği Türkçe' ye uyarlama çalışması Arslan (2015) tarafından yapılmıştır(Arslan, 2015a).

Verilerin Toplanması ve Analizleri

Araştırma; 2019 yılında Kocaeli' de yürütülmüştür. Araştırmacı tarafından öğrencilere, araştırmanın amacı belirtilerek, sorulara ilişkin kısa bir açıklama yapılmış ve ardından veri toplama araçları dağıtılmıştır. Soruların cevaplandırılması için öğrencilere herhangi bir zaman sınırlaması getirilmemiş ve öğrencilerin tüm soruları genel olarak 30-35 dakika içinde cevaplandırdıkları gözlemlenmiştir. Verilerin toplanması üç haftalık bir zaman dilimi içinde tamamlanmıştır. Katılımcılardan toplanan verilerin istatistiksel analizleri, SPSS 22 paket programı yardımıyla gerçekleştirilmiştir. Bireylerde internet bağımlılığı ile ilişkili değişkenlerin incelemesini yapmak ve bu ilişkinin; cinsiyet, yaş, eğitim durumu, interneti günde kaç saat kullandıkları, interneti kullanım amacı, anne-baba duygusal istismar ve psikolojik sağlamlık gibi değişkenlere göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere; tanımlayıcı istatistiklerden ortalama, standart sapma ve yüzde dağılımları verilmiştir. Parametrik olan ikili değişken karşılaştırmalarında bağımsız grup T Testi, ikiden fazla parametreye sahip değişkenlerin karşılaştırılmasında Tek Yönlü

Varyans Analizi (One Way ANOVA), ve karşılıklı ilişkilerin düzeyinin tespit edilmesi için Pearson Korelasyon analizi uygulanmıştır. Elde edilen sonuçlar %95 ($p<0.05$) anlamlılık düzeyinde değerlendirilmeye alınmıştır.

BULGULAR

Bu bölümde araştırma amaçları doğrultusunda toplanan verilerin istatistiksel olarak değerlendirilmesi sonucunda elde edilen bulgular yer almaktadır. Araştırmanın problemleri ve alt problemleri için yapılan analizlerin detaylı sonuçları tablolarıyla birlikte sunulmaktadır. Bu amaçla her bir probleme ilişkin elde edilen veriler sırayla ele alınacaktır.

Kişisel Bilgilere Yönelik Bulgular

Araştırma örnekleminin cinsiyet ve yaşa göre dağılımları, sınıf düzeyleri, akademik başarıları ve okula devam bilgileri **Tablo 1**' de gösterilmiştir. Tablo 1'de görüldüğü gibi; 310 kişilik örneklemin %70,3'ü kız, %29,7'si erkek öğrencilerden oluşmaktadır. 310 kişilik örneklemin %0,6'sı 14 yaş, %9'u 15 yaş, %24,5'i 16 yaş, %36,8'i 17 yaş, %25,5'i 18 yaş, %3,5'i ise 19 yaşında olan bireylerden oluşmaktadır. Araştırma örnekleminin sınıf düzeyleri; %9,4'ü 9.sınıf, %27,1'i 10.sınıf, %27,1'i 11.sınıf ve %36,5'i ise 12.sınıf öğrencilerinden oluşmaktadır. Örneklemi oluşturan öğrencilerin not ortalamaları değerlendirildiğinde %4,2'sinin düşük, %67,7'sinin orta, %28,1'inin ise yüksek akademik başarıya sahip oldukları görülmüştür. Okula devamsızlık durumları incelendiğinde ise %24,5'inin 5 günden

az, %31'i 5-10 gün arası, %15,5'i 10-15 gün arası, %29'u ise 15 günden fazla olduğu saptanmıştır.

Tablo 1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri

Cinsiyet	**n**	**%**
Kız	218	70,3
Erkek	92	29,7
Yaş	**n**	**%**
14	2	0,6
15	28	9
16	76	24,5
17	114	36,8
18	79	25,5
19	11	3,5
Sınıf Düzeyi	**n**	**%**
9	29	9,4
10	84	27,1
11	84	27,1
12	113	36,5
Akademik Başarı	**n**	**%**
Düşük	13	4,2
Orta	210	67,7
Yüksek	87	28,1
Devamsızlık	**n**	**%**
5 günden az	76	24,5
5-10 gün arası	96	31,0
10-15 gün arası	48	15,5
15 günden fazla	90	29,0
Toplam	**310**	**100**

Demografik bilgilerde öğrencilerin %99,4'ünün annesi sağ iken, %0,6'sının ölü ve %99,4'ünün öz, %0,6'sının üvey olduğu görülmüştür. Baba faktöründe ise %94,2'i sağ, %5,8'i ölü, %93,4'ü öz ve %0,6'sı üveydir. Annelerin yaş ortalaması 41,67±5,6 iken babaların yaş ortalaması 46,28±5,6 olarak saptanmıştır. Öğrencilerin anne-baba birliktelikleri sorgulandığında %78,1'i birlikte, %2,6'sı ayrı yaşıyor ve %13,9'u boşanmış olduklarını belirtmiş, %5,5'i bu soruyu cevaplamamıştır. Ailenin gelir seviyesi incelendiğinde ise %4,8'i düşük, %79,4'ünün orta, %15,8'inin yüksek gelire sahip olduğu saptanmıştır.

Öğrencilerin %99'u cep telefonu kullandığını, %0,6'sının ise kullanmadığını belirtmiş ve öğrencilerden bir kişi bu soruyu cevaplamayarak %0,3 oranları elde edilmiştir. Öğrencilerin %79,4'ünün bilgisayarı var iken %20,6'sının olmadığı da belirlenen değişkenler arasındadır.

Tablo 2'de öğrencilerin internet kullanım süreleri ve amaçları incelendiğinde; %47,7'sinin dört saatten fazla kullandığı, %25,2'inin 4 saat, %21'inin 2 saat, %5,2'sinin 1 saat ve %1'inin ise hiç kullanmadığı saptanmıştır. İnternet kullanım amaçları incelendiğinde ise; öğrencilerin %8'i arkadaş edinmek, %41,3'ü gündemi takip etmek, %7,7'si bilgilenmek, %41,6'sı eğlenmek, %1,2'sinin ders çalışmak için kullandığı görülmüştür.

Tablo 2. Adölesanların İnternet Kullanım Süre ve Amaçları

İnternet Kullanım Süresi	n	%
Kullanmıyorum	3	1,0
1 saat	16	5,2
2 saat	65	21,0
4 saat	78	25,2
Daha Fazla	148	47,7
İnternet Kullanım Amaçları	**n**	**%**
Arkadaş Edinmek	25	8
Gündemi Takip Etmek	128	41,3
Bilgilenmek	24	7,7
Eğlenmek	129	41,6
Ders Çalışmak	4	1,4
Toplam	**310**	**100**

Tablo 3'te yapılan analiz sonuçlarına göre internet bağımlılığı, sınıf düzeyi ve akademik başarıya göre değerlendirilmiştir. İnternet bağımlılığı sınıf düzeyine göre değerlendirildiğinde anlamlı bir farklılık görülmektedir ($F= 3.635$, $p<0.05$.). Farkın kaynağını belirlemek için yapılan Tukey testi sonucuna göre ise 10 ve 12. Sınıflar arasında anlamlı bir fark olduğu görülmüş ve 10.Sınıf ortalamalarının 12.sınıf ortalamalarından yüksek olduğu saptanmıştır. İnternet bağımlılığı akademik başarıya göre değerlendirildiğinde de anlamlı bir farklılık görülmektedir ($F= 4.556$, $p<0.05$). Farkın kaynağını belirlemek için yapılan Tukey testi sonucuna göre, yüksek akademik başarıya sahip adölesanların düşük ve orta düzey başarıya sahip adölesanlara göre bağımlılık düzeyinin daha düşük olduğu saptanmıştır.

Tablo 3. İnternet Bağımlılığının Sınıf Düzeyi ve Akademik Başarı Değişkenine Göre Değerlendirilmesi

Değişken	Sınıf Düzeyi	n	ort.	SS	F	P
İnternet Bağımlılığı	9	29	2,62	0,77	3,635	**,013**
	10	84	2,60	0,74		
	11	84	2,33	0,73		
	12	113	2,32	0,67		
	Akademik Başarı	**n**	**ort.**	**SS**	**F**	**P**
	Düşük	13	2,80	0,76	4,556	**,011**
	Orta	210	2,48	0,72		
	Yüksek	87	2,26	0,70		

p<0.05

İnternet Bağımlılığı/Anne-Baba Duygusal İstismar ve Psikolojik Sağlamlık ile Cinsiyet Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular

Tablo 4'te yapılan analiz sonucunda internet bağımlılığı ile cinsiyet arasında anlamlı bir farklılık saptanmadığı görülmektedir(t=1.403, p>0.05). Anne-baba duygusal istismar ve cinsiyet değişkenleri incelendiğinde anne duygusal istismar düzeyi ile cinsiyet arasında anlamlı bir farklılık görülmezken (t=-.882, p>0.05), baba duygusal istismar düzeyi ile cinsiyet arasında anlamlı bir farklılık saptanmış ve duygusal istismarın erkek adölesanlarda daha fazla olduğu bulunmuştur (t=-2.211, p<0.05). Bunun yanında psikolojik sağlamlık düzeyinin de cinsiyete göre anlamlı bir farklılık göstermediği saptanmıştır (t=-548, p>0.05)

Tablo 4. Katılımcıların İnternet Bağımlılığı, Anne-Baba Duygusal İstismar ve Psikolojik Sağlamlık Düzeylerinin Cinsiyet Değişkenine Göre İncelenmesi

İnternet Bağımlılığı/ Cinsiyet	**n**	**ort.**	**SS**	**T**	**P**
Kız	218	29,63	9,07	1,403	,162
Erkek	92	28,18	7,95		
Anne Duygusal İstismar/Cinsiyet	**n**	**ort.**	**SS**	**T**	**P**
Kız	218	56,29	17,03	-,882	,378
Erkek	92	58,16	17,14		
Baba Duygusal İstismar/Cinsiyet	**n**	**ort.**	**SS**	**T**	**P**
Kız	218	55,65	16,33	***-2,211****	***,027****
Erkek	92	60,12	16,06		
Psikolojik Sağlamlık/Cinsiyet	**n**	**ort.**	**SS**	**T**	**P**
Kız	218	46,54	8,48	-,548	,584
Erkek	92	47,10	7,94		

p<0.05

İnternet Bağımlılığı ile Duygusal İstismar Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular

Tablo 5'te görüldüğü gibi internet bağımlılığı ile anneden (r=0.225, p<0.01.) ve babadan (r=0.224, p<0.01.) algılanan duygusal istismar arasında düşük düzeyde, pozitif yönde, anlamlı ilişki olduğu, internet bağımlılığı arttıkça, anneden ve babadan algılanan duygusal istismar düzeyinin de arttığı görülmektedir.

Tablo 5. İnternet Bağımlılığı ile Anne-Baba Duygusal İstismar Arasındaki İlişki

İnternet bağımlılığı / **Anne-baba duygusal istismar**	**Anne- Baba Duygusal İstismar Puanı**	**İnternet Bağımlılığı Puanı**
Anne- Baba Duygusal İstismar Puanı	1	**r** = 0.225
		p= 0.01.
		n= 310
İnternet Bağımlılığı Puanı	**r** = 0.225	1
	p = 0.01.	
	n = 310	

p<0.05

İnternet Bağımlılığı ile Psikolojik Sağlamlık Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular

Tablo 6'da internet bağımlılığı ile psikolojik sağlamlık arasında düşük düzeyde, negatif yönde, anlamlı ilişki olduğu (r=-0.277, p<0.01.), internet bağımlılığı arttıkça, psikolojik sağlamlık düzeyinin azaldığı görülmüştür.

Tablo 6. İnternet Bağımlılığı ile Psikolojik Sağlamlık Arasındaki İlişki

İnternet bağımlılığı / **Psikolojik sağlamlık**	**Psikolojik Sağlamlık Puanı**	**İnternet Bağımlılığı Puanı**
Psikolojik Sağlamlık Puanı	1	**r** = -0.277
		p = 0.01.
		n = 310
İnternet Bağımlılığı Puanı	**r** = -0.277	1
	p = 0.01.	
	n = 310	

p<0.05

Anne-Baba Duygusal İstismar ile Psikolojik Sağlamlık Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular

Tablo 7' de psikolojik sağlamlık ile anneden (r=-0.390, p<0.01.) ve babadan (r=-0.399, p<0.01.) algılanan duygusal istismar arasında orta düzeyde, negatif yönde ve anlamlı ilişki olduğu, psikolojik sağlamlık arttıkça anneden ve babadan algılanan duygusal istismar düzeyinin azaldığı görülmektedir.

Tablo 7. Anne-Baba Duygusal İstismar ile Psikolojik Sağlamlık Arasındaki İlişki

Anne-baba duygusal istismar / **Psikolojik sağlamlık**	**Psikolojik Sağlamlık Puanı**	**Anne-Baba Duygusal İstismar Puanı**
Psikolojik Sağlamlık Puanı	1	**Anne. r** = -0.390
		Baba. r = - 0.399
		p = 0.01.
		n = 310
Anne-Baba Duygusal İstismar Puanı	**Anne. r** = -0.390	1
	Baba. r = - 0.399	
	p = 0.01.	
	n = 310	

p<0.05

Sonuç olarak anneden ve babadan algılanan duygusal istismar ve psikolojik sağlamlık değişkenleri ile adölesanların internet bağımlılık düzeyleri arasında orta düzeyde ve anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır.

Standardize edilmiş regresyon katsayısına göre, yordayıcı değişkenlerin internet bağımlılığı üzerindeki göreli önem sırası; psikolojik sağlamlık, babadan algılanan duygusal istismar, anneden algılanan duygusal istismardır. Regresyon katsayılarının anlamlılığına ilişkin t-testi sonuçları incelendiğinde psikolojik sağlamlık değişkenin internet bağımlılığı üzerinde anlamlı yordayıcı olduğu, anneden ve babadan algılanan duygusal istismar değişkenlerinin önemli bir etkiye sahip olmadığı görülmüştür.

TARTIŞMA

Bu bölümde, araştırma sonucuna göre elde edilen bulguların tartışması ve yorumu yapılmıştır. Demografik bilgiler bölümünde internet kullanımının amaç ve süreleri sorgulanarak değerlendirmeye alınmıştır. Adölesanların günlük internet kullanım sürelerinin dört saatten fazla olması, interneti daha çok eğlenmek ve gündemi takip etmek için tercih etmeleri ve sosyal medyanın yoğun kullanımı internet bağımlılığını desteklemektedir. Benzer çalışmalarda internet kullanımı sonuçları incelendiğinde yeni fikirler edinme, eğitime hızlı ulaşabilme ve hızlı destek görebilmek için kullanıldığı anlaşılmıştır (Council On & Media, 2016; Gökçearslan & Günbatar, 2012). Yapılan araştırmanın bulgularına göre internet bağımlılığı, sınıf düzeyi ile akademik başarıya göre değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar elde edilmiştir. Üst sınıflardaki öğrencilerin alt sınıflardaki öğrencilere kıyasla daha fazla internet kullandıkları ve internet bağımlılık puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Üst sınıfların internet bağımlılığı puanlarının daha yüksek olması akran kabulü ve sosyal onayın bu dönemlerde daha fazla önem kazanmasıyla ilişkilendirilebilir (Kurtaran, 2008; Şendağ & Odabaşı, 2007). Çalışmada elde edilen sonuçlarda yüksek akademik başarıya sahip adölesanların bağımlılık oranlarının daha düşük olduğu görülmektedir. İnternet bağımlılığı ile ilgili benzer bir çalışma incelendiğinde internet bağımlılığının eğitim hayatını olumsuz etkilediği ve öğrencilerin zayıf akademik başarıya sahip oldukları belirtilmiştir (Stavropoulos, Alexandraki, & Motti-Stefanidi, 2013).

Yapılan araştırmanın bulgularına göre internet bağımlılığı cinsiyete göre bir farklılık göstermezken benzer çalışmalarda erkek öğrencilerin kız öğrencilere oranla daha fazla risk taşıdığı, erkek öğrencilerin internet kullanım puanlarının kız öğrencilerden yüksek olduğu görülmüş ve erkek öğrencilerin riskli grubu oluşturduğu belirlenmiştir(Bahar & Meral, 2016; Kutlu et al., 2016). Cinsiyet ve bağımlılık ilişkisi üzerine yapılan başka bir çalışmada ise kızların erkeklere oranla daha fazla bağımlı oldukları ve depresyon belirtileri gösterdikleri saptanmıştır(Chen et al., 2017). Bağımlılık düzeyine ilişkin yapılan başka bir çalışmada gençlerin internet kullanım sonuçları incelendiğinde %1.8'i bağımlı , %22,6'sı muhtemel bağımlı oldukları belirlenmiştir(Turan, 2015).

Anne-baba duygusal istismar ile cinsiyet değişkenleri incelendiğinde anne duygusal istismar düzeyi cinsiyete göre anlamlı bir farklılık göstermezken, baba duygusal istismar düzeyi cinsiyete göre anlamlı bir farklılık vermekte ve duygusal istismarın erkek adölesanlarda daha fazla olduğu görülmektedir. Başka bir çalışmada cinsiyet ile duygusal bağımlılık oranlarına bakıldığında istismarın erkek ve kızlarda orta düzeyde farklılıklar verdiği saptanmıştır (Estevez, Urbiola, Iruarrizaga, Onaindia, & Jauregui, 2017). Yapılan bu çalışmada internet bağımlılığı ile anne-baba duygusal istismar arasında anlamlı sonuç elde edilmiştir. Benzer çalışmalar incelendiğinde ebeveyn ihmalinin çocuklarda depresyonu arttırmasıyla teknoloji ve internete bağımlılık geliştirdikleri görülmüştür(Kwak et al., 2018). Olumsuz davranışlara sahip ebeveynliğin çocuğu duygusal açıdan

olumsuz etkilediği ve aile-çocuk arasındaki ilişkinin onarılması gerektiğine dikkat çekerek, ebeveyn becerilerinin geliştirilmesinin medya kullanımını iyileştireceği ve depresif belirtileri azaltacağı sonucuna varılmıştır(Bickham, Hswen, & Rich, 2015; Wang & Qi, 2017). Birçok çalışmada da ebeveynlerin olumsuz davranışları adölesanların duygusal işleyişine ve benlik duygusuna zarar verdiği görülmüştür(Shek, Zhu, & Dou, 2019). Aynı zamanda adölesanların internet kullanımları üzerinde ebeveynlerin psikolojik kontrolünün olumsuz etkiler bıraktığı saptanmıştır. Teknoloji kullanımının sosyal ve duygusal yeterlilikle ilişkili olduğu ve bu dengelerin bozulmasında teknolojinin kötüye kullanımının söz konusu olduğu tespit edilmiştir (Nasaescu et al., 2018). Aile içi şiddetin teknoloji bağımlılığını ve ebeveynler arasındaki çatışmanın adölesanlarda ki bağımlılığı arttırarak duygusal güvensizliği de beraberinde getirdiği belirlenmiştir(H. J. Kim, Min, Min, Lee, & Yoo, 2018). Sosyal desteğin, duygu düzenleme ve internet üzerindeki rolünün kızlarda daha güçlü olduğu görülmüş, çocuğun ihmal ve duygusal istismarının teknoloji kullanımıyla anlamlı bir ilişkisi olduğu saptanmıştır(Lai & Kwan, 2017; Mo, Chan, Chan, & Lau, 2018; Sun, Liu, & Yu, 2019; Zhou et al., 2017).

Elde edilen bulgulara göre internet bağımlılığı ile psikolojik sağlamlık arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Psikolojik sağlamlık üzerine yapılan benzer çalışmalara bakıldığında yoğun internet kullanımının bu adölesanlarda kaygı ve depresyon düzeylerini yükselttiği, psikolojik sağlamlık ve mutluluk arasında pozitif bir ilişki olduğu, psikolojik sağlamlık düzeyinde aile, arkadaş ve öğretmen gibi

faktörlerin son derece etkili olduğu görülmüştür (Ezer, 2017; Topbay, 2016; Yaygır, 2018).

SONUÇ

Araştırmada elde edilen sonuçlara genel olarak baktığımızda internet bağımlılığının öğrencilerin sınıf düzeylerine göre anlamlı farklılık gösterdiği, bağımlılığın akademik başarıyı düşürdüğü görülmektedir. Okullarda kontrollü internet kullanımını destekleyici çalışmaların yapılması, aynı zamanda eğitim, araştırma ve geliştirmenin internetin verimli kullanılmasıyla ilişkili olduğunu belirten programların düzenlenmesi önerilebilir. Çalışmadaki yordayıcı değişkenlerin internet bağımlılığı üzerindeki göreli önem sırası psikolojik sağlamlık, babadan algılanan duygusal istismar ve anneden algılanan duygusal istismardır. Adölesan döneminde akran onayının aileden daha fazla öne çıktığı ve kimlik kazanmaya karşı rol karmaşıklığının yaşandığı görülebilmektedir. Bu dönemde asosyal olan adölesan, kimliğini gizleme olanağı bulduğu interneti tercih ederek ona bağımlı hale gelir. Adölesanların sosyalleşebileceği alanlar oluşturulup, sosyal ve kültürel faaliyetlere katılımları arttırılabilir. Yapılan çalışmada baba duygusal istismar puanının anne duygusal istismar puanından daha yüksek olması, toplumsal ve kültürel değerlerde babanın ailede daha etkin olmasıyla ilişkilendirilebilir. Kültürel farklılıkların olması anne, baba ve adölesan arasındaki ilişkiyi büyük ölçüde etkilediğinden farklı kültürlerde de benzer çalışmalar yapılabilir. Elde edilen bulguların, internet bağımlılığının önlenmesine yönelik ve internet bağımlılığı nedenlerinin araştırılmasında, daha farklı

değişkenlere de yönelmeyi sağlayacağı düşünülmektedir. İnternet bağımlılığı üzerinde etkili olan diğer faktörlerin belirlenebilmesi için farklı eğitim modelindeki adölesanların daha geniş bir örnekleme dahil edilerek çalışmanın tekrarlanması önerilir.

KAYNAKÇA

Akbaş, U., Atalan Ergin, D., & Tatlı, C. (2019). Cinsiyetin Problemli İnternet Kullanımı Üzerindeki Etkisi: Bir Meta-Analiz Çalışması. *Addicta: The Turkish Journal on Addictions, 6*(2). doi:10.15805/addicta.2019.6.2.0064

Akgün Kostak, M., Sağlık Bilimleri Fakültesi, H. B., & Vatansever, C. (2015). Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğrencilerinin Çocuk İstismar ve İhmali İle İlgili Görüş ve Düşünceleri. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi; Cilt 2, Sayı 1 (2015): Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi; 1-11*.

Alsaç, S. Y., & Yiğit, R. (2018). Çocuk İstismarı ve İhmali. *Turkiye Klinikleri Pediatric Nursing-Special Topics, 4*(2), 142-147.

Anlı, G. (2018). İnternet Bağımlılığı ve Sosyal ve Duygusal Yalnızlık. *Journal of International Scientific Researches*, 389-397. doi:10.21733/ibad.414862

Arslan, G. (2015a). Çocuk ve Genç Psikolojik Sağlamlık Ölçeği'nin (ÇGPSÖ-12) psikometrik özellikleri: Geçerlilik ve güvenirlik çalışması. *Ege Eğitim Dergisi, 16*(1), 1-12.

Arslan, G. (2015b). Ergenlerde psikolojik sağlamlık: Bireysel koruyucu faktörlerin rolü. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi, 5*(44), 73-82.

Arslan, G. (2015c). Psikolojik Istismar Ölçegi (PIÖ) Gelistirme Çalismasi: Ergenlerde Psikometrik Özelliklerinin Incelenmesi/Development Psychological Maltreatment Questionnaire (PMQ): Investigating Psychometric Properties in

Adolescents. *Bartin Üniversitesi Egitim Fakültesi Dergisi, 4*(2), 727.

Bahar, H. H., & Meral, D. (2016). Ortaöğretim Öğrencilerinde Problemli İnternet Kullanımının Yalnızlık ve Psikolojik İyi Oluş ile İlişkisinin İncelenmesi. *Erzincan Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 18*(2). doi:10.17556/jef.58322

Bickham, D. S., Hswen, Y., & Rich, M. (2015). Media use and depression: exposure, household rules, and symptoms among young adolescents in the USA. *Int J Public Health, 60*(2), 147-155. doi:10.1007/s00038-014-0647-6

Chapman, D. P., Whitfield, C. L., Felitti, V. J., Dube, S. R., Edwards, V. J., & Anda, R. F. (2004). Adverse childhood experiences and the risk of depressive disorders in adulthood. *Journal of affective disorders, 82*(2), 217-225.

Chen, B., Liu, F., Ding, S., Ying, X., Wang, L., & Wen, Y. (2017). Gender differences in factors associated with smartphone addiction: a cross-sectional study among medical college students. *BMC Psychiatry, 17*(1), 341. doi:10.1186/s12888-017-1503-z

Council On, C., & Media. (2016). Media Use in School-Aged Children and Adolescents. *Pediatrics, 138*(5). doi:10.1542/peds.2016-2592

Crow, T., Cross, D., Powers, A., & Bradley, B. (2014). Emotion dysregulation as a mediator between childhood emotional abuse and current depression in a low-income African-American sample. *Child Abuse & Neglect, 38*(10), 1590-1598.

Erdinç, D., & Arslan, G. (2014). Evlenmek amacıyla evden kaçan kız ergenler: Bir olgubilim çalışması. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi, 5*(41), 36-48.

Ergün, O. (2016). *Ergenlerde duygusal zeka özellikleri ile psikolojik sağlamlık arasındaki ilişkinin incelenmesi.* İstanbul Arel Üniversitesi.

Estevez, A., Urbiola, I., Iruarrizaga, I., Onaindia, J., & Jauregui, P. (2017). Dependencia emocional y consecuencias psicológicas del abuso de internet y móvil en jóvenes. *Anales de Psicología, 33*(2), 260. doi:10.6018/analesps.33.2.255111

Ezer, H. İ. (2017). *Ergenlik döneminde yaygın kullanılan savunma mekanizmaları ile psikolojik sağlamlık ve mutluluk düzeyi arasındaki ilişki: Hatay il merkezi örneği.* Çağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Geçkil, E. (2017). Çocuklarda Fiziksel İstismar ve Hemşirelik Yaklaşımı. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 6*(1), 129-139.

Gökçearslan, Ş., & Günbatar, M. S. (2012). Ortaöğrenim Öğrencilerinde İnternet Bağımlılığı. *Eğitim Teknolojisi Kuram ve Uygulama, 2*(2), 10-24.

Griffiths, M. (2005). A ‘components’ model of addiction within a biopsychosocial framework. *Journal of Substance use, 10*(4), 191-197.

Henderson, K. (2013). Mandated reporting of child abuse: Considerations and guidelines for mental health counselors. *Journal of Mental Health Counseling, 35*(4), 296-309.

Karaırmak, Ö. (2006). Psikolojik sağlamlık, risk faktörleri ve koruyucu faktörler. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi, 3*(26), 129-142.

Kim, H. H., & Chun, J. (2018). Is the relationship between parental abuse and mobile phone dependency (MPD) contingent across neighborhood characteristics? A multilevel analysis of Korean Children and Youth Panel Survey. *PLoS One, 13*(5), e0196824. doi:10.1371/journal.pone.0196824

Kim, H. J., Min, J. Y., Min, K. B., Lee, T. J., & Yoo, S. (2018). Relationship among family environment, self-control, friendship quality, and adolescents' smartphone addiction in South Korea: Findings from nationwide data. *PLoS One, 13*(2), e0190896. doi:10.1371/journal.pone.0190896

Kiwanuka, A., Boyar, V., & Jensen, M. (2013). A nursing brief: emerging best practice in Department of Children and Families Nursing. *Pediatric nursing*, *39*(1), 28.

Kurt, N. (2011). Çevik kuvvet personelinin stresle başa çıkma tutumları, psikolojik dayanıklılıkları ve iş doyumu düzeyleri. *Gazi Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara*.

Kurtaran, G. (2008). İnternet bağımlılığını yordayan değişkenlerin incelenmesi. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü*.

Kutlu, M., Savci, M., Demir, Y., & Aysan, F. (2016). Turkish adaptation of Young's Internet Addiction Test-Short Form: a reliability and validity study on university students and

adolescents. *Anatolian Journal of Psychiatry, 17*(1), 69. doi:10.5455/apd.190501

Kütük, M. Ö., & Bilaç, Ö. (2017). Çocuklarda ve Adölesanlarda Duygusal İstismar ve İhmal. *Turkiye Klinikleri J Child Psychiatry-Special Topics, 3*(3), 181-187.

Kwak, J. Y., Kim, J. Y., & Yoon, Y. W. (2018). Effect of parental neglect on smartphone addiction in adolescents in South Korea. *Child Abuse Negl, 77*, 75-84. doi:10.1016/j.chiabu.2017.12.008

Lai, F. T. T., & Kwan, J. L. Y. (2017). The presence of heavy Internet using peers is protective of the risk of problematic Internet use (PIU) in adolescents when the amount of use increases. *Children and Youth Services Review, 73*, 74-78. doi:10.1016/j.childyouth.2016.12.004

Longstreet, P., Brooks, S., & Gonzalez, E. S. (2019). Internet addiction: When the positive emotions are not so positive. *Technology in Society, 57*, 76-85. doi:10.1016/j.techsoc.2018.12.004

Mo, P. K. H., Chan, V. W. Y., Chan, S. W., & Lau, J. T. F. (2018). The role of social support on emotion dysregulation and Internet addiction among Chinese adolescents: A structural equation model. *Addict Behav, 82*, 86-93. doi:10.1016/j.addbeh.2018.01.027

Nasaescu, E., Marín-López, I., Llorent, V. J., Ortega-Ruiz, R., & Zych, I. (2018). Abuse of technology in adolescence and its relation to social and emotional competencies, emotions in online communication, and bullying. *Computers in Human Behavior, 88*, 114-120. doi:10.1016/j.chb.2018.06.036

Nemati, Z., & Matlabi, H. (2017). Assessing behavioral patterns of Internet addiction and drug abuse among high school students. *Psychol Res Behav Manag, 10*, 39-45. doi:10.2147/PRBM.S123224

Ögel, K., Tarı, I., & Eke, C. Y. (2006). Okullarda suç ve şiddeti önleme. *İstanbul: Yeniden Yayınları, 17*, 9-23.

Öz, P. D. F., & Yılmaz, U. H. E. B. (2009). Ruh sağlığının korunmasında önemli bir kavram: Psikolojik sağlamlık. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 16*(3), 82-89.

Park, S., Lee, Y., & Jun, J. Y. (2017). Differences in the relationship between traumatic experiences, self-esteem, negative cognition, and Internet addiction symptoms among North Korean adolescent defectors and South Korean adolescents: A preliminary study. *Psychiatry Res, 257*, 381-385. doi:10.1016/j.psychres.2017.07.078

Przepiorka, A., Blachnio, A., & Cudo, A. (2019). The role of depression, personality, and future time perspective in internet addiction in adolescents and emerging adults. *Psychiatry Res, 272*, 340-348. doi:10.1016/j.psychres.2018.12.086

Sarı, H. Y., Ardahan, E., & Öztornacı, B. Ö. (2016). Çocuk ihmal ve istismarına ilişkin son 10 yılda yapılan sistematik derlemeler. *TAF Preventive Medicine Bulletin, 15*(6), 501-511.

Sezen, M. F., & Murat, M. (2018). Ergenlerde Akran Zorbalığı, İnternet Bağımlılığı ve Duygusal Zekâ Düzeyleri Arasındaki İlişkinin

İncelenmesi. *OPUS Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi, 9*(16), 160-182.

Shek, D. T. L., Zhu, X., & Dou, D. (2019). Influence of Family Processes on Internet Addiction Among Late Adolescents in Hong Kong. *Front Psychiatry, 10*, 113. doi:10.3389/fpsyt.2019.00113

Spada, M. M. (2014). An overview of problematic Internet use. *Addictive behaviors, 39*(1), 3-6.

Stavropoulos, V., Alexandraki, K., & Motti-Stefanidi, F. (2013). Flow and telepresence contributing to Internet abuse: Differences according to gender and age. *Computers in Human Behavior, 29*(5), 1941-1948.

Sun, J., Liu, Q., & Yu, S. (2019). Child neglect, psychological abuse and smartphone addiction among Chinese adolescents: The roles of emotional intelligence and coping style. *Computers in Human Behavior, 90*, 74-83. doi:10.1016/j.chb.2018.08.032

Şendağ, S., & Odabaşı, H. F. (2007). *İnternet bağımlılığı: Çocukların psikososyal gelişimi üzerindeki etkileri.* Paper presented at the The Proceedings of International Educational Technology Conference, Near East University, North Cyprus.

Taş, H. Y., Demirdöğmez, M., & Küçükoğlu, M. (2017). Geleceğimiz olan Z kuşağının çalışma hayatına muhtemel etkileri. *OPUS Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi, 7*(13), 1031-1048.

Taş, i. (2018). Ergenlerde İnternet Bağımlılığı ve Psikolojik Belirtilerin Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi. *Anemon Muş*

Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 31-41. doi:10.18506/anemon.310973

Tetik, B. (2015). *İnternet bağımlılığı ile dikkat süreçleri arasındaki ilişkinin incelenmesi.* İstanbul Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Topbay, Y. (2016). Ortaokul öğrencilerinin psikolojik sağlamlık düzeylerinin algılanan sosyal destek ve aile işlevleri açısından incelenmesi. *Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Beykent Üniversitesi, İstanbul, Türkiye*.

Turan, R. T. (2015). Başkent Üniversitesi öğrencilerinde internet bağımlılığı sıklığı ve ilişkili faktörler.

Wang, M., & Qi, W. (2017). Harsh parenting and problematic Internet use in Chinese adolescents: Child emotional dysregulation as mediator and child forgiveness as moderator. *Computers in Human Behavior, 77*, 211-219. doi:10.1016/j.chb.2017.09.005

Yaygır, C. (2018). *Üniversite Öğrencilerinde İnternet Bağımlılığı Depresyon ve Benlik Saygısı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.* İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Zhou, Y., Li, D., Jia, J., Li, X., Zhao, L., Sun, W., & Wang, Y. (2017). Interparental conflict and adolescent internet addiction: The mediating role of emotional insecurity and the moderating role of big five personality traits. *Computers in Human Behavior, 73*, 470-478. doi:10.1016/j.chb.2017.04.012

BÖLÜM 3:

HEMŞİRELERİN MEME KANSERİ VE KENDİ KENDİNE MEME MUAYENESİ KONUSUNDA BİLGİ DÜZEYİ VE SAĞLIK İNANÇLARININ İNCELENMESİ

Öğr. Gör. Dr. Cevriye YÜKSEL KAÇAN[1]

[1] Bursa Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Halk Sağlığı Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Bursa, Türkiye. e-mail: cevriyekacan@uludag.edu.tr

GİRİŞ

Meme kanseri, tüm dünyada olduğu gibi Türkiye'de de kadınlar arasında en sık görülen (Erkin & Ardahan, 2014) ve kadınlarda en çok ölüme neden olan kanser türüdür (Sohbet & Karasu, 2017). T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kanser İstatistikleri Raporu'na göre "Kadınlarda En Sık Görülen 10 Kanserin Yaşa Göre Standardize Edilmiş Hızları" verisinde, meme kanserinin %43.8'lik oranla ilk sırada olduğu rapor edilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2018). Dünyada ise, her dört kadından birinin meme kanseri adayı olduğu bildirilmektedir (Sohbet & Karasu, 2017).

Meme kanseri teşhisi için yapılan erken tanı uygulamaları, erken teşhisi sağlayarak kansere bağlı ölüm oranlarının düşürülmesinde önem taşımaktadır (Koc, Celebi, Memis, Saglam, & Beyhan, 2014). Amerikan Kanser Birliği ve Amerikan Kanser Enstitüsü kadınlara; meme kanserinin erken teşhisi için Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM) ve Klinik Meme Muayenesi (KMM) önermektedir (American Cancer Society, 2018). Son yıllarda meme kanseri insidansının artması nedeniyle, kadınların meme kanseri ve KKMM konusundaki bilgi düzeylerinin artırılmasının gerekliliği, giderek önem kazanmaya başlamıştır (Karayurt et al., 2008). Birçok araştırmacı tarafından önemli bir hemşirelik fonksiyonu olarak tanımlanan KKMM eğitimi konusunda, toplum sağlığını yükseltme ve geliştirme hedefi çerçevesinde hemşirelere büyük görev düşmektedir (Gök Özer, Beydağ, & Özbay, 2008). Bu doğrultuda mesleğinin getirdiği profesyonel rolleri çerçevesinde toplumdaki diğer kadınlara rol model olan hemşirelerin meme kanseri ve KKMM konusunda bilgi sahibi ve

uygulayıcı olmaları büyük önem arz etmektedir (Özdemir & Bilgili, 2010). Aynı zamanda hemşirelerin, meme kanseri erken tanısında önemli bir uygulama olan KKMM'yi her ay düzenli olarak yapmaları ve çevrelerindeki kadınlara öğretmeleri bu sorumluluğun önemli bir parçasıdır. Bu nedenle hemşirelerin, meme kanseri konusunda bilgi düzeylerini belirlemek ve KMMM'ye yönelik davranışlarını etkileyen faktörleri ve sağlık inançlarını ortaya koymak önem arz etmektedir (Chong, Krishnan, Hong, & Swah, 2002; Karayurt et al., 2008; Odusanya & Tayo, 2001).

Türkiye'de hemşirelerin, KKMM uygulamasını ve etkileyen faktörleri inceleyen araştırmalar olmasına rağmen meme kanseri ve KKMM'ye ilişkin sağlık inançlarını inceleyen çalışmalar sınırlıdır. Bu bilgiler ışığında bu çalışma; hemşirelerin meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesi konusunda bilgi düzeyi ve sağlık inançlarının incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın Tasarımı: Tanımlayıcı tipte yapılmıştır.

Araştırmanın Uygulama Yeri: Araştırma, Nisan-Haziran 2016 tarihlerinde Bursa/Türkiye'de bir devlet hastanesinde yapılmıştır.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi: Çalışmanın yapıldığı tarihte devlet hastanesinin tüm cerrahi birimlerinde çalışmakta olan kadın hemşireler çalışmanın evrenini oluşturmuştur (n=90). Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiş, tüm hemşirelere ulaşılması hedeflenmiştir. Ancak bu dönem içerisinde izinli/raporlu olan,

çalışmaya katılmayı kabul etmeyen hemşireler çalışma kapsamı dışında bırakılmış ve toplamda 83 hemşire ile çalışma tamamlanmıştır.

Araştırmanın Uygulanması: Hemşirelere çalışma hakkında ön bilgilendirme yapıldıktan sonra çalışmaya katılmayı kabul eden hemşirelerden sözel onam alınmıştır. Araştırmacı tarafından yüz yüze uygulanmış olan anketlerin ve sosyodemografik veri toplama formunun uygulanması için gerekli süre 10 dakikadır.

-Veri Toplama Araçları: Araştırmanın yürütülmesi için gerekli olan verileri toplamak amacı ile sosyodemografik veri toplama formu, "Champion'un Meme Kanseri ve Taramalarına İlişkin Sağlık İnanç Modeli Ölçeği" ve meme kanseri bilgi düzeyini ölçmek amacıyla araştırmacılar tarafından literatür taranarak hazırlanan 35 soruluk anket formu kullanılmıştır. Bilgi düzeyi puanları min=0 max=35 olabilmektedir.

-Champion'un Meme Kanseri ve Taramalarına İlişkin Sağlık İnanç Modeli Ölçeği: Meme kanserinin erken tanısına yönelik inançlara ilişkin sağlık inanç modeli temel alınarak Champion (1984) tarafından geliştirilmiştir (Champion, 1984). Ülkemizde Gözüm ve Aydın (2004) tarafından geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış "Meme Kanseri ve Taramalarına İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği"nin KKMM boyutu bu araştırmada kullanılmıştır (Gözüm & Aydın, 2004). Ölçekte, ''kesinlikle katılmıyorum'' yanıtı 1 puan, ''katılmıyorum'' 2 puan, ''kararsızım'' 3 puan, ''katılıyorum'' 4 puan, ''kesinlikle katılıyorum'' 5 puan olarak (bu çalışmada ''kesinlikle katılmıyorum'' yanıtı 0 puan, ''katılmıyorum'' 1 puan, ''kararsızım'' 2 puan, ''katılıyorum'' 3 puan,

‘‘kesinlikle katılıyorum’’ 4 puan olarak değerlendirilmiştir) değerlendirilmektedir. Ölçeğin her bir alt boyutu ayrı ayrı değerlendirilmekte, tek bir toplam puanda birleştirilememektedir. Puanların yükselmesi, duyarlılık ve önemsemenin arttığını, yarar algısı için yararların, engel algısı için engellerin, sağlık motivasyonu için sağlık motivasyonunun ve öz-etkililik için öz etkililiğin yüksek algılandığını ifade etmektedir.

-Verilerin Değerlendirilmesi: Verilerin değerlendirilmesinde, Frekans Analizi, Mann Whitney U testi ve Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. İstatistiksel analizlerde anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edilmiştir.

Araştırmanın Etik Yönü: Çalışmanın yapılabilmesi için Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ndan 22 Mart 2016 tarihli 80558721-57 sayılı etik kurul onayı, Devlet Hastanesi’nden de çalışma izni alınmıştır.

BULGULAR

Hemşirelerin yaş ortalaması 30.73 ± 7.09 (min. 20; maks. 48) olup, %43.3’ü (n=36) evli ve %74. 6’sı (n=62) lisans mezunudur. Hemşirelerin Meme Kanseri Bilgi Düzeyi Puan Ortalamalarının (median) Sosyodemografik Değişkenlerle İlişkisi Tablo 1’de verilmiştir.

Tablo 1. Hemşirelerin Meme Kanseri Bilgi Düzeyi Puan Ortalamalarının Sosyodemografik Değişkenlerle İlişkisi

Sosyodemografik Değişkenler	n	Meme Kanseri Bilgi Düzeyi Puanları	
		Med. (Min. – Maks.)	İstatistiksel analiz z / KW; p
Yaş			
< 30 yaş 30 – 39 yaş 40 – 49 yaş	46 27 10	25.00(15.00-32.00) 26.00(0.00-29.00) 22.00(18.00-26.00)	7,979; **.019**
Medeni Durum			
Evli Bekar	36 47	25.00(15.00-30.00) 25.00(0.00-32.00)	809,0; .733
Eğitim			
Lise Lisans Lisansüstü	13 62 8	23.00(0.00-30.00) 24.00(0.00-30.00) 25.00(10.00-32.00)	1,390; .499
Toplam	83	25.00(0.00-32.00)	

Hemşirelerin %24'ü (n=20) sigara kullanmakta olup, %2.4'ünün (n=2) ilk adet yaşı 12 yaşın altındadır. Doğum yapan hemşirelerin %3.6'sı (n=3) ilk doğumlarını 20 yaş altında gerçekleştirmiştir. Hemşirelerin %6'sı (n=5) KKMM yapmadıklarını bildirmiş; bunların %'20'si (n=1) nasıl yapıldığını bilmediklerini, %80'i (n=4) ise şikayeti olmadığı için gereksiz buldukları için yapmadıklarını ifade etmiştir. KKMM yapan hemşirelerin ise %12.8'i (n=10) hayatları boyunca 1 kez KKMM yaptıklarını, %70.5'i (n=55) bazen yaptığını, %16.7'si (n=13) düzenli olarak her ay yaptığını ifade etmiştir. Hemşirelerin %24.1'ine (n=20) bir sağlıkçı tarafından meme muayenesi yapılmıştır. Hemşirelerin %7.2'si (n=6) hayatları boyunca en az bir kez mamografi, %22.9'u (n=19) en az 1 kez ultrason çektirmiştir.

Hemşirelerin Meme Kanseri Bilgi Düzeyi Puan Ortalamalarının (median) Bazı Bağımsız Değişkenlerle İlişkisi Tablo 2'de verilmiştir.

Tablo 2. Hemşirelerin Meme Kanseri Bilgi Düzeyi Puanlarının Bazı Bağımsız Değişkenlerle İlişkisi

Bağımsız değişkenler	**n**	**Meme Kanseri Bilgi Düzeyi Puanları**	
		Med. (Min. –Maks.)	**İstatistiksel analiz z / KW; p**
Sigara Kullanma Durumu			
Evet Hayır	20 63	24.50(0.00-29.00) 25.00(10.00-32.00)	694,50; .490
İlk Adet Yaşı			
14 yaş ve üstü 12-13 yaş arası 12 yaş altı	42 39 2	24.00(10.00-30.00) 25.00(0.00-32.00) 22.50(20.00-25.00)	1,437; .488
İlk Canlı Doğum Yaşı (n = 29)			
20 yaş altı 20-24 yaş arası 25-29 yaş arası 30 yaş üstü	3 10 14 2	25.00(22.00-29.00) 25.00(20.00-29.00) 24.00(18.00-28.00) 24.50(22.00-27.00)	1,041; .903
Emzirme Süresi (n=28)			
1-4 ay 4-8 ay 8-12 ay 12 ay ve fazlası	4 9 2 13	23.50(22.00-29.00) 22.00(18.00-28.00) 23.50(19.00-28.00) 25.00(20.00-29.00)	1,368; .850
KKMM Yapma Durumu			
Evet Hayır	78 5	25.00(14.00-32.00) 19.00(0.00-21.00)	24,00; **,000**
Sağlık Çalışanı Tarafından Meme Muayenesi Yapılma Durumu			
Evet Hayır	20 63	25.00(22.00-29.00) 25.00(0.00-32.00)	574,00: ,549
Mamografi Çekilme Durumu			
Evet Hayır	6 77	22.00(0.00-24.00) 25.00(10.00-32.00)	359,50; **.0,23**

Meme Ultrasonu Yapılma Durumu			
Evet Hayır	19 64	25.00(0.00-29.009 25.00(10.00-32.00)	581,50; .773
Anne veya Kız Kardeşte Meme Kanseri Öyküsü			
Evet Hayır	3 80	25.00(23.00-28.00) 25.00(0.00-32.00)	105,50; .738
Kan Bağı Bulunan Başka Akrabada Meme Kanseri Öyküsü			
Evet Hayır	21 62	25.00(20.00-29.00) 25.00(0,00-32,00)	509,00; .135
Kimler KKMM Yapmalı			
Tüm kadınlar Ailesinde Meme CA 40 yaş.üstü her kadın	77 1 5	25.00(0.00-32.00) 25.00(25.00-25.00) 23.00(21.00-28.00)	83,00; .994
Toplam	83	25.00(0.00-32.00)	

Hemşirelerin Sağlık İnanç Modeli Ölçeği ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamaları (median) Dağılımlarının Sosyodemografik Değişkenlerle İlişkisi Tablo 3'te verilmiştir.

Tablo 3. Hemşirelerin Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Sosyodemografk Değişkenlerle İlişkisi

Sosyodemografik değişkenler	n	Duyarlılık Algısı		Ciddiyet/Önem Algısı		Yarar Algısı		Engel Algısı		Güven/Öz-Etkililik		Sağlık Motivasyonu	
		Med. (Min. –Maks.)	İstatistiksel analiz z / KW; p	Med. (Min. –Maks.)	İstatistiksel analiz z / KW; p	Med. (Min. –Maks.)	İstatistiksel analiz z / KW; p	Med. (Min. –Maks.)	İstatistiksel analiz z / KW; p	Med. (Min. –Maks.)	İstatistiksel analiz z / KW; p	Med. (Min. –Maks.)	İstatistiksel analiz z / KW; p
Yaş													
< 30 yaş	46	3.00(0.00-8.00)	0,432; .806	15.00(2.00-24.00)	0,388; .824	13.00(5.00-16.00)	2,887; ,236	11.00(2.00-20.00)	4,774; .092	29.00(8.00-40.00)	3,191; .203	19.00(6.00-26.00)	0,606; .739
30 – 39 yaş	27	3.00(0.00-8.00)		14.00(0.00-23.00)		12.00(0.00-16.00)		13.00(0.00-30.00)		28.00(2.00-40.00)		19.00(3.00-28.00)	
40 – 49 yaş	10	3.00(0.00-9.00)		14.00(9.00-24.00)		11.00(4.00-16.00)		9.50(4.00-18.00)		26.00(9.00-37.00)		19.50(3.00-28.00)	
Medeni Durum													
Evli	23	3.00(0.00-8.00)	755,5; .387	15.00(2.00-23.00)	755,0; .401	12.00(2.00-16.00)	886,0; .374	11.00(0.00-30.00)	825,0; .847	28.00(2.00-40.00)	823,5; .835	19.00(3.00-28.00)	888,5; .695
Bekar	47	3.00(0.00-9.00)		14.00(0.00-24.00)		12.00(0.00-16.00)		11.00(0.00-30.00)		28.00(2.00-40.00)		19.00(3.00-28.00)	
Eğitim													
Lise	13	3.00(0.00-9.00)	0,397; .820	15.00(9.00-20.00)	1,638; .441	12.00(5.00-16.00)	5,130; .077	12.00(4.00-17.00)	0,334; .846	29.00(18.00-40.00)	2,020; .364	18.00(16.00-28.00)	0,968; .616
Lisans	62	3.00(0.00-8.00)		14.00(0.00-24.00)		12.00(0.00-16.00)		11.00(0.00-30.00)		28.00(2.00-40.00)		19.00(3.00-28.00)	
Lisansüstü	8	3.00(2.00-8.00)		16.50(11.00-19.00)		15.50(6.00-16.00)		13.00(2.00-18.00)		29.50(23.00-40.00)		20.50(15.00-25.00)	
Toplam	83	3.00(0.00-9.00)		14.00(0.00-24.00)		12.00(0.00-16.00)		11.00(0.00-30.00)		28.00(2.00-40.00)		19.00(3.00-28.00)	

Hemşirelerin Sağlık İnanç Modeli Ölçeği ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamaları (median) Dağılımının Bazı Bağımsız Değişkenlerle İlişkisi Tablo 4'te verilmiştir.

Tablo 4. Hemşirelerin Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Bazı Bağımsız Değişkenlerle İlişkisi

Bağımsız Değişkenler	n	Duyarlılık Algısı		Ciddiyet/Önem Algısı		Yarar Algısı		Engel Algısı		Güven/Öz-Etkililik		Sağlık Motivasyonu	
		Med. (Min. –Maks.)	İstatistiksel analiz z / KW; p	Med. (Min. –Maks.)	İstatistiksel analiz z / KW; p	Med. (Min. –Maks.)	İstatistiksel analiz z / KW; p	Med. (Min. –Maks.)	İstatistiksel analiz z / KW; p	Med. (Min. –Maks.)	İstatistiksel analiz z / KW; p	Med. (Min. –Maks.)	İstatisiksel analiz z / KW; p
Sigara Kullanma Durumu													
Evet	20	3.00(0.00-9.00)	659,0; .748	13.00(2.00-24.00)	0,625; .957	12.00(0.00-16.00)	698,5; .458	9.50(2.00-29.00)	716,5; .356	29.00(5.00-40.00)	580,0; .593	19.00(3.00-28.00)	631,5; .987
Hayır	63	3.00(0.00-8.00)		15.00(0.00-24.00)		12.00(2.00-16.00)		12.00(0.00-30.00)		28.00(2.00-40.00)		19.00(3.00-28.00)	
İlk Adet Yaşı													
14 yaş ve üstü	42	3.00(0.00-9.00)	0,793; .673	14.00(0.00-24.00)	3,305; .192	12.00(0.00-16.00)	4,634; .099	11.0(0.00-30.00)	3,229; .199	29.00(5.00-40.00)	0,535; .765	19.00(6.00-28.00)	0,970; .616
12-13 yaş arası	39	3.00(0.00-8.00)		14.00(2.00-24.00)		12.00(2.00-16.00)		13.00(3.00-29.00)		29.00(2.00-40.00)		19.00(3.00-28.00)	
12 yaş altı	2	4.00(3.00-5.00)		19.00(18.00-2.00)		16.00(16.00-16.00)		9.50(7.00-12.00)		30.00(28.00-32.00)		20.50(19.00-22.00)	
İlk Canlı Doğum Yaşı (n = 29)													
20 yaş altı	3	6.00(5.00-9.00)	6,780; .148	19.00(13.00-19.00)	2,593; .628	12.00(6.00-16.00)	4,983; .289	11.00(4.00-17.00)	2,435; .656	37.00(30.00-40.00)	6,791; .147	22.00(16.00-28.00)	4,123; 390
20-24 yaş arası	10	3.00(0.00-5.00)		15.00(2.00-24.00)		15.50(10.00-16.00)		11.00(0.00-21.00)		28.50(18.00-40.00)		21.50(3.00-26.00)	
25-29 yaş arası	14	3.00(1.00-8.00)		15.00(2.00-21.00)		12.00(2.00-16.00)		12.50(4.00-30.00)		27.00(2.00-30.00)		19.00(3.00-27.00)	
30 yaş üstü	2	3.00(2.00-4.00)		11.50(9.00-14.00)		11.50(7.00-16.00)		8.00(7.00-9.00)		25.50(15.00-36.00)		23.00(22.00-24.00)	
Emzirme Süresi (n=28)													
1-4 ay	4	5.50(5.00-9.00)	7,675; .104	16.00(10.00-19.00)	3,002; .557	13.00(6.00-16.00)	1,952; .745	7.50(4.00-17.00)	3,757; .440	33.50(20.00-40.00)	6,745; .150	23.00(16.00-28.00)	3,954; .412
4-8 ay	9	3.00(2.00-6.00)		15.00(9.00-21.00)		13.00(2.00-16.00)		10.00(5.00-18.00)		18.00(2.00-32.00)		20.00(3.00-26.00)	
8-12 ay	2	3.00(3.00-3.00)		7.50(2.00-13.00)		10.00(8.00-12.00)		18.50(13.00-24.00)		29.50(29.00-30.00)		22.50(18.00-27.00)	
12 ay ve fazlası	13	3.00(0.00-8.00)		14.00(2.00-24.00)		13.00(4.00-16.00)		11.00(0.00-30.00)		28.50(26.00-40.00)		17.00(3.00-26.00)	
KKMM Yapma Durumu													
Evet	78	3.00(0.00-9.00)	138,5; .289	14.50(2.00-24.00)	115,0; .131	12.00(0.00-16.00)	181,5; .802	11.0(0.00-30.00)	321,5; **.012**	28.00(2.00-40.00)	238,5; .416	19.00(3.00-28.00)	243,5; .364
Hayır	5	3.00(0.00-7.00)		9.00(0.00-24.00)		12.00(8.00-16.00)		17.00(13.00-24.00)		29.00(28.00-30.00)		22.00(15.00-27.00)	

Sağlık Çalışanı Tarafından Meme Muayenesi Yapılma Durumu													
Evet Hayır	20 63	3.00(0.00-9.00) 3.00(0.00-8.00)	600,5; .744	14.50(2.00-24.00) 14.00(0.00-24.00)	550,5; .396	13.50(2.00-16.00) 12.00(0.00-16.00)	555,5; .419	6.00(0.00-13.00) 12.00(2.00-30.00)	1,028; **.000**	29.50(2.00-40.00) 28.00(5.00-40.00)	436,5; **.038**	22.00(3.00-28.00) 19.00(6.00-28.00)	499,0; .161
Mamografi Çekilme Durumu													
Evet Hayır	6 77	3.00(0.00-9.00) 3.00(0.00-8.00)	240,5; .862	13.00(9.00-24.00) 14.00(0.00-24.00)	248,5; .757	13.50(6.00-16.00) 12.00(0.00-16.00)	185,5; .415	9.00(4.00-13.00) 12.00(0.00-30.00)	299,5; .227	26.00(18.00-37.00) 28.00(2.00-40.00)	293,0; .273	22.50(3.00-28.00) 19.00(3.00-28.00)	163,5; .233
Meme Ultrasonu Yapılma Durumu													
Evet Hayır	19 64	4.00(0.00-9.00) 3.00(0.00-8.00)	509,0; .265	14.00(2.00-24.00) 14.00(0.00-24.00)	555,5; .568	13.00(4.00-16.00) 12.00(0.00-16.00)	504,0; .251	7.00(0.00-17.00) 12.00(2.00-30.00)	911,5; .055	29.00(18.00-40.00) 28.00(2.00-40.00)	472,0; .139	22.00(3.00-28.00) 18.50(3.00-28.00)	415,5; .763
Anne veya Kız Kardeşte Meme Kanseri Öyküsü													
Evet Hayır	3 80	5.00(3.00-6.00) 3.00(0.00-9.00)	77,50; .315	13.00(13.00-19.00) 14.00(0.00-24.00)	113,0; .881	12.00(8.00-16.00) 12.00(0.00-16.00)	127,5; .863	11.00(9.00-14.00) 11.50(0.00-30.00)	115,5; .918	26.00(18.00-30.00) 28.00(2.00-40.00)	153,0; .447	22.00(13.00-26.00) 19.00(3.00-28.00)	98,50; .619
Kan Bağı Bulunan İkinci Derecce Akrabada Meme Kanseri Öyküsü													
Evet Hayır	21 62	5.00(0.00-8.00) 3.00(0.00-9.00)	424,0; **.013**	15.00(9.00-24.00) 14.00(0.00-24.00)	575,0; .424	12.00(5.00-16.00) 12.00(0.00-16.00)	604,5; .620	11.00(4.00-29.00) 12.00(0.00-30.00)	676,0; .793	29.00(18.00-40.00) 28.00(2.00-40.00)	615,0; .705	19.00(13.00-26.00) 19.00(3.00-28.00)	586,5; .498
Kimler KKMM Yapmalı													
Tüm kadınlar Ailesinde Meme CA 40 yaş üstü her kadın	77 1 5	3.00(0.00-9.00) 4.00(4.00-4.00) 3.00(0.00-8.00)	0,266; .875	14.00(0.00-24.00) 21.00(21.00-21.00) 19.00(11.00-24.00)	5,510; .0,64	12.00(0.00-16.00) 10.00(10.00-10.00) 13.00(12.00-13.00)	1,297; .523	11.00(0.00-30.00) 21.00(21.00-21.00) 12.00(10.00-29.00)	4,580; .101	29.00(2.00-40.00) 28.00(28.00-28.00) 26.00(18.00-28.00)	3,155; .207	19.00(3.00-28.00) 21.00(21.00-21.00) 18.00(3.00-25.00)	0,551; .759
Toplam	83	3.00(0.00-9.00)		14.00(0.00-24.00)		12.00(0.00-16.00)		11.00(0.00-30.00)		28.00(2.00-40.00)		19.00(3.00-28.00)	

TARTIŞMA

Hemşirelikte yeni mezun ve yaş olarak daha küçük olan grubun bilgi donanımlarının iyi olmasına, bilgi kaynaklarına hızlı ve aktif erişebilme kapasitesine ve öğrenme kabiliyetlerinin yüksekliğine bağlı olarak meme kanseri bilgi düzeylerinin yüksek olması beklenen bir durumdur (Özdemir & Bilgili, 2010). Bu çalışmada da 40-49 yaş arasındaki hemşirelerin meme kanseri bilgi düzeyi puan ortalamasının diğer yaş gruplarına göre düşük olması istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.001$; Tablo 1). Yapılan bir çalışmada da benzer sonuç bildirilmiştir (Açıkgöz, Çehreli, & Ellidokuz, 2015). Bu bulgu, günümüzün gelişen teknolojisi ile birlikte bilgiye hızlı ulaşım, görsel, işitsel ve özellikle sosyal medyanın meme kanseri farkındalığı konusunda etki yaratan reklam, yayın ve paylaşımları, bu platformların aktif kullanıcıları olan gençler için, özellikle de sağlık konusunda yüklü bilgiye sahip genç hemşireler için geliştirici ve bilgilendirici olması ile açıklanabilir.

Literatürde kadınların meme kanseri konusundaki bilgi düzeylerine etki eden en önemli değişkenlerden birinin KKMM olduğu bildirilmektedir (Koç & Sağlam, 2009). Bizim çalışmamızda da KKMM yapan hemşirelerin meme kanseri bilgi düzeyi puan ortalamaları yapmayanlara göre daha yüksektir ($p<0.001$; Tablo 1). Dünya'da ve Türkiye'de kadınların KKMM yapma, bilme ve uygulama sıklıkları oldukça geniş bir yelpazede değiştiği gibi buna paralel olarak meme kanseri konusunda bilgi düzeylerinin de oldukça değişken olduğu görünmektedir. Yapılan bazı çalışmalarda çalışmamızla benzer sonuç bildirilirken (Dündar et al., 2006; Feldman, Carter, Nicastri, &

Hosat, 1981; Özdemir & Bilgili, 2010); bazı çalışmalarda ise hemşirelerin KKMM uygulama durumlarının ve bilgi düzeylerinin düşük olduğu saptanmıştır (Haji-Mahmoodi et al., 2002; Wardle et al., 1995). KKMM yapan hemşirelerin meme kanseri bilgi düzeylerinin daha yüksek olması, KKMM uygulamasının meme kanseri konusunda oluşturduğu farkındalık ve konuyla ilgili oluşturduğu araştırma isteği ile ilgili olabilir.

Meme kanserinin erken tanısında KKMM, klinik meme muayenesi ve mamografi, tarama yöntemleri olarak birbirini tamamlamakta ve üçünün bir arada önerilen sıklıkla uygulanması önerilmektedir (Uncu & Bilgin, 2011). Bu çalışmada mamografi çektirmiş olan hemşirelerin meme kanseri bilgi düzeyi puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur ($p<0.001$, Tablo 2). Bunun nedeni, herhangi bir sebeple mamografi çektirmiş olan hemşirelerin, meme kanseri risk faktörleri konusunda bilgilenmeleri/bilgilendirilmelerine, kişisel araştırma meraklarına ve mamografi çekimi sonrası takip ve araştırma sürecine bağlı olabilir. Çalışmamızda hemşirelerin %7.2'si hayatları boyunca en az bir kez mamografi çektirmiştir. Çalışmamızla benzer şekilde bir çalışmada da hemşirelerin %7.3'ü mammografi çektirmiştir (Özdemir & Bilgili, 2010). Odusanya ve Tayo'nun yaptıkları çalışmada, hemşirelerin son üç yıl içinde %8'inin, Çavdar ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ise hemşirelerin %17'sinin mamografi çektirdiği rapor edilmiştir (Çavdar et al., 2007; Odusanya & Tayo, 2001). Chong ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ise hemşirelerin %68,1'inin mamografi çektirdikeri rapor edilmiştir (Chong et al., 2002). Literatürde

hemşirelerin mamografi çektirme oranı da oldukça çeşitlilik göstermektedir. Bu çeşitlilik muhakkak ki populasyonun özelliği, yaş grubu, eğitim düzeyi vb. değişkenlerden etkilenmektedir. Çalışmamızda hemşirelerin mamografi yaptırma oranlarının düşük olması, genç yaş grubunun çoğunluğu oluşturması ve dolayısıyla mamografi çektirmek için uygun yaş grubu içerisinde olmamaları ile açıklanabilir.

Çalışmamızda sağlık İnanç Modeli Ölçeği Alt Boyut puan ortalamaları ile hemşirelerin yaşları, medeni durumları ve eğitim durumları arasında istatistiksel anlamlılık bulunmamıştır ($p>0.05$; Tablo 3). Taranan çalışmalar arasında hemşirelerin sosyodemografik özellikleriyle ölçeğin alt boyutlarının karşılaştırıldığı bir çalışmaya ulaşılamamıştır.

Algılanan engeller, davranış değişiminin belirlenmesindeki en önemli değişken olmakla birlikte; önerilen davranışın gerçekleştirilmesini zorlaştırdığı düşünülen engeller ya da davranışın olası olumsuz yönleri olarak açıklanmaktadır (Tuzcu & Bahar, 2012). Bu çalışmada KKMM yapmayan hemşirelerin ölçeğin Engel Algısı Alt Boyutundan aldıkları puan ortalaması daha yüksektir ($p<0.001$; Tablo 4). Singapur'da halk sağlığı hemşireleri ve ebeler üzerinde yapılan bir çalışmada, grubun meme kanserinden korunma konusunda bilgi düzeyi ve uygulamaları incelenmiş, hemşirelerin %67'sinin KKMM'yi her ay düzenli olarak yaptığı ve engel algısı alt boyutundan aldıkları puan ortalamasının düşük olduğu bulunmuştur (Chong et al., 2002). Kore'de yapılan bir çalışmada da hemşirelerin %40'nın KKMM uyguladığı, uygulayanların duyarlılık ve güven algılarının yüksek, engel algılarının

düşük olduğu bildirilmiştir (Lee, 2003). Karayurt ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da KKMM yapmayan hemşirelerin engel algısı alt boyutundan aldıkları puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur (Karayurt et al., 2008). Çalışmamızda bir sağlık çalışanı tarafından meme muayenesi yapılan hemşirelerin ölçeğin Engel Algısı Alt Boyutundan aldıkları puan ortalaması daha düşük bulunmuştur ($p<0.001$; Tablo 4). KKMM yapmayan ve ya bir sağlık çalışanı tarafından meme muayenesi yapılmayan hemşirelerin engel algısının yüksek olması hemşirelerin KKMM'ye ilişkin olumsuz/yararsız düşünceleri ile açıklanabilir. Bir sağlık çalışanı tarafından meme muayenesi yapılan hemşirelerin ise ölçeğin Güven/Öz Etkililik Alt Boyutundan aldıkları puan ortalaması daha yüksektir ($p<0.001$; Tablo 4). Yapılan çalışmalara bakıldığında Güven/Öz-etkililik algısının meme kanseri erken tanı davranışları üzerindeki etkisini incelemek için Taili göçmen kadınlarla yapılan çalışmada, Güven/Öz-etkililik algısı yüksek olan kadınların düşük olan kadınlara göre 4.6 kat daha fazla her ay düzenli KKMM'sini yaptıkları belirlenmiştir (Jirojwong & MacLennan, 2003). Güney Asyalı göçmen kadınlarla yapılan bir çalışmada Güven/Öz-etkililiği arttırmak için kadınlara, meme sağlığı konusundaki düşüncelerini aileleri, arkadaşları ve sağlık bakım profesyonelleri ile tartışmaları için cesaret verilmiş ve bu kadınların Güven/Öz-etkililik puanlarının yüksek olduğu saptanmıştır (Ahmad, Cameron, & Stewart, 2005). Yapılan bir çalışmada ise bir sağlık çalışanı tarafından meme muayenesi yapılan ve yapılmayan sağlık çalışanları arasında ölçeğin Güven/Öz Etkililik Alt Boyutu açısından istatistiksel bir fark bulunmamıştır (Yılmaz & Durmus, 2016).

Çalışmamızda kan bağı bulunan ikinci derece akrabasında meme kanseri öyküsü bulunan hemşirelerin ölçeğin Duyarlılık Alt Boyutundan aldıkları puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur ($p<0.001$; Tablo 4). Yapılan bir çalışmada da benzer sonuç bildirilmiştir (Başalan İz & Tümer, 2016).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışma sonuçlarımıza göre her ay düzenli olarak KKMM yapan hemşirelerin oranı oldukça düşüktür (%16). Bilgi düzeyleri ise orta-iyi düzeyde bulunmuştur. KKMM yapan hemşirelerin sağlık motivasyonları ve güven algıları yüksek engel algıları düşük bulunmuştur. Hemşirelerin KKMM'yi düzenli olarak yapmalarını sağlamak için inançlarının geliştirilmesi gerekmektedir. Bu sonuçlar doğrultusunda hemşirelik okullarındaki eğitim müfredatlarına ve mezuniyet sonrası hizmet içi eğitimlere, meme kanseri ve KKMM eğitimlerinin etkin olarak entegre edilmesi, hemşirelerin konuya ilişkin inançlarının gelişimine katkı sağlayacaktır.

Çalışma bulgularının genellenebilmesi için araştırmanın daha geniş bir evrende yapılması, tüm alan hemşirelerinin çalışmaya dahil edilmesi, sağlık inançlarını geliştirme noktasında derinlemesine çözümler üretmek için nitel çalışmaların yapılması, KKMM uygulama sıklığını artırmak için yapılacak girişimlerin hemşireler üzerinde inanç ve tutumlara etkisini inceleyen çalışmaların yapılması önerilebilir.

KAYNAKÇA

Açıkgöz, A., Çehreli, R., & Ellidokuz, H. (2015). Hastanede Çalışan Kadınların Meme Kanseri Konusunda Erken Tanı Yöntemlerine Yönelik Bilgi ve Davranışlarının Belirlenmesi, Uygulanan Planlı Eğitimin Etkinliğinin İncelenmesi Determination. *The Journal of Breast Health*, *11*(1), 31–38. https://doi.org/10.5152/tjbh.2014.2322

Ahmad, F., Cameron, J., & Stewart, D. (2005). A tailored intervention to promote breast cancer screening among South Asian immigrant women. *Social Science & Medicine*, *60*(3), 575–586. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.05.018

American Cancer Society. (2018). Breast Cancer Risk and Prevention. Retrieved November 22, 2018, from https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/risk-and-prevention.html

Başalan İz, F., & Tümer, A. (2016). Assessment of Breast Cancer Risk and Belief in Breast Cancer Screening Among the Primary Healthcare Nurses. *Journal of Cancer Education*, *31*(3), 575–581.

Çavdar, İ., Akyolcu, N., Özbaş, A., Öztekin, D., Ayoğlu, T., & Akyüz, N. (2007). Determining Female Physicians' and Nurses' Practices and Attitudes Toward Breast Self-Examination in Istanbul, Turkey. *Oncology Nursing Forum*, *34*(6), 1218–1221. https://doi.org/10.1188/07.ONF.1218-1221¸˘

Champion VL. (1984). Instrument development for health belief model constructs. *Adv. Nurs. Sci*, *6*, 73–85.

Chong, P. N., Krishnan, M., Hong, C. Y., & Swah, T. S. (2002). Knowledge and practice of breast cancer screening amongst public

health nurses in Singapore. *Singapore Medical Journal*, *43*(10), 509–516. Retrieved from http://www.ncbi.nlm.nih.gov /pubmed/12587705

Dündar, P., Özmen, D., Öztürk, B., Haspolat, G., Akyıldız, F., Çoban, S., & Çakıroğlu, G. (2006). The knowledge and attitudes of breast self-examination and mammography in a group of women in a rural area in western Turkey. *BMC Cancer*, *6*(1), 43. https://doi.org/10.1186/1471-2407-6-43

Erkin, Ö., & Ardahan, M. (2014). Meme Kanseri Ve Kendi Kendine Meme Muayenesi'nin Pullardaki Tarihi. *Lokman Hekim Journal*, *4*(3), 22–28. Retrieved from http://lokmanhekim.mersin.edu.tr

Feldman, J. G., Carter, A. C., Nicastri, A. D., & Hosat, S. T. (1981). Breast self-examination, relationship to stage of breast cancer at diagnosis. *Cancer*, *47*(11), 2740–2745. Retrieved from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7260866

Gök Özer, F., Beydağ, D., & Özbay, C. (2008). Hemşirelik Öğrencilerinin Meme Kanseri Hakkındaki Bilgileri Ve Meme Muayenesini Uygulama Durumları. *Pamukkale Tıp Dergisi*, *2*(1), 15–19.

Gözüm, S., & Aydın, I. (2004). Validation Evidence For Turkish Adaptation Of Champion's Health Belief Model Scales. *Cancer Nurs*, *27*(6), 491–498.

Haji-Mahmoodi, M., Montazeri, A., Jarvandi, S., Ebrahimi, M., Haghighat, S., & Harirchi, I. (2002). Breast self-examination: knowledge, attitudes, and practices among female health care

workers in Tehran, Iran. *The Breast Journal*, *8*(4), 222–225. Retrieved from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12100114

Jirojwong, S., & MacLennan, R. (2003). Health beliefs, perceived self-efficacy, and breast self-examination among Thai migrants in Brisbane. *Journal of Advanced Nursing*, *41*(3), 241–249. Retrieved from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12581112

Karayurt, Ö., Coşkun, A., Cerit, K., Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, D., Hastalıkları Hemşireliği, C., & Yönetim, H. (2008). Hemşirelerin Meme Kanseri Ve Kendi Kendine Meme Muayenesine İlişkin İnançları Ve Uygulama Durumu. *Meme Sağlığı Dergisi*, *4*(1), 15–20. Retrieved from http://thejournalofbreasthealth.com/sayilar/11/buyuk/991.pdf

Koc, Z., Celebi, P., Memis, A., Saglam, Z., & Beyhan, F. (2014). Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Meme Kanseri Erken Tanı Metotlarından Yararlanma Durumları Üzerine Etkisinin Belirlenmesi. *The Journal of Breast Health*, *10*(3), 166–173. https://doi.org/10.5152/tjbh.2014.2087

Koç, Z., & Sağlam, Z. (2009). Kadınların Meme Kanseri, Koruyucu Önlemler Ve Kendi Kendine Meme Muayenesi İle İlgili Bilgi Ve Uygulamalarının Belirlenmesi Ve Eğitimin Etkinliği. *Meme Sağlığı Dergisi*, *5*(1), 25–33.

Lee, E. (2003). Breast self-Examination Performance Among Korean Nurses. *Journal for Nurses in Staff Development*, *19*, 81–87.

Odusanya, O., & Tayo, O. (2001). Breast cancer knowledge, attitudes and practice among nurses in Lagos, Nigeria. *Acta Oncologica (Stockholm, Sweden)*, *40*(7), 844–848. Retrieved from

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11859984

Özdemir, Ö., & Bilgili, N. (2010). Bir Eğitim Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Meme ve Serviks Kanserlerinin Erken Tanısındaki Bilgi ve Uygulamaları. *TAF Preventive Medicine BulletinResearch Article TAF Prev Med Bull*, *9*(966), 605–612. Retrieved from https://www.ejmanager.com/mnstemps/1/1-KHB-2010-02-16-222613.pdf

Sohbet, R., & Karasu, F. (2017). Kadınların Meme Kanserine Yönelik Bilgi, Davranış ve Uygulamalarının İncelenmesi. *GÜSBD Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi Araştırma Makalesi GUSBD Gümüşhane University Journal Of Health Sciences*, *6*(64), 113–121. Retrieved from http://dergipark.gov.tr/download/article-file/383206

T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. (2018). *Türkiye Kanser İstatistikleri*. Ankara. Retrieved from https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/istatistik/Turkiye_Kanser_Istatistikleri_2015.pdf

Tuzcu, A., & Bahar, Z. (2012). Göçmen Kadınlarda Sağlık İnanç Modeli Ve Sağlığı Geliştirme Modeli Kullanımının Meme Kanseri Erken Tanı Davranışlarındaki Değişime Etkisi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, *28*(2), 91–103. Retrieved from http://dergipark.gov.tr/download/issue-file/8962

Uncu, F., & Bilgin, N. (2011). Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Ebe Ve Hemşirelerin Meme Kanseri Erken Tanı Uygulamaları Konusunda Bilgi, Tutum Ve Davranışları. *The Journal of Breast Health*, *7*(3), 167–176.

Wardle, J., Stephen, A., Smith, H., Groll-Knopp, E., Koller, M., Smith, D., & Brodziak, A. (1995). Breast Self-Examination: Attitudes and Practices Among Young Women In Europe. *European Journal Of Cancer Prevention*, *4*(1), 61–68.

Yılmaz, M., & Durmus, T. (2016). Health Beliefs and Breast Cancer Screening Behavior among a Group of Female Health Professionals in Turkey. *Journal of Breast Health*, *12*(1), 18–24. https://doi.org/10.5152/tjbh.2015.2715

BÖLÜM 4:

YAŞLILARDA MALNÜTRİSYON ve HEMŞİRELİK BAKIMI

Dr. Öğr. Üyesi Tuğba YARDIMCI GÜREL[1]

[1] Sinop Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü, Sinop, Türkiye.
yardimci.tugba@gmail.com

GİRİŞ

Ülkemizde ve dünyada yaşlı nüfusu giderek artmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) verilerine göre 2015 ile 2050 yılları arasında dünyadaki 60 yaş üzeri yaşlı nüfusunun %12'den %22'ye çıkması beklenmektedir (DSÖ, 2018). Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) 2018 verilerine göre Türkiye'de 65 yaş ve üzeri birey sayısı 2014 yılında 6 milyon 192 bin 962 kişi iken 2018 yılında 7 milyon 186 bin 204 kişiye yükselmiştir. Yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranının ise 2014 yılında %8 iken, 2018 yılında %8,8'e yükseldiği belirtilmektedir. Bu oranının 2023 yılında %10,2, 2030 yılında %12,9, 2040 yılında %16,3, 2060 yılında %22,6 ve 2080 yılında %25,6 olacağı öngörülmektedir (TÜİK, 2018). Yaşlı nüfusun artması ile toplumda kronik hastalık görülme sıklığı da artmakta ve bu durum birçok sağlık sorununu beraberinde getirmektedir. Yaşlanma ile birlikte bireylerin sağlık durumlarında ve gastrointestinal sistem (GİS) de dahil olmak üzere tüm vücut sistemlerinde önemli değişiklikler meydana gelmektedir. GİS'te meydana gelen değişikliklerden bazıları tükürük salgısının azalması, yutma güçlüğü, mide ve özofagusun boşalmasında gecikmeyi de içeren gastrointestinal hareketin azalmasıdır. Tüm bu sorunlar sağlık bakımının en önemli parçalarından biri olan beslenmeyi etkilemektedir. Bunun bir sonucu olarak yaşlılar yetersiz beslenme riski altında olan savunmasız bir grup olmaktadırlar. Ayrıca çoklu ilaç kullanımı, yalnızlık, depresyon, ağız hijyeninde yetersizlik, düşük yaşam kalitesi, kronik hastalıkların görülmesinde ve hastaneye yatış sıklığında artışın olması yaşlının sağlığını etkilemekte, beslenme bozukluğu/malnütrisyon riskini artırmaktadır (Chapman, MacIntosh,

Morley ve Horowitz, 2002; Gorji, Alikhani, Mohseni, Moradi-Joo, Ziaiifar ve Moosavi, 2017).

Malnütrisyon, besin öğelerinin sağlık sorunlarına yol açacak şekilde yetersiz alınması ya da emiliminin yetersiz olması ile karakterize bir sendromdur. Yaşlı nüfusta oldukça yaygın görülen bir durumdur. Yaşlılıkta ortaya çıkan malnütrisyon morbidite ve mortalitenin artmasına, yaşam kalitesinin azalmasına sebep olmasından dolayı gençlerde görülenden daha karmaşık bir durumdur. Toplumda ve evde yaşayan yaşlı bireylerin %15'inin, hastanede yatan yaşlı hastaların %62'sinin ve huzurevlerinde yaşayan yaşlıların ise %85'inin yetersiz beslendiği bildirilmiştir (Aliabadi ve ark., 2008; Başıbüyük, Bektaş, Çınar, Ay ve Alan, 2017). Malnütrisyon genellikle yaşlılarda ihmal edilen önemli bir sağlık problemidir. Yapılan çalışmalar, beslenme durumunun kötüleşmesi ile komplikasyon görülme oranlarının arttığını (mortalite, enfeksiyon ve basınç ülseri) ve hastanede kalış süresinin uzadığını göstermektedir (Baz ve Ardahan, 2016). Bir çalışmada, evde yaşayan yaşlı bireylerin %31.9'unun ve toplumda, hastanede veya kurumlarda yaşayan yaşlıların ise %46.2'sinin malnütrisyon riski taşıdığı belirtilmiştir (Kaiser ve ark., 2010). Bu bulgular, malnütrisyon riski altındaki yaşlıların erken tedavi edilmesiyle yaşlı nüfustaki prevalansının azaltılabileceğini göstermektedir (Damião, Santos, Matijasevich ve Menezes, 2017).

Malnütrisyonun nedenleri

Malnütrisyonun birçok nedeni vardır ve genel olarak tıbbi, sosyal ve psikolojik nedenler olmak üzere üç başlıkta ele alınmaktadır (Ekici, Çolak ve Kozan, 2019; Damião, ve ark., 2017; Hickson, 2006; Kaiser ve ark., 2010).

Tıbbi nedenler: İştahsızlık, diş yapısının bozulması, ağız-diş sağlığı problemleri, tükürük salgısında azalmadan kaynaklanan çiğneme ve yutma güçlüğü, tat ve koku duyusunun azalması gibi duyusal kayıplar, yetersiz beslenme, zayıflık, engellilik durumuna bağlı hareketlerde kısıtlılık, kronik hastalıklar (özellikle kalp ve akciğer hastalıkları, kanser, diyabet, inme, Parkinson vb.), enfeksiyonlar, çoklu ilaç kullanımı ve ilaç etkileşimleridir.

Sosyal nedenler: Beslenme ile ilgili bilgi düzeyinde yetersizlik, sosyal izolasyon, yalnız yaşama, yoksulluk ve yemek hazırlama kapasitesinin azalması ya da olmaması gibi durumlardır.

Psikolojik nedenler: Konfüzyon, depresyon, anksiyete ve demans gibi durumlardır.

Tüm bu durumlar malnütrisyona ve sonuçta bir veya birden fazla besin öğesinin eksikliğine sebep olmaktadır (Visvanathan, 2003). Yaşlanma ile birlikte vücut yağında ve obezitede artış olmasına rağmen, genel olarak yaşlıların besin alımında bir azalma söz konusudur (Morley, 1997). Yaşlılarda herhangi bir sebeple ortaya çıkan kilo kaybının takip eden yıllar içinde mortalite ve morbiditeyi artırdığı belirtilmektedir (Karaman, Topal, Aksoy ve Gereklioğlu, 2019; Khoddam,

Eshkevarlaji, Nomali, Modanloo ve Keshtkar, 2019; Saka ve Özkulluk, 2008). Ayrıca osteoartrit, osteoporoz, diyabet, kardiyovasküler hastalıklar ve hipertansiyon gibi yetersiz beslenmeye bağlı gelişen komplikasyonlar yaşlı bireyler üzerinde sosyal ve ekonomik yüke sebep olmaktadır. Bu nedenle her yaşlının mutlaka malnütrisyon açısından değerlendirilmesi gerekmektedir (Hickson, 2006).

Malnütrisyonun Değerlendirilmesi

Bildirilen yüksek prevelansa rağmen, gerçek malnütrisyon sıklığının rapor edilen sayıların ötesinde olduğu düşünülmektedir. Çünkü mevcut beslenme yetersizliği bireylerde önemli fiziksel değişikliklere neden olana kadar malnütrisyon tespit edilememektedir. Bu hususlara dayanarak, yaşlı bireylerdeki malnütrisyon riskinin tüm dünyada özel ve acil bir dikkat gerektirdiği vurgulanmaktadır (Elia, Zellipour ve Stratton, 2005; Khoddam ve ark, 2019; Volkert, 2013). Malnütrisyona neden olan birçok faktör olduğundan albümin konsantrasyonu veya Beden Kitle İndeksi (BKİ) gibi tekli göstergeler teşhis için yeterli değildir. Bu nedenle fiziksel bilgiler ile laboratuvar bilgilerini birleştiren çeşitli ölçüm araçları geliştirilmiştir. Bu tarama araçları hastalarda erken tedavi olasılığının arttırılması, malnütrisyon riskinin değerlendirmesi için özel olarak geliştirilmiştir. Nütrisyonel taramada kullanılması önerilen ölçekler şunlardır (DeLegge ve Drake, 2008):

Subjektif Global Değerlendirme-Subjective Global Assessment (SGA): SGA, hastanın tıbbi öyküsünü (kilo değişimi, besin alım değişikliği, gastrointestinal semptomlar ve fonksiyonel kapasitedeki

değişiklikler) ve fizik muayene (deri altı yağ kaybı, kas kaybı, ayak bileği veya sakral ödem ve asit) verilerini objektif ve sübjektif yönleriyle birleştiren klinik bir tekniktir. Değerlendirmeden sonra, hastalar üç ayrı beslenme durumu kategorisine ayrılır; SGA-A iyi beslenmeyi, SGA-B orta derecede malnütrisyonu, SGD-C ciddi derecede malnütrisyonu gösterir (DeLegge ve Drake, 2008; Detsky ve ark., 1987).

Mini Nutrisyonel Değerlendirme-Mini-Nutritional Assessment (MNA) Testi: MNA Avrupa'da, yüksek duyarlılık ve özgüllüğü nedeniyle geriatrik tıpta beslenme durumunun değerlendirilmesinde kullanılabilecek en iyi tarama testi olarak kabul edilmektedir. Basit, invaziv olmayan ve onaylanmış bir klinik araç olarak MNA yaşlılarda yetersiz beslenmenin tanımlanması için geliştirilmiş bir tarama ve değerlendirme aracıdır. Değerlendirme parametreleri; genel sağlık durumu, hareketlilik düzeyi, beslenme durumu, antropometrik ölçümler (kilo kaybı, BKİ, üst kol çevresi, baldır çevresi) ve kendini değerlendirmeyi içeren 18 soruyu içermektedir. Ölçekten en yüksek 30 puan alınmaktadır. 24 puan ve üzeri normal nütrisyonel durumu, 17-23 puan arası malnütrisyon riskini, 17 puanın altı ise kesin malnütrisyonu göstermektedir (DeLegge ve Drake, 2008; Guigoz, Vellas ve Garry, 1994).

Nütrisyonel Risk İndeksi-Nutritional Risk Index (NRI): NRI, serum albümin ölçümlerine, hastanın şu an mevcut olan ve önceki vücut ağırlığındaki farklılıklara dayanan bir ölçüm aracıdır. Nütrisyonel Risk İndeksi = [1.59 x serum albümin (g/l) + 0.417 x (güncel kilo/olağan

kilo) x 100] formülü kullanılarak hesaplanmaktadır. NRI puanı 100'den büyük ise nütrisyon riski yok, 97.5'ten büyük ise sınırda nütrisyon riski, 83.5- 97.5 arasında ise orta derecede nütrisyon riski, 83.5'in altında ise ciddi nütrisyon riski olarak değerlendirilmektedir (DeLegge ve Drake, 2008; Veterans Affairs Total Parenteral Nutrition Cooperative Study Group, 1991).

Nütrisyon Risk Skoru-Nutrition Risk Score (NRS): NRS, 1992 yılında Birmingham Heartlands Hastanesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü tarafından hastaların hastaneye ilk kabul esnasında beslenme bozukluğu risklerini değerlendirmek üzere geliştirilmiştir. NRS'nin içerdiği değişkenler; kilo kaybı (son 3 aydaki miktarı ve süresi), BKİ (kg/m^2), yiyecek alımı (iştah) ve stres faktörleridir. Değerlendirme hastaneye başvuru tarihinden itibaren 24 saat içinde tamamlanmalıdır. Eğer hastanın durumunda bir değişiklik meydana gelmişse testin her hafta tekrarlanması gerekmektedir. Malnütrisyon gelişimi açısından hastalar düşük, orta veya yüksek risk altında olarak sınıflandırılırlar (Reilly, 1996; DeLegge ve Drake, 2008).

Malnütrisyon Evrensel Tarama Aracı-Malnutrition Universal Screening Tool (MUST): Güncel vücut ağırlığı, istenmeyen kilo kaybı ve akut hastalık etkisi gibi üç bağımsız ölçütün kullanılması ile malnütrisyon riski taşıyan bireylerin yanı sıra protein-enerji malnütrisyonunu da tespit etmek için tasarlanmış bir araçtır. Hastanın güncel vücut ağırlığı BKİ hesaplanarak belirlenirken, son 3-6 ay içerisindeki kilo kaybı bilgisi ise kişinin tıbbi kayıtlarından öğrenilmektedir. Akut hastalık faktörü, eğer hasta akut bir hastalık

durumunun etkisinde ise ve 5 günden uzun süredir besin alımı yoksa değerlendirmeye alınır ve skor yükselir. Hastalar düşük, orta veya yüksek malnütrisyon riski kategorisine ayrılarak toplam puan hesaplanır. Farklı hastalık gruplarındaki her yaştan erişkin hastada kolaylıkla uygulanabilmesi en büyük avantajıdır (DeLegge ve Drake, 2008; Stratton ve ark., 2004).

Geriatrik Nütrisyonal Risk İndeksi-Geriatric Nutritional Risk Index (GNRI): GNRI, hastanede yatan yaşlı hastalarda morbidite ve mortalite riskini ön görebilmek için özel olarak tasarlanmıştır. GNRI hesaplanırken kilo kaybı ve serum albümini gibi yaşlılarda mortalitede belirleyici olan iki bağımsız faktör kullanılır. Yaşlıların normal kilosunu değerlendirmek zor olduğundan bu araçta 'ideal kilo' terimi kullanılmaktadır. İdeal vücut ağırlığı hastanın cinsiyeti ve boy uzunluğuna dayanan Lorentz formülü ile hesaplanır. Değerlendirme sonunda hastalar majör, orta, düşük ve risksiz olmak üzere dört risk derecesine ayrılır. GNRI, nütrisyonla ilişkili bir risk indeksidir (Boulillanne ve ark., 2005; DeLegge ve Drake, 2008).

Anlık Nütrisyonel Değerlendirme-Instant Nutritional Assessment (INA): Nütrisyonel durumun en hızlı ve basit ölçümüdür. Değerlendirmede serum albümin değeri ve total lenfosit sayısı kullanılır. Bu parametrelerde düşüş olmasının mortalite ve morbitide oranları ile ilişki olduğu belirtilmektedir. Bu teknik malnütrisyona bağlı komplikasyon gelişme tehlikesi bulunan kişilerin hızlı bir şekilde tespit edilmesine ve erken müdahalede bulunulmasına olanak sağlamaktadır. Serum albümin değerinin %3.5'in, total lenfosit sayısının ise 1500

$mm^{3'}$ün altında olması anormal bir durum olarak değerlendirilmektedir (Seltzer ve ark., 1979).

Malnütrisyonun Sonuçları

Malnütrisyon yaşlılarda biyolojik, psikolojik, sosyal ve ekonomik sonuçlara da neden olan büyük bir sorundur. Malnütrisyonun ilk belirtisi kilo ve kas yoğunluğunun kaybedilmesi yani "sarkopenidir". Sarkopeni yaşlılarda direncin azalması, düşmeler, kalça kırıkları, iyileşme sürecinin yavaşlaması, enfeksiyon oranlarının artması, yara iyileşmesinin gecikmesi ve basınç yaralarında artışa sebep olmaktadır. Sonuç olarak hastanede kalma süresinde uzama, tekrarlı hastane yatışları, daha fazla ilaç kullanma, bakım veren yükünde artış, bakım evlerine nakil olma, yaşam kalitesinde azalma ve maliyet artışı gibi olumsuzluklara yol açmaktadır (Arıoğul, 2013).

Malnütrisyonun Tedavisi

Malnütrisyonu olan ya da malnütrisyon riski taşıyan yaşlılarda beslenme destek tedavisinin amacı yeterli protein, enerji, mikro-besin öğeleri ve sıvı alımının sağlanmasıdır. Ayrıca tedavide hastanın fonksiyonelliği ve günlük yaşam aktiviteleri düzeyini iyileştirmek, beslenme alışkanlığının düzenli ve sağlıklı olmasını sağlamak, yaşam kalitesini mümkün olduğunca iyileştirmek, morbidite ve mortaliteyi azaltmak amaçlanmaktadır (Arıoğul, 2013). Araştırmalar, beslenme desteğinin kilo alımı sağlayabileceğini göstermektedir. Ancak, yaşlanma ile birlikte beslenme desteği tedavisine verilen metabolik tepkinin bir şekilde değiştiği ve yaşlı insanlarda kilo almanın daha uzun

sürebileceği belirtilmektedir (Hickson, 2006). Tedavi için öncelikle bireyin beslenme durumu ve/veya malnütrisyon derecesinin belirlenmesi gerekir. Nütrisyonel tedavi diyet tavsiyesi, enteral takviye, iştah stimülasyonu, enteral veya parenteral beslenmeyi içerebilir. Özel beslenme tedavileri olarak da anabolik ajanlar, immün uyarıcı enteral formülasyonlar, orta zincirli trigliseritler, probiyotikler veya diğer yeni yaklaşımlar kullanılabilir. Tedaviye başlamak için, klinisyenler ilk önce hastanın kalori, protein ve su gereksinimlerini belirlemeye çalışmalıdır (DeLegge ve Drake, 2008).

Malnütrisyonu Olan Hastanın Hemşirelik Bakımı

Malnütrisyonun önlenmesinde, hastanın hastanede kalış süresinin ve maliyetin azaltılmasında hemşirelik bakımı oldukça önemlidir (Dal, 2007). Hemşireler, hastalarda malnütrisyona yol açan risk faktörlerini, malnütrisyon belirtilerini, önlenmesinde alınacak tedbirleri ve malnütrisyon geliştiğinde ilerlemesini önlemek için gerekli olan uygulamaları bilmelidir (Özer ve Kapucu, 2014). Malnütrisyonu olan hastada hemşirelik bakımında temel amaç, 1) özellikle kas kütlesinde olmak üzere vücut ağırlığında artışın sağlanması, 2) hastaya özgü hazırlanmış bir diyet ile günlük alması gereken kalori miktarının alınmasının sağlanması, 3) malnütrisyon veya beslenme tedavisi ile ilgili komplikasyon yaşamaması olmalıdır. Eğer hemşire hastada malnütrisyon olduğunu ya da risk taşıdığını tespit ederse fizik muayene, antropometrik ölçümler ve laboratuvar verilerini içeren kapsamlı bir nutrisyonel değerlendirme yapmalıdır. Hastanın tıbbi, beslenme ve ilaç geçmişi sorgulanmalıdır. Bu değerlendirme nutrisyon tedavisinin

temelini oluşturur. Hastanın vücut ağırlığı ve boyu doğru bir şekilde ölçülmeli ve bu bilgiler kaydedilmelidir. Kilo değerlendirmesi ayrıntılı olmalıdır. Hastanın kilo kaybının istemli mi istemsiz mi olduğunun öğrenilmesi ve kaybın ne kadar sürede oluştuğu sorgulanmalıdır. Özellikle yaşlı hastalarda 6 ay içerisinde normal vücut ağırlığının istemli ya da istemsiz olarak %5'den fazlasının kaybedilmesi ciddi bir göstergedir ve ileri değerlendirme gerekir. Mümkünse hastanın bildirdiği boy uzunluğundan ziyade gerçek uzunluk hemşire tarafından ölçülmelidir. Bu değerler doğrultusunda hastanın BKİ'si hesaplanmalıdır. Normal BKİ değerleri dışında olan bulguların yüksek mortalite ve morbidite ile ilişkili olduğu unutulmamalıdır. Ek olarak hastanın kendisinden ya da yakınlarından beslenme durumu ile ilgili tam bir öykü alınmalıdır (DiMaria-Ghalili, 2014).

Hemşirelik Tanıları

Malnütrisyonu olan hastaya özgü alınabilecek hemşirelik tanıları hastanın durumuna göre değişebilmekle birlikte aşağıdaki tanıları içerebilir (DiMaria-Ghalili, 2014):

- Anoreksiya, disfaji, artan metabolik ihtiyaçlar veya besinlere erişimin azalması, sindirim veya emilim sorunları ile ilişkili "**Dengesiz beslenme/beden gereksiniminden az beslenme"**
- Azalan güç ve dayanıklılık, yorgunluk ve apati ile ilişkili **"Özbakımı sürdürmede yetersizlik"**
- Sıvılara erişimin azalması veya sıvı emilimini etkileyen faktörlerle ilişkili **"Sıvı-volüm eksikliği**"

• Yetersiz beslenme durumu ile ilişkili "**Cilt bütünlüğünde bozulma riski"**

• Algıdaki değişiklik, motivasyon eksikliği veya beslenme rejiminin yaşam tarzına uygun olmaması ile ilişkili "**Uyumsuzluk".**

SONUÇ

Yaşlılarda malnütrisyon oldukça yaygın bir durumdur. Yaşlının yaşam kalitesini azaltan, tedavi sürecini olumsuz etkileyen, hastanede kalış süresi ve tedavi maliyetlerini arttıran bir durum olması nedeniyle de erken tanılanması önemlidir. Özellikle malnütrisyon riskinin saptanması ve beslenme durumunun geliştirilmesinde hemşirelerin görev ve sorumlulukları bulunmaktadır. Hemşire, kapsamlı bir tanılamanın ardından malnütrisyonun olası komplikasyonlarının önlenmesi ve beslenme durumunun korunmasında hastaya özgü kişiselleştirilmiş hemşirelik bakımı planlamalıdır. Ayrıca koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında malnütrisyon riski ile ilgili bilgilendirme kampanyaları yapılarak toplum bilinçlendirilmelidir.

KAYNAKÇA

Aliabadi, M., Kimiagar, M., Ghayour-Mobarhan, M., Shakeri, M.T., Nematy, M., Ilaty, A.A. ve ark. (2008). Prevalence of malnutrition in free living elderly people in Iran: a cross-sectional study. *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition,* 17(2), 285-289.

Arıoğul S. (2013). Yaşlılarda Malnütrisyon Klavuzu, Malnütrisyonun Önemi Akademik Geriatri Derneği. http://akademikgeriatri.org/files/thn-kitap.pdf. Erişim Tarihi: 19.11.2019

Başıbüyük, G. Ö., Bektaş, Y., Çınar Z., Ay, F. ve Alan, A. (2017). Huzurevinde Kalan Yaşlılarda Malnütrisyon Sıklığı. *Ahi Evran Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi,* 3(2), 339-348.

Baz, S. ve Ardahan, M. (2016). Yaşlılarda malnütrisyon ve hemşirelik yaklaşımları. *Balikesir Sağlık Bilimleri Dergisi,* 5(3), 147-153.

Boulillanne O, Morineau G, Dupont C, Coulombel, I., Vincent, J.P., Nicolis, I. ve ark. (2005). Geriatric Nutritional Index: A new index for evaluating at-risk elderly medical patients. *American Journal of Clinical Nutrition,* 82, 777–783.

Chapman, I.M., MacIntosh, C.G., Morley, J.E. ve Horowitz, M. (2002). The anorexia of ageing. *Biogerontology,* 3, 67–71

Dal, Ü. (2007). Malnutrisyonu olan hastanın hemşirelik bakımı. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi,* 14(2), 74–81.

Damião, R., Santos, Á., Matijasevich, A. ve Menezes, P. (2017). Factors associated with risk of malnutrition in the elderly in south-eastern Brazil. *Revista Brasileira de Epidemiologia,* 20(4), 598–610.

DeLegge M.H. ve Drake L.M. (2008) Nutritional Assessment. In: Nutrition and Gastrointestinal Disease. Clinical Gastroenterology. Totowa, New Jersey, Humana Press, 9-17.

Detsky, A.S., McLaughlin, J.R., Baker, J.P., Johnston, N., Whittaker, S., Mendelson, R.A. ve Jeejeebhoy, K.N. (1987). What is subjective global assessment of nutritional status? *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition,* 11, 8–13.

DiMaria-Ghalili, R. (2014). Nursing manegement-Nutritional Problems. In: Lewis, S.L., Dirksen, S.R., Heitkemper, M.M., Bucher, L. (Eds.), Medical-surgical nursing:assessment and management of clinical problems. Ninth edition. Canada, Mosby, pp: 890-896.

Dünya Sağlık Örgütü (2019). "Aging and health" https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health erişim tarihi: 17.11.2019

Ekici, E., Yetim Çolak, M. ve Kozan, E.H. (2019). Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Beslenme Durumları ve Günlük Yaşam Aktivitelerinin Belirlenmesi, *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(4), 505-518.

Elia, M., Zellipour, L. ve Stratton, R.J. (2005). To screen or not to screen for adult malnutrition? *Clinical Nutrition*, 24(6), 867-884.

Gorji, H.A., Alikhani, M., Mohseni, M., Moradi-Joo, M., Ziaiifar, H. ve Moosavi, A. (2017). The Prevalence of Malnutrition in Iranian Elderly: A Review Article. *Iranian Journal of Public Health.* 46(12), 1603-1610.

Guigoz, Y., Vellas, B. ve Garry, P.J. (1994). The Mini Nutritional Assessment (MNA): a practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients. *Facts and Research in Gerontology,* 4(2), 15-59.

Guigoz, Y. (2006). The Mini Nutritional Assessment (MNA) review of the literature – What does it tell us? *Journal of Nutrition, Health & Aging,* 10(6), 466-485.

Hickson, M. (2006). Malnutrition and Ageing. *Postgraduate Medical Journal,* 82(963), 2-8.

Kaiser, M.J., Bauer, J.M., Rämsch, C., Uter, W., Guigoz, Y., Cederholm, T. ve ark. (2010). Frequency of malnutrition in older adults: a multinational perspective using the mini nutritional assessment. *Journal of the American Geriatrics Society,* 58(9), 1734-1738.

Karaman, D., Topal, K., Aksoy, H. ve Gereklioğlu, Ç. (2019). Huzurevinde kalan yaşlılarda malnütrisyon, depresyon ve yaşam kalitesi üzerine etki eden faktörlerin belirlenmesi. *Pamukkale Tıp Dergisi*, 12, 545-553.

Khoddam, H., Eshkevarlaji, S., Nomali, M., Modanloo, M. ve Keshtkar, AA. (2019). Prevalence of Malnutrition Among Elderly People in Iran: Protocol for a Systematic Review and Meta-Analysis. *JMIR Research Protocols,* 8(11), e15334.

Morley, J. E. (1997). Anorexia of aging: physiologic and pathologic. *American Journal of Clinical Nutrition,* 66(4), 760–73.

Özer, E. ve Kapucu, S. (2014). Hastane Malnütrisyonu ve Hemşirelik Bakımı. *Tihud Hemşirelik Dergisi,* 1(1), 19-26.

Reilly, H.M. (1996). Screening for nutritional risk. *Proceedıngs of the Nutrition Society*, 55:841–853.

Saka, B. ve Özkulluk, H. (2008). İç Hastalıkları polikliniğine başvuran yaşlı hastalarda nütrisyonel durumun değerlendirilmesi ve malnütrisyonun diğer geriatrik sendromlarla ilişkisi. *Gülhane Tıp Dergisi*, 50, 151-157.

Seltzer, M.H., Bastidas, A., Cooper, D.M., Engler, P., Slocum, B. ve Fletcher, H.S. (1979). Instant nutritional assessment. *Journal Of Parenteral and Enteral Nutrition,* 3, 157–159.

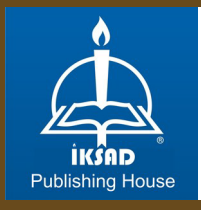
Stratton, J.S., Hackston, A., Longmore, D., Dixon, R., Price, S., Stroud, M. ve ark. (2004). Malnutrition in hospital outpatients and inpatients: prevalence, concurrent validity, and ease of use of the 'Malnutrition Universal Screening Tool' (MUST) for adults. *British Journal of Nutrition,* 92,799–808.

Türkiye İstatistik Kurumu (2018). "İstatistiklerle yaşlılar, 2018" http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=30699 Erişim Tarihi: 17.11.2019

Veterans Affairs Total Parenteral Nutrition Cooperative Study Group (1991). Perioperative total parenteral nutrition in surgical patients. *The New England Journal of Medicine,* 325(8), 525–532.

Visvanathan, R. (2003). Under-nutrition in older people: a serious and growing global problem. *Journal of Postgraduate Medicine,* 49, 352-360.

Volkert, D. (2013). Malnutrition in older adults - urgent need for action: a plea for improving the nutritional situation of older adults. *Gerontology,* 59(4), 328-333.



978-625-7029-15-5