



AYDIN SAĞLIK DERGİSİ

AYDIN JOURNAL OF HEALTH

Yıl 9 Sayı 3 - Ekim 2023

Year 9 Number 3 - October 2023

Genel DOI: 10.17932/IAU.ASD.2015.007

Cilt 9 Sayı 3 DOI: 10.17932/IAU.ASD.2015.007/2023.903

<http://aydinsaglikdergisi.aydin.edu.tr>

Aydın Sağlık Dergisi / Aydın Journal of Health

ISSN : 2149-5769 / E-ISSN 2717-6800

Sahibi/Proprietor

Doç. Dr. Mustafa AYDIN

Yazı İşleri Müdürü/Editor-in-Chief

Zeynep AKYAR (İstanbul Aydın Üniversitesi)

Editör/Editor

Prof. Dr. H. Aysel ALTAN (İstanbul Aydın Üniversitesi)

Editör Yardımcıları/Associate Editor

Öğr. Gör. Murat SEZER (İstanbul Aydın Üniversitesi)

Öğr. Gör. Sueda TERZİ VURAK (İstanbul Aydın Üniversitesi)

Öğr. Gör. Zeynep YALNIZ (İstanbul Aydın Üniversitesi)

Akademik Çalışmalar Koordinasyon Ofisi / Academic Studies Coordination Office

İdari Koordinatör/Administrative Coordinator

Dr. Öğr. Üyesi Burak SÖNMEZER

Türkçe Redaksiyon/Turkish Proofreading

Behçet Özgür ÇALIŞKAN

İngilizce Redaksiyon/English Proofreading

Behçet Özgür ÇALIŞKAN

Grafik Tasarım/Graphic Desing

Başak GÜNDÜZ

Dil/Language

Türkçe & İngilizce/Turkish & English

Yayın Periyodu/Publication Period

Yılda üç sayı: Şubat, Haziran, Ekim

Published issues per year : February, June, October

Yıl 9 Sayı 3 - Ekim 2023

Year 9 Number 3 - October 2023

<http://aydinsaglikdergisi.aydin.edu.tr>

Yazışma Adresi/Correspondence Address

Florya Yerleşkesi, Beşyol Mah. İnönü Cad. No:38 Küçükçekmece, İstanbul

Tel: 0212 444 1 428

Faks: 0 212 425 57 59

Web: <http://aydinsaglikdergisi.aydin.edu.tr/tr/editorler-kurulu/>

E-mail: ayselaltan@aydin.edu.tr

Baskı/Printed by

Levent Baskı Merkezi

Sertifika No: 35983

Emniyetevler Mahallesi Yeniçeri Sokak No:6/A

4.Levent / İstanbul, Türkiye

Tel: 0212 270 80 70

E-mail: info@leventbaskimerkezi.com

Yayın Kurulu/Editorial Board

Prof. Dr. H. Aysel ALTAN (İstanbul Aydın Üniversitesi)

Prof. Dr. ZÜHAL BAHAR (İstanbul Aydın Üniversitesi)

Prof. Dr. Melek ÇELİK (Anesteziyoloji ve Reanimasyon, Medeniyet Üniversitesi)

Prof. Dr. Celal İPLİKÇİOĞLU (Beyin Cerrahisi, BHT Clinic, İstanbul Tema Hastanesi)

Dr. Aylin HASBAY BÜYÜKKARAGÖZ (Beslenme ve Diyetetik, Londra)

Öğr. Gör. Murat SEZER (İstanbul Aydın Üniversitesi)

Bilimsel Danışma Kurulu/Scientific Advisory Board

Prof. Dr. Afsun Ezel ESATOĞLU, Ankara Üniversitesi, Ankara, Türkiye

Prof. Dr. Ahmet ATAŞ, İstanbul Üniversitesi, İstanbul, Türkiye

Prof. Dr. Ahmet İLVAN, İstanbul Aydın Üniversitesi, İstanbul, Türkiye

Prof. Dr. Ahmet SALTİK, Ankara Üniversitesi, Ankara, Türkiye

Prof. Dr. Akın MARŞAP, İstanbul Aydın Üniversitesi, İstanbul, Türkiye

Prof. Dr. Ali MEMİŞ, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara, Türkiye

Prof. Dr. Anayit COŞKUN, Bezm-i Alem Üniversitesi, İstanbul, Türkiye

Prof. Dr. Aygen TÜRKMEN, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul, Türkiye

Prof. Dr. Ayşe Şule TAMER, İstanbul Üniversitesi, İstanbul, Türkiye

Prof. Dr. Belma TUĞRUL, İstanbul Aydın Üniversitesi, İstanbul, Türkiye

Prof. Dr. Beril TUFAN, Hacettepe Üniversitesi, Ankara, Türkiye

Prof. Dr. Celal İPLİKÇİOĞLU, Harran Üniversitesi, Şanlıurfa, Türkiye

- Prof. Dr. Dilaver TENGİLİMOĞLU**, Atılım Üniversitesi, Ankara, Türkiye
- Prof. Dr. Emine DERVİŞ**, Sağlık Bilimleri Haseki Eğitim Araştırma Hastanesi, İstanbul, Türkiye
- Prof. Dr. Erdal ASLIM**, Istinye Üniversitesi, İstanbul, Türkiye
- Prof. Dr. Erkan PEHLİVAN**, İnönü Üniversitesi, Malatya, Türkiye
- Prof. Dr. Gökhan ADAŞ**, Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, Türkiye
- Prof. Dr. Gönül ERKAN**, Hacettepe Üniversitesi, Ankara, Türkiye
- Prof. Dr. Gülsen GÜNEŞ**, İnönü Üniversitesi, Malatya, Türkiye
- Prof. Dr. Hakan GÜRBÜZ**, Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, Türkiye
- Prof. Dr. Hanifegül TAŞKIRAN**, İstanbul Aydın Üniversitesi, İstanbul, Türkiye
- Prof. Dr. Haydar SUR**, Üsküdar Üniversitesi, İstanbul, Türkiye
- Prof. Dr. Hikmet ÖZÇETİN**, Özel Retina Göz Hastanesi, Bursa, Türkiye
- Prof. Dr. Işıl BULUT**, Başkent Üniversitesi, Ankara, Türkiye
- Prof. Dr. İsmihan Zeliha ARTAN**, Hacettepe Üniversitesi, Ankara, Türkiye
- Prof. Dr. Koray GÜMÜŞTAŞ**, İstanbul Üniversitesi, İstanbul, Türkiye
- Prof. Dr. Mehmet BOSTANCI**, Pamukkale Üniversitesi, Denizli, Türkiye
- Prof. Dr. Metin GENÇ**, İnönü Üniversitesi, Malatya, Türkiye
- Prof. Dr. Mustafa ASLAN**, Düzce Üniversitesi, Düzce, Türkiye
- Prof. Dr. Mustafa Kemal ADALI**, Trakya Üniversitesi, Edirne, Türkiye
- Prof. Dr. Mustafa ÖZCAN**, İstanbul Teknik Üniversitesi, Türkiye
- Prof. Dr. Nazmi BİLİR**, Hacettepe Üniversitesi, Ankara, Türkiye
- Prof. Dr. Necati YENİCE**, Harran Üniversitesi, Şanlıurfa, Türkiye
- Prof. Dr. Nevin YALMAN**, İstanbul Üniversitesi, İstanbul, Türkiye
- Prof. Dr. Nilüfer DARICA**, Hasan Kalyoncu Üniversitesi, İstanbul, Türkiye
- Prof. Dr. Nuran KÖMÜRCÜ**, İstanbul Aydın Üniversitesi, İstanbul, Türkiye
- Prof. Dr. Önder PEKER**, İstanbul Aydın Üniversitesi, İstanbul, Türkiye
- Prof. Dr. Özgün ENVER**, İstanbul Aydın Üniversitesi, İstanbul, Türkiye
- Prof. Dr. Pınar BAYKAN**, Hacettepe Üniversitesi, Ankara, Türkiye
- Prof. Dr. R. Erol SEZER**, Yeditepe Üniversitesi, Ankara, Türkiye
- Prof. Dr. Sevda ULUĞTEKİN**, Hacettepe Üniversitesi, Ankara, Türkiye
- Prof. Dr. Seyhan ALKAN**, İstanbul Aydın Üniversitesi, İstanbul, Türkiye
- Prof. Dr. Sibel GÜNEYSU**, Başkent Üniversitesi, Ankara, Türkiye
- Prof. Dr. Şule ECEVİT ALPAR**, Marmara Üniversitesi, İstanbul, Türkiye
- Prof. Dr. Ünal SAKINCI**, Kafkas Üniversitesi, Kars, Türkiye
- Prof. Dr. Veli DUYAN**, Ankara Üniversitesi, Ankara, Türkiye
- Prof. Dr. Yasemin AÇIK**, Fırat Üniversitesi, Elazığ, Türkiye
- Prof. Dr. Zeynep Çiğdem KAYACAN**, İstanbul Aydın Üniversitesi, İstanbul, Türkiye
- Doç. Dr. Aysin ERSOY**, İstanbul Bilim Üniversitesi, İstanbul, Türkiye
- Doç. Dr. Bülent İLİK**, Başkent Üniversitesi, Ankara, Türkiye
- Doç. Dr. Güliz ONAT**, KTO Karatay Üniversitesi, Konya, Türkiye
- Doç. Dr. Hüseyin ÇAKAN**, İstanbul-Cerrahpaşa Üniversitesi, İstanbul, Türkiye
- Doç. Dr. Özgür UĞURLUOĞLU**, Hacettepe Üniversitesi, Ankara, Türkiye
- Doç. Dr. Serdar AKGÜN**, İstanbul Aydın Üniversitesi, İstanbul, Türkiye
- Doç. Dr. Sezer KÜLEKÇİ**, İstanbul Aydın Üniversitesi, İstanbul, Türkiye
- Doç. Dr. Sinem SOMUNCUOĞLU İKİNCİ**, Bursa Uludağ Üniversitesi, Bursa, Türkiye
- Doç. Dr. Sema OĞLAK**, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Aydın, Türkiye
- Doç. Dr. Türkiz VERİMER**, İstanbul Aydın Üniversitesi, İstanbul, Türkiye
- Dr. Öğr. Üyesi Anıl ÖZGÜÇ**, İstanbul Aydın Üniversitesi, İstanbul, Türkiye
- Dr. Öğr. Üyesi İnci ADALI**, İstanbul Aydın Üniversitesi, İstanbul, Türkiye

İstanbul Aydın Üniversitesi, Aydın Sağlık Dergisi, özgün bilimsel araştırmalar ile uygulama çalışmalarına yer veren ve bu niteliği ile hem araştırmacılara hem de uygulamadaki akademisyenlere seslenmeyi amaçlayan hakem sistemini kullanan bir dergidir.

İstanbul Aydın University, Aydın Journal Of Health is a double-blind peer-reviewed journal which provides a platform for publication of original scientific research and applied practice studies. Positioned as a vehicle for academics and practitioners to share field research, the journal aims to appeal to both researchers and academicians.

İçindekiler - Contents

Derleme (Review)

Sağlık Çalışanlarına Şiddet ve Şiddet Oranları

Violence and Rates of Violence against Healthcare Professionals

Hatice YALÇIN, Ahmet İLVAN.....117

Özgün Araştırmalar (Original Research)

Yeme Tutumları Üzerinde Çocukluk Çağı Travmalarının Rolü: Yalnızlık, Sosyal İzolasyon Ve Zihinselleştirme Perspektifleri

The Role Of Childhood Traumas On Eating Attitudes: Perspectives Of Loneliness, Social Isolation And Mentalization

Tuğba öz, Gaye SALTUKOĞLU.....131

Gebelerin Koronavirüs Korkusu ile Kendilerini Algılama Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Investigation of the Relationship Between Fear of Coronavirus and Self-Perception Levels of Pregnant Woman

Rukiye SÜLÜ DURSUN, Ebru GÖZÜYEŞİL.....151

COVID-19 Hastalarında Düşük Ve Yüksek Doz Anakinra Kullanımının Mortalite Üzerine Etkisinin Karşılaştırılması

Comparison of the Effects of Low-Dose and High-Dose Anakinra Treatment on Mortality in COVID-19 Patients

Döndü GENÇ MORALAR, Ülkü Aygen TÜRKMEN, Osman ÇELİK, Serpil ŞEHİRLİOĞLU, Zuhal ÇAVUŞ, Veysel DİNÇ.....169

Çocuk Merkezli Oyun Terapisinin Öfke Problemi Olan Çocuklar Üzerindeki Etkisi

The Effect Of Preschool Children's Attachment Styles on Emotion Regulation And Interpersonal Problem-Solving Skills

Perihan ŞENSOY, Melek İPEK.....185

Olgu Sunumu (Case Report)

Evaluation Of An Individual Diagnosed With Acute Renal Failure According To Marjory Gordon's Functional Health Patterns Model: A Case Report

Akut Böbrek Yetmezliği Tanılı Bireyin Marjory Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli'ne Göre Değerlendirilmesi: Olgu Sunumu

İlknur YÜCEL, Kübra İNCİRKUŞ.....207

Yazarlar İçin Bilgi

Information for The Authors

Doi Listeleri - DOI Numbers

Genel DOI: 10.17932/IAU.ASD.2015.007

Cilt 9 Sayı 3 DOI: 10.17932/IAU.ASD.2015.007/2023.903

Derleme (Review)

Sağlık Çalışanlarına Şiddet ve Şiddet Oranları

Violence and Rates of Violence against Healthcare Professionals

Hatice YALÇIN, Ahmet İLVAN

10.17932/IAU.ASD.2015.007/asd_v09i3001

Özgün Araştırmalar (Original Research)

Yeme Tutumları Üzerinde Çocukluk Çağı Travmalarının Rolü: Yalnızlık, Sosyal İzolasyon Ve Zihinselleştirme Perspektifleri

The Role Of Childhood Traumas On Eating Attitudes: Perspectives Of Loneliness, Social Isolation And Mentalization

Tuğba öz, Gaye SALTUKOĞLU

10.17932/IAU.ASD.2015.007/asd_v09i3002

Gebelerin Koronavirüs Korkusu ile Kendilerini Algılama Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Investigation of the Relationship Between Fear of Coronavirus and Self-Perception Levels of Pregnant Woman

Rukiye SÜLÜ DURSUN, Ebru GÖZÜYEŞİ

10.17932/IAU.ASD.2015.007/asd_v09i3003

COVID-19 Hastalarında Düşük Ve Yüksek Doz Anakinra Kullanımının Mortalite Üzerine Etkisinin Karşılaştırılması

Comparison of the Effects of Low-Dose and High-Dose Anakinra Treatment on Mortality in COVID-19 Patients

Döndü GENÇ MORALAR, Ülku Aygen TÜRKMEN, Osman ÇELİK, Serpil ŞEHİRLİOĞLU, Zuhâl ÇAVUŞ, Veysel DİNÇ

10.17932/IAU.ASD.2015.007/asd_v09i3004

Çocuk Merkezli Oyun Terapisinin Öfke Problemi Olan Çocuklar Üzerindeki Etkisi

The Effect Of Preschool Children's Attachment Styles on Emotion Regulation And Interpersonal Problem-Solving Skills

Perihan ŞENSOY, Melek İPEK

10.17932/IAU.ASD.2015.007/asd_v09i3005

Olgu Sunumu (Case Report)

Evaluation Of An Individual Diagnosed With Acute Renal Failure According To Marjory Gordon's Functional Health Patterns Model: A Case Report

Akut Böbrek Yetmezliği Tanılı Bireyin Marjory Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli'ne Göre Değerlendirilmesi: Olgu Sunumu

İlknur YÜCEL, Kübra İNCİRKUŞ

10.17932/IAU.ASD.2015.007/asd_v09i3006

AMAÇ VE KAPSAM

İAÜ Aydın Sağlık Dergisi; İstanbul Aydın Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi ve Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu'nun çift bilimleyenli hakemlik ilkeleri çerçevesinde yayın yapan açık erişimli bilimsel yayın organıdır.

Dergide, klinik ve deneysel araştımlar, derlemeler, olgu sunumları ve editöre mektuplar basılır. Derginin hedef kütlesi; tıp, sağlık bilimleri, sağlık hizmetleri, mesleki ve teknik sağlık bilimleri alanında çalışan öğretim üye ve görevlileri ile uzmanlar ve ön lisans, lisans ve lisansüstü öğrencilerdir.

Yayın dili Türkçe ve İngilizce olan dergi her dört ayda bir Şubat, Haziran ve Ekim aylarında çıkar. Yayınlanan yazılardaki görüşlerin, bulguların, sonuçların ve kullanılan kaynakların sorumluluğu yazarlara aittir.

AIM AND SCOPE

IAU Aydın Journal of Health is the open access, scientific publication organ of İstanbul Aydın University, Faculty of Sciences of Health and Vocational School of Health Services that is published under double-blind peer review principles.

The journal publishes clinical and experimental trials, reviews, case reports and letters to the editor. The target audience of the journal includes medical and health care academic personnel and students of Associate, Bachelor's and Masters degree programmes.

The publication language of the journal is both Turkish and English and it is published every four months in February, June and October. Statements and opinions expressed in the manuscripts published in the journal reflect the views of the authors.

Editörden

İşyerinde sağlık çalışanlarına yönelik işyeri şiddeti, fiziksel ve psikolojik sorunlara neden olmaktadır. İşyerinde şiddet mağdurları üzerinde fiziksel sorunlar, kaygı, depresyon, stres, ölüm veya intihar riski gibi olumsuz etkiler görülür. Hastaların çalışanlara yönelik saldırgan davranışları işyerinde şiddetin bir biçimidir. Fiziksel ve psikolojik şiddet, tehdit, korkutma, taciz gibi fiziksel saldırılar bu davranışların örnekleridir. İşyerinde şiddet, mağduru fiziksel, zihinsel, ruhsal, cinsel, ahlaki veya sosyal refahına zarar verebilecek güç kullanılması olarak tanımlanır. Amerika Birleşik Devletleri'nde kentsel alanlardaki 762 sağlık çalışanı üzerinde yapılan bir araştırma, sağlık çalışanlarının %76'sının şiddete maruz kaldığını, %33,4'ünün fiziksel şiddete, %87,1'inin ise sözlü şiddete maruz kaldığını belirtti (1). Çeşitli ülkelerde yapılan başka bir araştırmada ise sağlık çalışanlarının %50'sinin şiddete maruz kaldığı ortaya çıktı. Başka bir araştırmaya göre İşyerinde şiddet, işyerinde iş performansının düşmesine, dolayısıyla hastaların sağlık hizmetlerinden memnun kalmamasına neden olan fiziksel ve psikolojik birçok soruna neden olmaktadır. Sorun uzar ve çözülmezse travma sonrası stres bozukluğu gelişir. Kurbanlar bile ölüm veya intihar riskiyle karşı karşıyadır. İşyeri güvenliğini ve konforunu artırmak için işyerinde şiddetin sağlık çalışanları üzerindeki etkisini azaltacak müdahalelere ihtiyaç vardır.

*(1) Iyus Yosep, Ai Mardhiyah, Hendrawati Hendrawati, and Sri Hendrawati
Interventions for Reducing Negative Impacts of Workplace Violence Among Health Workers:
A Scoping Review*

From The Editor

Workplace violence against healthcare workers causes physical and psychological problems. Victims of workplace violence experience negative effects such as physical problems, anxiety, depression, stress, and risk of death or suicide. Aggressive behaviour of patients towards employees is a form of workplace violence. Physical attacks such as physical and psychological violence, threats, intimidation and harassment are examples of these behaviours. Workplace violence is defined as the use of force that may harm the physical, mental, spiritual, sexual, moral or social well-being of the victim. A study conducted on 762 healthcare workers in urban areas in the United States stated that 76% of healthcare workers were exposed to violence, 33.4% were exposed to physical violence, and 87.1% were exposed to verbal violence (1). Another study conducted in various countries revealed that 50% of healthcare workers were exposed to violence, with verbal abuse being the most common type. Workplace violence causes many physical and psychological problems in the workplace, which causes a decrease in job performance and thus causes patients to be dissatisfied with health services. If the problem persists and is not resolved, post-traumatic stress disorder develops. Even victims face the risk of death or suicide. To improve workplace safety and comfort, interventions are needed to reduce the impact of workplace violence on healthcare workers.

*(1) Iyus Yosep, Ai Mardhiyah, Hendrawati Hendrawati, and Sri Hendrawati
Interventions for Reducing Negative Impacts of Workplace Violence Among Health Workers:
A Scoping Review.*

Prof. Dr. H. Aysel ALTAN

Sağlık Çalışanlarına Şiddet ve Şiddet Oranları

Hatice YALÇIN*

İstanbul Aydın Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Endüstüsü Aile Danışmanlığı Böl.
haticeyalcin@aydin.edu.tr
ORCID: 0000-0001-6147-6676

Ahmet İLVAN

İstanbul Aydın Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
ahmetilvan@aydin.edu.tr
ORCID: 0000-0003-2606-6262

Öz

Sağlık çalışanlarına uygulanan şiddet ile ilgili yurt içinde ve yurt dışında yapılan birçok çalışmada elde edilen verilerin ortak noktası, diğer iş yerlerine göre sağlık alanında ortaya çıkan şiddet olaylarının çok daha fazla olduğudur. Sağlıkta şiddet türlerine bakıldığında çalışanların en çok sözel şiddete maruz kaldıkları görülmektedir. Sağlık çalışanlarının bir bölümünün şiddetin işlerinin doğasında olduğunu kabullendikleri, ciddi yaralanmalar söz konusu olmadıkça maruz kaldıkları şiddetle ilgili bildirim yapmadıkları görülmektedir. Şiddetle ilgili araştırmalar incelendiğinde hemen hemen tüm çalışmalarda şiddetin zaman içerisinde artış gösterdiği görülmüştür. Türkiye genelinde yapılacak sağlıkta şiddetin yıllar içindeki artışını inceleyen bir araştırma içinde bulunduğumuz durumu daha iyi anlamamızı ve şiddeti önlemek için daha ciddi çalışmalar yapılması gerektiğinin farkına varılmasını sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: sağlık çalışanları, sağlıkta şiddet, şiddet oranları, şiddet

Violence and Rates of Violence against Healthcare Professionals

ABSTRACT

The common point of the data obtained in many studies conducted at home and abroad on violence against healthcare workers is that violence in the field of health is much higher than in other workplaces. Considering the types of violence in health, it is seen that employees are most exposed to verbal violence. It is seen that some of the health workers accept that violence is in the nature of their work, and they do not report the violence they are exposed to unless serious injuries are in question. When the studies on violence are examined, it has been observed that violence has increased over time in almost all studies. A study that will examine the increase in health violence in Turkey over the years will enable us to better understand the situation we are in and to realize that more serious studies are needed to prevent violence.

Keywords: health workers, violence in health, violence rates, violence

GİRİŞ

İnsanlığın var oluşuyla başlayan ve toplumların her birimini etkileyen, zaman içinde hayatımızın bir parçası gibi olan, kültürel ve sosyo- ekonomik özelliklere göre değişim gösteren şiddet; Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tanımında “kişinin kendisi bir başka birey yada bir gruba yönelik ölüm, yaralama, gelişme geriliği, psikolojik zarar verme ya da mahrumiyet ile sonuçlanan veya sonuçlanma ihtimali fazla olan tehdit ya da bilinçli güç kullanımıdır” (Er, 2021). İşyerinde şiddet ise Avrupa Komisyonu tarafından “çalışanın işi ile alakalı durumlarda, açık olarak veya üstü örtülü şekilde sağlığını, iyilik halini ya da güvenliğini hedef alan tehdit, korkutma, istismar ya da saldırı olayları” şeklinde tanımlanmaktadır (Yeşilbaş, 2016). Bu bağlamda sağlıkta şiddet, işini yapan sağlık çalışanına hasta yakını, hastanın kendisi veya başka bir birey tarafından gerçekleştirilen sözel saldırı, tehdit, fiziksel ve cinsel saldırıdan oluşan eylemlerdir (Özge Ünal, 2021) .

Yaşamın içinde tüm sektörlerde çalışanların iş yeri şiddetine maruz kalma ihtimali olsa da, sağlık çalışanlarının iş yerinde şiddete maruz kalma ihtimallerinin daha yüksek olduğu bilinmektedir. Yapılan araştırmalarda, sağlık kurumlarında çalışanların diğer sektörlere göre şiddete maruz kalma açısından 16 kat daha risk altında oldukları gösterilmiştir (Ersin Uskun, 2022). (DSÖ) Dünya Sağlık Örgütü, (DSÖ) (ICN) Uluslararası Hemşireler Birliği ve (ILO) Uluslararası Çalışma Örgütü'nün 2002 senesi “Sağlık Sektöründe İş Yeri Şiddeti” konulu raporlarında sağlık alanında çalışanların %50'sinden fazlasının iş hayatları süresince şiddete maruz kaldıkları belirlenmiştir (Er, 2021). Ülkemizde yapılan araştırmalarda sağlık çalışanlarına karşı uygulanan sözel ve fiziksel şiddet türlerinin en çok hasta yakınları tarafından, uluslararası yayınlarda ise çoğu şiddet olaylarının hasta yakınlarından ziyade hastaların kendileri tarafından uygulandığı görülmüştür (Yiğitbaş, 2011).

Sağlık çalışanlarına uygulanan şiddet ile ilgili yurt içinde ve yurt dışında yapılan birçok çalışmada elde edilen verilerin ortak noktası; diğer iş yerlerine göre sağlık alanında ortaya çıkan şiddet olaylarının çok daha fazla olduğu ancak çok azının kayda alındığı, şiddet olarak sadece yaralamalar gibi ciddi olayların algılandığı ve şikayet edildiği, diğer olayların bildirilmediği sonucu öne çıkmıştır (Annagür, 2010). Çalışmalarda, sağlık çalışanlarının çalışmaları sırasında saldırıya uğramalarının mesleğin doğası olarak algıladıkları ve sadece yaralanma gibi ciddi olayları şiddet olarak değerlendirdikleri saptanmıştır (Ersin Uskun, 2022). Alan araştırmaları sonuçlarına bakıldığında şiddet olayları, çoğunlukla şiddet gören kişinin şiddet anında tedavi yaptığı veya hastayla konuştuğu muayene odasında ya da hasta kabul işleminin yapıldığı anda gerçekleştiği görülmektedir

(Nesrin Akça, 2014). Kowalenko ve arkadaşlarının Michigan Eyaletindeki Acil Doktorlara Yönelik araştırmalarında doktorlara yönelik saldırıların %89'u hastalar, %9'u hastaların aile üyeleri ve %2'si hastaların arkadaşları tarafından gerçekleştirildiği sonucuna ulaşılmıştır (Kowalenko, 2005). Sağlık çalışanlarına şiddet uygulaması iş yerinde olabildiği gibi sokakta veya hastanın bulunduğu yere hizmet götüren 112 acil servis çalışanlarına yönelikte olabilmektedir (Başak Solmaz, 2018).

Sağlık kurumlarından yapılan şikayetlere göre şiddet olayları her sene yaklaşık iki katına çıkmakta, poliklinikler dışında şiddeten etkilenen servislerin başında % 54,9 Acil servis, %5 4,5 Psikiyatri servisi, % 39,5 Nöroloji servisi, % 39,7 Geriyatri servisi ve % 32,3 Pedyatri servisi sayılabildiği görülmüştür (Seyhan Hıdıroğlu1, 2019).

Literatürlerde sağlık kurumlarında şiddet riskini arttıran farklı faktörlere bakıldığında;

- kesintisiz hizmet (24 saat) sunulması,
- aile fertlerinin stresli olması,
- hastaların bekleme sürelerinin uzunluğu ile hizmet alımından yeteri kadar yararlanamamak
- personel sayısının az olması ancak işlerin yoğun olması,
- çok kalabalık ortamda çalışmak,
- yalnız çalışmak,
- çalışanın şiddetle baş etme hakkında eğitim yetersizliği,
- güvenlik elemanı sayısının yetersiz olması,
- yasalarda şiddete karşı sınırlamanın olmaması, caydırıcı veya yeterli olmaması

gibi durumların şiddet riskini arttıran faktörler arasında sayılabildiği, ayrıca sağlık sisteminde hastalar sanki tüketici, müşteri olarak değerlendirilmeleri, bu bakışla hastalar ile sağlık çalışanlarının yüz yüze getirilmesi olduğu görülmüştür (Serin, 2015).

Şiddet ile ilgili teorilerin birçoğunda şiddetin oldukça karmaşık bir davranış biçimi olduğu belirtilmektedir (Er, 2021). Dünya Sağlık Örgütü şiddeti üç başlıkta sınıflandırmıştır. Bunlar 1.Kişinin kendisine yönelik uyguladığı şiddet; kendini kasıtlı olarak yaralamak, intihar ve intihara teşebbüs etmek. 2. Kişiler arası şiddet; eş, çocuk ve yaşlılara yönelik aile içi şiddet. 3. Kolektif şiddet; ekonomik, sosyal ve politik şiddet şeklinde tanımlanmıştır (Yöyen, 2017).

Şiddet veya saldırganlığın sosyoloji, biyoloji, psikoloji ve psikiyatri gibi farklı

disiplinler tarafından ayrı ayrı çözümlenmesi şiddet davranışının karmaşık ve çok boyutlu bir özelliği olduğunu göstermektedir (Büyükbayram, 2013).

Sağlık kurumlarında sağlık çalışanlarının çoğunlukla maruz kaldıkları fiziksel, sözel ve psikolojik şiddet türlerinin ele alınmasıyla beraber, son dönemlerde cinsel saldırılar da gözlenmektedir. Son zamanlarda konu ile ilgili yapılan çalışmalar, psikolojik şiddet gören sağlıkçıların fiziksel şiddete maruz kalma ihtimallerinin yedi kat daha çok olduğu vurgulanmıştır (Seda, 2022).

Sağlık Çalışanlarının Şiddet Algısı

Gerberich ve arkadaşlarının çalışmasında, hemşirelerin % 44'ü fiziksel şiddeti işin bir parçası olduğu için bildirmedikleri ve maalesef sadece % 27'sinin şiddeti çalışma ortamlarında bir sorun olarak algıladıklarını belirtmiştir (Gerberich S. G., 2004).

Toplum gözüyle sağlık çalışanlarına uygulanan şiddet ile ilgili Ankara'da bulunan sağlık kurumlarına başvuran 18 yaş ve üstü kişilerle yapılan çalışmada; katılımcılara "Sağlık çalışanının şiddeti hak ettiğini düşünüyor musunuz" sorusuna %79,8'i hak etmiyorlar, %20,2'si hak ediyorlar, "Sağlık çalışanına şiddet uygulanınca sorunların düzeleceğini düşünüyor musunuz" sorusuna %93,8'i düşünmüyorum, %6,2'si düşünüyorum, "Sağlık çalışanına şiddet hakkındaki düşünceniz nedir" sorusuna da %77,1'i büyük haksızlık olduğunu düşünüyorum, %27,9'u bazı durumlarda gerekli olduğunu düşündüklerini belirtmişler (İlhan, 2013). Bir Tıp Fakültesi öğrencileri ile yapılan anket çalışmasında kendilerine sorulan "Hekime yönelik şiddetin sebepleri neler olabilir?" sorusuna 44,0'ından halkın eğitimsiz olması, %48,6'sından doktor ve hastaların birbirlerine yönelik empati yaksunluğu, %33'ünden birbirleri ile iletişim eksikliği ve %33,9'undan hekimden beklentinin fazla olması olabileceği cevabı alınmış ve "Sizce hekime yönelik şiddet nasıl önlenbilir?" sorusuna da %60,6'sından eğitim verilmesi, %33,9'undan yasal düzenlemelerin yapılması, %31,9'undan cezaların artırılması cevapları alınmıştır. Öğrencilere televizyon, radyo ve sosyal medya gibi iletişim araçlarında izledikleri sağlık çalışanlarına şiddet haberlerini duyduklarında veya gördüklerinde neler hissettikleri sorulduğunda; %51,4'ü kızdıklarını, %49,5'i üzüldüklerini, %40,4'ü endişe duyduklarını ve %36,7'si de geleceğe karşı ümitsizlik hissettiklerini belirtmişlerdir (Demirbaş, 2021).

Sağlıkta Şiddetin Sıklık Oranı

Türkiye'nin batısında acil serviste çalışan sağlık personeli ile yapılan çalışmada; katılımcıların %72,3'nün şiddete maruz kaldığı, maruz kaldıkları şiddet türüne bakıldığında %69,5'nin sözel-duygusal tacize, %53,2'sinin özel tehditler,

%8,5'nin fiziksel şiddete maruz kaldığı görülmüştür (Unal Ayrancı, 2005). Pediatrik asistanlarıyla işyerinde şiddet ile ilgili yapılan çalışmada, %33'ünün hastalar veya hasta yakınları tarafından şiddete maruz kaldıkları. Maruz kalınan şiddetin %32'sinin sözel, %9'unun fiziksel şiddete maruz kaldığı sonucu alınmıştır (Judy, 2009). Edirne ilinde yapılan bir çalışmada, sağlık çalışanlarının %66,1'inin şiddete maruz kaldığı belirlenmiş. Maruz kalınan şiddet türlerinin; %82,5'inin sözel şiddet, %10,7'inin fiziksel şiddet, %6,4'ünün psikolojik şiddete ve %0,4'ünün ekonomik şiddetle karşılaştığı tespit edilmiş. Sağlık çalışanlarının %86,1'inin çalışma esnasında şiddetle karşılaşma endişesi duydukları belirlenmişti (Milet, 2017).

2015'de Ümraniye ilçesindeki Aile Sağlığı Merkezleri ve Toplum Sağlığı Merkezinde görev yapan 143 hekim ve aile sağlığı çalışanının katıldığı çalışmada, % 64,3'nün çalışma hayatlarında en az bir kere şiddete maruz kaldığı, son bir yılda % 19,6'sının fiziksel şiddete, % 81,8'inin psikolojik şiddete maruz kaldığı görülmüş ve sağlık çalışanlarına son bir yıl içinde maruz kaldıkları sözel-psikolojik şiddet şekilleri sorulduğunda; 79 kişi (% 55,2) bağırılmak, 51 kişi (% 35,7) aşağılamak, 12 kişi reddedilmek (% 8,4), 49 kişi (% 34,3) tehdit edilmek, 48 kişi (% 33,6) küfür edilmek cevabını verdiği görülmüştür (Seyhan Hıdıroğlu, 2019).

Akbaş ve arkadaşlarının Adana ilinde yapmış oldukları çalışmalarında, katılımcıların %84,3'ünün meslek yaşamlarının herhangi bir bölümde, 112'de çalıştıkları dönemde şiddete uğrayanların oranının da %99,7 olduğu görülmüştür. Karşılaştıkları sözel şiddet oranı %99,3, fiziksel şiddet oranının %64,5 ve hem fiziksel hem sözel şiddete maruz kalma oranlarının %64,2 olduğu görülmüştür (Akbaş, 2016).

Tablo.1 Katılımcılara Meslek Yaşamlarında Şiddete Maruz Kalma Durumları ve Şiddetin Özellikleri

Şiddete Maruz Kalma Durumları		n	%
Meslek hayatında şiddete maruz kalma durumu	Evet	253	84,3
	Hayır	47	15,7
112'de şiddete maruz kalma durumu	Evet	299	99,7
	Hayır	1	0,3
Son bir yıl içinde şiddete maruz kalma durumu	Evet	247	82,3
	Hayır	53	17,7

Maruz kalınan şiddet çeşidi (n:299)*	Fiziksel Şiddet	193	64,5
	Sözel Şiddet	298	99,3
	Her ikisi	192	64,5
Şiddetin kim tarafından gerçekleştirildiği (n:299)*	Hasta	108	36,0
	Hasta Yakını	172	57,5
	Orada bulunan herhangi bir kişi veya grup	68	22,7
	112 çalışanı	5	1,7
	Hastane sağlık çalışanı	3	0,3
*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.			

Bir üniversite hastanesinde yapılan çalışmada, sağlık çalışanlarının şiddete uğrama sıklığı %70, sözel şiddete uğrama sıklığı %81, fiziksel şiddete uğrama sıklığı %17 olduğu saptanmıştır (Üzümcü, 2019). Denizli ilinde sağlık çalışanları ile yapılan bir çalışmada; hekimlerin %84,5'inin, hemşirelerin %84,4'ünün, yardımcı personelin %84,6'sının, teknisyenlerin %70'inin diğer sağlık personelinin %90,5'inin ve tüm sağlık personelinin %84,8'inin hasta veya hasta yakını tarafından sözel şiddete maruz kaldıkları görülmüştür (Yücens, 2020).

Nazan Torun'un Sağlık Bakanlığına bağlı 112, Kamu hastaneleri ile özel hastaneler, Ağız ve Diş Sağlığı Merkezleri tarafından 2012-2018 yılları arasında bildirilen Beyaz Kod kayıtlarını kullanarak yapmış olduğu istatistiksel çalışmasında; yıllara göre şiddetin türü ve görülme durumuna göre fiziksel şiddetin 2012 yılından 2015 yılı aralığında arttığı 2015 yılı sonrasında azaldığı, sözel şiddetin ise yıllar içerisinde git gide arttığı belirtilmiştir (Torun, 2020). Tablo 2

Tablo.2 Yıllara göre şiddetin türlerin dağılımı

Şiddetin Türü	2012 n-(%)	2013 n-(%)	2014 n-(%)	2015 n-(%)	2016 n-(%)	2017 n-(%)	2018 n-(%)
Fiziksel Şiddet	1198 (30,90)	2267 (33,40)	2768 (33,8)	2312 (29,10)	2245 (23,60)	711 (8,30)	342 (4,00)
Sözel Şiddet	2681 (69,10)	4720 (67,60)	5413 (66,20)	5632 (70,90)	7271 (76,40)	6238 (72,0)	7061 (77,00)
Fiziksel ve Sözel Şiddet						1659 (19,30)	1705 (19,00)
Toplam	3,879	6,987	8,181	7,944	9,516	8,608	9,108

(Torun, 2020)

Düzce ilindeki kamu, özel ve üniversite hastanelerinde hastane çalışanlarına yönelik 2017-2019 tarihleri arasında raporlanan şiddet olaylarının değerlendirilmesinin amaçlandığı bu çalışmada 122 beyaz kod bildirimini yapıldığı belirlenmiştir. Bu bildirimlerin % 49,2'sinin Kamu Hastanesi, % 46,7'si Üniversite Hastanesi ve % 4,1'i ADSM'de gerçekleştiği, özel hastanelerde ise beyaz kod bildirimini hiç yapılmadığı görülmektedir. Araştırma kapsamında incelenen 122 beyaz kod bildirimini %80,3'ünü sözel şiddet, % 4,9'unu fiziki şiddet ve %14,8'ini ise hem sözel hem de fiziki şiddet olayları oluşturduğu görülmüştür (Bekar, 2021).

Ersin Uskun ve arkadaşları tarafından Süleyman Demirel Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi sağlık personelinin tümünü kapsayan çalışmada; %30.2 çalışanların meslek yaşamlarının bir bölümünde şiddetle karşılaştığı, son bir yılda şiddet ile karşılaşmalarının ise %19,6 olduğu belirlenmiştir. Meslek hayatları süresince her 3 sağlık çalışanından birinin şiddete maruz kaldığı görülmüştür (Ersin Uskun, 2022).

Şiddetin Önlenmesi

DSÖ'nün Türkiye ile birlikte 133 ülkenin de içinde bulunduğu "Şiddeti Önlemede Global Durum Raporu 2014" başlıklı çalışmasında her sene dünyada 475.000 insanın cinayet sebebiyle (yüzbinde 16) yaşamını kaybettiği bildirilmektedir (Akbaş, 2016).

Literatüre bakıldığında, sağlık çalışanlarına uygulanan şiddetin nedenlerinin; sağlık çalışanları ile hastalar arasındaki iletişimin eksikliği, stres seviyesinin yüksekliği, yargı sisteminde bulunan boşluklar, yeterli güvenlik önlemlerinin olmaması, mevzuat uygulamalarında sağlık çalışanlarının korunmasıyla ilgili eksikliklerin olduğu görülmektedir (Ersin Uskun, 2022).

Sağlık çalışanlarının çoğunluğu şiddet riski altındadır ve sağlık hizmeti veren işverenlerin daha fazlasını yapması gerekir (Gates, 2004). Sağlık çalışanlarının karşılaştığı şiddetin önlenmesi ile ilgili yurt içinde ve yurt dışında yapılan araştırmalarda, sağlıksız şiddet konusunu inceleyen koruma ve önleme araştırmaları yapılması, sağlık kurumu yönetiminin etkili olması, sağlık personelinin yönetilen şiddetin önceden farkına varması ve başa çıkması gibi konularda eğitilmesi ile şiddet riskinin azaltılmasının mümkün olabileceği belirtilmiştir (Büyükbayram, 2013). Pediatrik asistanları ile yapılan bir araştırmada % 71'i uzmanlık eğitimleri sırasında işyerinde şiddet konusunda herhangi bir eğitim almadıklarını bildirmişler. Yanıt verenlerin % 74'ü öfkeli hasta ve aileleri yönetme konusunda ek eğitimden fayda görececeklerini düşündüklerini belirtmişler (Judy, 2009).

Havva Öztürk ve Elif Babacan'ın Trabzon'daki Sağlık Bakanlığına bağlı 12 hastaneyi kapsan çalışmasında, sağlık çalışanlarına uygulanan şiddet ve deneleri ile ilgili ulaşılan en yüksek veriler Tablo 3'te gösterilmiştir (Öztürk¹, 2014).

Tablo.3 Hastane Sistemi Kaynaklı Şiddet Nedenleri

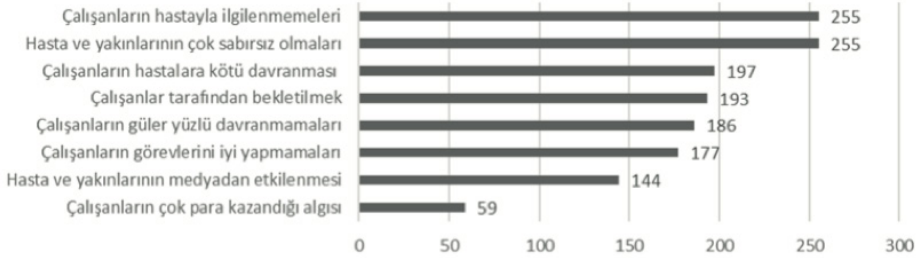
Hastane Sistemi Kaynaklı Şiddet Nedenleri	Hastalar		Sağlık Personeli	
	n	%	n	%
Uzayan bekleme süreleri (poliklinik vb.)	319	41	421	53
Hasta kabul ve danışmanlık hizmetleri ile iletişim sorunları	183	24	276	35
Personel yetersizliğine bağlı sağlık personelinin yerinde bulunamaması/ erişilememesi	158	20	260	33
Randevulu sisteme rağmen, hastaların erkenden hastaneye gelmek zorunda bırakılmaları	256	34	234	30
Hasta/Yakınları Kaynaklı Şiddet Nedenleri	Hastalar		Sağlık Personeli	
	n	%	n	%
Hasta/yakınının sabırsız/anlayışsız davranması	505	66	674	85
Hasta ve yakınının hastane kurallarına uymak istememesi	257	33	492	62
Hasta ve yakınının kaba davranması	326	42	464	58
Hasta/yakınının yapılan açıklamaları dinlememesi/ iletişime kapalı olması	247	32	455	57
Sağlık Personeli Kaynaklı Şiddet Nedenleri	Hastalar		Sağlık Personeli	
	n	%	n	%
Sağlık personelinin ilgisiz davranması/duyarsız olması/ciddiye almaması	409	53	341	43
Sağlık personelinin kibar davranmaması/ kaba davranması	262	34	239	30
Sorulan sorulara yanıt verilmemesi	307	40	280	35
Hasta/yakınına bilgilendirmemesi/ az bilgilendirme yapması	165	21	216	27

(Öztürk¹, 2014)

Yerel bir çalışmada, sağlık çalışanlarının şiddeti önleyebilecek etkenler ile ilgili düşüncülerinin; %90,4'ünün eğitim, %59,9'unun yasaların uygulanmasının ve yasaların uygulanmasıyla ilgili yetkilerin artırılması, %49,9'unun başkalarına karşı önyargıların olmaması olduğu belirtmişti (Yücens, 2020).

Emel Filiz ve arkadaşlarının 2019 yılı Türkiye İstatistik Kurumu'nun verilerine göre Konya ili Selçuklu İlçesi'nde ikamet eden 662.808 kişiden oluşan çalışmasında; katılımcılara sorulan "sağlık personeline şiddet uygulama nedenlerinin hangi

sebepler olabileceği sorusuna” verilen yanıtların dağılım oranları Şekil 1’de verilmektedir (Seda, 2022).



Şekil 1. Hasta ile Hasta yakınlarının Sağlık Çalışanına Şiddet Uygulama Sebepleri

Dünya Sağlık Örgütü, dünya genelinde sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin önlenmesine çok önem vermektedir. Sağlıkta şiddet, sadece sağlık çalışanlarının fiziksel ve psikolojik iyilik durumunu olumsuz etkilemekle birlikte, çalışma motivasyonlarını da düşürmektedir. Bu durumda, şiddet olgusu, sağlık hizmetinin kalitesini kötü etkilemekte ve sağlık hizmetinin riske sokmaktadır (Özcan, 2017). Sağlık çalışanları maruz kaldıkları şiddet sonrası psikolojik ve fiziksel sorunlar yaşayabilmektedirler. Bu nedenle çalışanlarda oluşan tükenmişlik, azalan iş tatmini ve devamsızlıkları sağlık sektörünün iş kalitesini, bütçelerini ve maliyetlerini büyük bir oranda etkilemektedir. Bütün bunlar dikkate alındığında sağlık çalışanlarının maruz kaldığı şiddetin sağlık kuruluşları üzerinde etkisi oldukça fazladır (Mento, 2020). Sağlık çalışanlarının da diğer tüm çalışanlar gibi iş yerinde güvende olma hakları vardır. Yasa düzenleyiciler tarafından sağlık çalışanlarına uygulanan şiddeti önlemek için daha ağır cezalar getirilebilir ve özel bir suç olarak değerlendirilebilir (Phillips, 2016).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlık çalışanlarının karşılaştığı şiddet ile ilgili yurt içi ve yurt dışında birçok çalışma yapılmış ve şiddetin nedenleri, çeşitleri, uygulanış biçimi ve şiddetin önlenmesi ile ilgili araştırmalar yayınlanmıştır. Konu ile ilgili makaleler incelendiğinde hemen hemen tüm çalışmalarda şiddetin zaman içerisinde artış gösterdiği görülmüştür. Sağlık çalışanlarına şiddet ile ilgili yurt içi çalışmaları incelendiğinde, il bazında şiddetin türü ve şiddet oranları ile ilgili bir çok çalışmanın yapıldığı ancak Türkiye genelinde sağlık çalışanına uygulanan şiddetin artış oranının incelenmesi ile ilgili yeterli çalışmanın olmadığı görülmüştür. Dünyanın genelinde olduğu gibi ülkemizde de artış gösteren sağlıkta şiddet olaylarının önlenmesi için Türkiye genelinde yapılacak sağlıkta şiddetin yıllar içindeki artışını inceleyen bir araştırma içinde bulunduğumuz durumu daha

iyi anlamamızı ve şiddeti önlemek için daha ciddi çalışmalar yapılması gerektiğinin farkına varılmasını sağlayacaktır.

Yazar Katkısı

Hatice Yalçın : Araştırma tasarımı, Literatür tarama, Veri toplama, Makale yazımı.

Ahmet İlvan : Eleştirel inceleme ve danışmanlık.

Yazarlar arasında çıkar çatışması yoktur.

Kaynaklar

- Annagür, B. (2010). Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet: risk faktörleri, etkileri, değerlendirilmesi ve önlenmesi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2(2), 161-173.
- Büyükbayram, A., & Okçay, H. (2013). Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddeti Etkileyen Sosyo-Kültürel Etmenler. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemşireleri Derneği*, 4(1).
- Tuğçe, E. R., Ayoğlu, F., & Açıkgöz, B. (2021). Sağlık çalışanına yönelik şiddet: Risk faktörleri, etkileri, değerlendirilmesi ve önlenmesi. *Turkish Journal of Public Health*, 19(1), 69-78.
- Özcan, F., & Yavuz, E. (2017). Türkiye’de sağlık çalışanları şiddet tehdidi altında. *The Journal of Turkish Family Physician*, 8(3), 66-74.
- Günaydın, B. S., Eser, B., Turan, C. A., Htoo, K. M., Karavuş, M., Tosun, M., ... & HİDİROĞLU, S. (2019). Birinci basamak sağlık çalışanlarının şiddete maruziyet düzeyleri ile iş doyumunu arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. *The Journal of Turkish Family Physician*, 10(4), 173-184.
- Batmaz, K., Uskun, E., & Aydın, G. (2022). Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet Ve İlişkili Faktörler: Araştırma Uygulama Hastanesi Örneği. *SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 29(1), 23-35.
- Özgün, Ü. N. A. L., Akbolat, M., & Palan, G. (2021). Sağlık Çalışanlarının Beş Faktör Kişilik Özellikleri İle Şiddete Maruz Kalma Ve Şiddet Görme Korkusu Arasındaki İlişki. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 24(1), 1-14.
- Solmaz, B., & Duğan, Ö. (2018). Sağlık Çalışanı İle Hasta Ve Yakınları Arasında Yaşanan Şiddetin Nedenlerinden” İletişim” Üzerine Bir İnceleme. *Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 18(2), 185-206.
- Seda, Ü. N. A. L., Filiz, E., Kahveci, Ş., & Sultan, U. Y. A. R. (2022). Toplumun Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet Konusundaki Tutumu. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 9(4), 328-335.
- Nesrin, A., Yılmaz, A., & Oğuz, I. Ş. I. K. (2014). Sağlık çalışanlarına uygulanan şiddet: özel bir tıp merkezi örneği. *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 13(1), 1-12.
- Serin, H., Serin, S., Bakacak, M., & Ölmez, S. (2015). Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 24(3), 109-113.

Bekar, E. Ö., & Çevik, E. (2021). Beyaz Kod Verileri Işığında Düzce İlindeki Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 11(3), 298-304.

Yeşilbaş, H. (2016). Sağlıkta şiddete genel bakış. Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi, 1(3), 44-54.

Öztürk¹, H., & Babacan, E. (2014) Hastanede Çalışan Sağlık Personeline Hasta/ Yakınları Tarafından Uygulanan Şiddet: Nedenleri ve İlgili Faktörler.

Yiğitbaş, Ç., & Deveci, S. E. (2011). Sağlık çalışanlarına yönelik mobbing. TTB Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi, 11(42), 23-28.

Yöyen, E. G. (2017). Şiddet türleri ve kişilik özellikleri. Yaşam Becerileri Psikoloji Dergisi, 1(1), 35-50.

Torun, N. (2020). Şiddete yönelik beyaz kod güvenlik değerlendirmeleri. Çukurova Tıp Dergisi , 45 (3), 977-984.

Akbaş, M., Ayça, B. O. Z., Dursun, A., Çetin, S., & Kılıçaslan, A. (2016). 112 çalışanlarının şiddete maruz kalma durumları ve şiddete yönelik tutum ve davranışları. (Hıdıroğlu, 2019)i, 9(3), 93-100.

Yücens, B., & Oğuzhanoglu, N. K. (2020). Sağlık çalışanlarının şiddet algısı, şiddete uğrama ve şiddetten etkilenme durumları Sağlık çalışanlarında şiddet. Pamukkale Tıp Dergisi, 13(2), 321-329.

İlhan, M. N., Çakır, M., Tunca, M. Z., Avcı, E., Çetin, E., Aydemir, Ö., ... & Bumin, M. A. (2013). Toplum gözüyle sağlık çalışanlarına şiddet: nedenler, tutumlar, davranışlar. Gazi Medical Journal, 24(1).

Demirbaş, N., & Karaoğlu, N. (2021). Hekim Ve Hekim Adaylarının Hekime Yönelik Şiddet Algıları: Bir Ön Çalışma. Genel Tıp Dergisi, 31(2), 130-134.

Üzümcü, F., & Oksay, A. (2019). Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hekim Ve Hemşirelere Yönelik Şiddetin Değerlendirilmesi. Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi, 10(25), 584-598.

Milet, M., & Yanık, A. (2017). Sağlık Çalışanlarına Karşı İşyeri Şiddeti. Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Ara

Gates, D. M. (2004). The epidemic of violence against healthcare workers.

Occupational and Environmental Medicine, 61(8), 649-650.

Mento, C., Silvestri, M. C., Bruno, A., Muscatello, M. R. A., Cedro, C., Pandolfo, G., & Zoccali, R. A. (2020). Workplace violence against healthcare professionals: A systematic review. *Aggression and violent behavior*, 51, 101381.

Phillips, J. P. (2016). Workplace violence against health care workers in the United States. *New England journal of medicine*, 374(17), 1661-1669.

Ayranci, U. (2005). Violence toward health care workers in emergency departments in west Turkey. *The Journal of emergency medicine*, 28(3), 361-365.

Gerberich, S. G., Church, T. R., McGovern, P. M., Hansen, H. E., Nachreiner, N. M., Geisser, M. S., ... & Watt, G. D. (2004). An epidemiological study of the magnitude and consequences of work related violence: the Minnesota Nurses' Study. *Occupational and environmental medicine*, 61(6), 495-503.

Kowalenko, T., Walters, B. L., Khare, R. K., Compton, S., & Michigan College of Emergency Physicians Workplace Violence Task Force. (2005). Workplace violence: a survey of emergency physicians in the state of Michigan. *Annals of emergency medicine*, 46(2), 142-147.

Judy, K., & Veselik, J. (2009). Workplace violence: a survey of paediatric residents. *Occupational medicine*, 59(7), 472-475.

Yeme Tutumları Üzerinde Çocukluk Çağı Travmalarının Rolü: Yalnızlık, Sosyal İzolasyon Ve Zihinselleştirme Perspektifleri

Tuğba ÖZ*

Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi,
Türkiye tugba.oz@stu.fsm.edu.tr
<https://orcid.org/0000-0001-8767-0418>

Gaye SALTUKOĞLU

Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi,
Türkiye gsaltukoglu@fsm.edu.tr
<https://orcid.org/0000-0002-6249-6246>

ÖZ

Yeme davranışı kişinin yaşam deneyimleri sonucunda oluşturduğu tutumlardan olumlu veya olumsuz etkilenen davranış biçimidir. Yeme bozuklukları ise bozulmuş yeme davranışları ve çarpıtılmış beden algısıyla kendini gösteren psikiyatrik bozukluklar grubunda yer almaktadır. Yeme bozukluklarının gelişiminde çocukluk çağı kötü muamelelerin önemli rol oynadığı belirtilmektedir. Bu açıdan erken dönem olumsuz yaşam olaylarının yeme tutumlarına etkisinin, ilerleyen yaşam dönemlerinde ortaya çıkabilecek bozulmuş yeme davranışlarının anlaşılmasına ve önlenmesine yardımcı olabileceği düşünülmektedir. Aynı zamanda çocukluk çağında deneyimlenen olumsuz yaşantıların yetişkinlik dönemindeki herkesin yeme davranışlarını olumsuz etkilemediği düşünüldüğünde, hangi değişkenlerin yeme bozukluklarının oluşumunda daha fazla etkisi olduğunun anlaşılması önemli görülmektedir. Bu doğrultuda çocukluk çağında yaşanan olumsuz olayların yeme bozuklukları ile ilişkisinde zihinselleştirme, yalnızlık ve sosyal izolasyonun bu ilişkiyi nasıl etkilediğini literatürde yer alan bilgiler doğrultusunda incelemek önem arz etmektedir.

Anahtar Kelimeler: travma, zihinselleştirme, yalnızlık, sosyal izolasyon, yeme tutumu.

Makalenin geliş tarihi: 17/05/2023 - Makalenin kabul tarihi: 03/08/2023

*Sorumlu Yazar: Tuğba ÖZ

DOI: 10.17932/IAU.ASD.2015.007/asd_v09i3002

The Role Of Childhood Traumas On Eating Attitudes: Perspectives Of Loneliness, Social Isolation And Mentalization

ABSTRACT

Eating behavior is a form of behavior that is positively or negatively affected by attitudes formed as a result of life experiences. Eating disorders are a group of psychiatric disorders characterized by impaired eating behaviors and distorted body perception. It is stated that childhood maltreatment plays an important role in the development of eating disorders. In this perspective, it is thought that the effect of early adverse life events on eating attitudes may help to understand and

prevent impaired eating behaviors that may occur later in life. At the same time, considering that negative experiences experienced in childhood do not negatively affect the eating behaviors of everyone in adulthood, it is important to understand which variables have more influence on the formation of eating disorders. In this regard, it is important to examine how mentalization, loneliness and social isolation affect the relationship between childhood adverse events and eating disorders in line with the information in the literature.

Keywords: *trauma, mentalization, loneliness, social isolation, eating attitude.*

GİRİŞ

İnsanların belirli yaşam olayları sonucunda doğrudan deneyimlenerek oluşturdukları tutumların güçlü bir şekilde var olduğu ve bu tutumlar ile tutarlı olacak şekilde davranışta bulunma olasılıklarının daha yüksek olduğu belirtilmektedir (Regan ve Fazio, 1977:30). İnanç, duygu, davranış, kişisel ve çevresel faktörler yiyeceklere karşı yeme tutumlarını oluşturabilir (Kitiş ve Cebirbay, 2022:1).

Yeme bozuklukları kişinin yeme davranışlarında ve beden görünümünde meydana gelen bozukluklarla birlikte kişiyi fiziksel ve ruhsal olarak zorlayan psikiyatrik bozukluklar arasında değerlendirilmekte (Dalhoff ve ark., 2019:10; Hay ve ark., 2014:978) ve aşırı veya yetersiz gıda alımı gibi yeme alışkanlıklarındaki bozulma olarak tanımlanmaktadır (Rikani ve ark., 2013:157). DSM-5'te beslenme ve yeme bozuklukları pika, geri çıkarma (geviş getirme), kaçınan/kısıtlı yiyecek alımı, anoreksiya nervoza, bulimia nervoza, tıkanırcasına yeme bozukluğu, tanımlanmış diğer beslenme ve yeme bozuklukları ve tanımlanmamış beslenme ve yeme bozuklukları şeklinde sınıflandırılmıştır (Amerikan Psikiyatri Birliği [APA], 2014:171-176). Yeme bozuklukları yüksek ölüm oranları, yaşam kalitesi ve fiziksel hastalıklar bakımından yüksek düzeyde olumsuz sonuçlar ile ilişkilendirilmektedir (van Hoeken ve Hoek, 2020:526).

Pika, besin değeri olmayan ve/veya besin olmayan maddeleri yeme olarak tanımlanmakta (APA, 2014:171), bu sendromunun oluşumunda risk etmenleri olarak psikolojik, ailevi, gelişimsel, davranışsal ve/veya biyolojik etmenlerin yer aldığı görülse de yaygın olarak kabul edilen kanı, ihtiyaç duyulan besin maddelerinin karşılanamamasından dolayı kişinin bu ihtiyacı karşılamak için gıda dışı maddelere yönelmesiyle oluşmasıdır (Gümüş ve ark., 2020:939). Kişinin yediği şeyleri çıkarması olarak tanımlanan geri çıkarma bozukluğu, kusma eyleminden farklıdır. Geri çıkarmada işlem herhangi bir çaba olmadan gerçekleşir yani yiyecek veya sıvı ağza geri dönmeden önce herhangi bir rahatsızlık yaşanmamaktadır. Ayrıca öğürme olmadığından dolayı kusma eyleminden farklı olarak ruminasyon süreci genellikle sessizdir ve çevredekiler tarafından kolayca fark edilmez (Halland, 2019:388-389). Kaçınan/kısıtlı yiyecek alımı bozukluğu ise ağırlık ve beden görünümü ile ilgili endişe olmaksızın, kişinin sürekli olarak yiyeceklerden kaçınması ve bunun sonucunda ciddi kilo vermesi ile sonuçlanan bozuk yeme davranışlarını içermekte (APA, 2014:172), önemli besin eksikliğinden dolayı kişinin enteral beslenme ihtiyacı ve psikososyal işlevsellikte belirgin bir düşüş görülmektedir

(APA, 2014:173; Coglan ve Otasowie, 2019:94). Tıkanırmasına yeme bozukluğu ise yeme davranışında kontrolün olmadığı, aç olmadığı halde yemek yenmesi ve yeme ataklarında hızlı yeme davranışlarının görüldüğü tıkanırmasına yeme bozukluğunda insanlar bu davranışlarından dolayı kendilerini suçlu, üzgün ve/veya depresif hissedebilirler (APA, 2014:176; Salvia ve ark., 2023:9). Anoreksiya nervozada kişinin gelişimsel olarak değerlendirildiğinde beklenen kilo sınırının altından olmasına karşı kilo almaktan aşırı derecede korkması ve bundan dolayı tekrarlı kısıtlayıcı yeme davranışları görülmektedir. Bulimiya nervosa da ise belirli bir süre içinde çok büyük miktarda yiyecek tüketmek, yeme davranışı üzerinde kontrolü kaybetme hissi ile tekrarlayan tıkanırmasına yeme ve sonrasında kusma, müshil kullanımı gibi tekrarlayan telafi edici davranışlarda bulunma olarak tanımlanmaktadır (APA, 2014:173-175).

Yeme tutumları ve yeme bozuklukları ile ilgili yapılan literatür çalışmalarında düşük benlik saygısı (Güneş ve Çalık, 2015:402; Mora ve ark., 2017:558), depresyon (Sander ve ark., 2021:7) ve stresli yaşam olayları (Lie ve ark., 2021:9) yeme bozukluklarına neden olabilecek risk faktörleri arasında gösterilmektedir. Yeme tutumlarında meydana gelen bozulmaların (örneğin, hiçbir şey yememe, tıkanırmasına yeme veya yedikten sonra kusma) yaşanan zorlayıcı yaşam olaylarıyla ilgili duygu ve düşüncelerden kaçmayı kolaylaştırmada güçlü bir etkiye sahip olduğu ve bu durumun hem yeme bozukluğunun hem de başa çıkmakta zorlanılan yaşantıların etkisinin sürdürülmesine neden olduğu ifade edilmektedir (Trottier ve MacDonald, 2017:3).

Çocukluk çağında yaşanan olumsuz yaşam olaylarının artan stres düzeyi ile ilişkili olduğu (Zhoong ve ark., 2020:5) ve bu yaşam olaylarının bozulmuş yeme davranışlarına neden olabilecek önemli bir stres faktörü olduğu belirtilmektedir (Molendijk ve ark., 2017:11). Ayrıca travma sonucunda artan uyarılmışlık seviyesi kişinin yaşadıklarını olumsuz şekilde zihinselleştirmesine sebep olduğundan daha olumsuz düşünme ve olayları gerçekçi bir şekilde yorumlayamama gerçekleşebilir (Bateman ve ark., 2023:283). Zihinselleştirme becerisinde yaşanan bu bozukluklar sonucunda çarpıtılmış düşüncelerden dolayı yaşanan kaygı, öfke, utanç, suçluluk, iğrenme ve/veya korku duygularıyla baş edebilmek için kaçınma davranışlarının kullanılma riski artabilir (Bateman ve ark., 2023:279). Zihinselleştirme yeteneğinin gelişmesi sonucunda birey hem kendi hem de ilişki kurduğu kişinin zihinsel süreçleri hakkında daha güvenilir bilgi edineceği için güvene dayalı ilişki kurmanın kolaylaşacağı belirtilmektedir (Jensen ve ark., 2021:4). Bu bilgiler çerçevesinde bozulmuş yeme davranışları ile çocukluk çağı travmaları (Groth

ve ark.,2019:444; Sjögren ve ark.,2023:6), zihinselleştirme (Bateman ve ark., 2023:298; Gagliardini ve ark., 2020:9), yalnızlık (Levine, 2012:254; Cortés-García ve ark., 2022:1683) ve sosyal izolasyon (Sepulveda ve ark.,2008:7; Uzunian ve Vitalle, 2015:3505) arasındaki ilişki literatürde yer alan çalışmalar doğrultuda incelenmiş ve yeme davranışlarıyla ilgili olan bu değişkenlerin bir arada olduğu bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bundan dolayı bu çalışmada çocukluk çağında yaşanan olumsuz deneyimlerin yeme tutumları üzerindeki etkisinde yalnızlık, sosyal izolasyon ve zihinselleştirme becerilerinin olası katkıları belirlenmeye çalışılmıştır.

Çocukluk Çağı Kötü Muamele Ve Yeme Tutumları

Çocukluk çağı kötü muamele, bir ebeveyn, bakım veren veya yetişkin tarafından 18 yaşından küçük bir çocuğa yönelik ölüm, ciddi fiziksel veya duygusal zarar veya cinsel istismar ile sonuçlanan herhangi bir davranışı olarak tanımlanmaktadır (Austin ve ark., 2020:1). Dünya Sağlık Örgütü'ne göre (2022) çocukluk çağı kötü muamele sonuçları arasında erken dönem beyin gelişiminde bozulmalar, ciddi yaralanmalar, yaşanan kötü muamele sonrası stres ve bağışıklık sisteminin bozulması, anksiyete, depresyon, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, alkol ve/veya uyuşturucu madde bağımlılığı görülebileceği gibi bilişsel ve akademik performansın da olumsuz olarak etkilendiği belirtilmektedir. Çocukluk çağı kötü muamele kapsamında istismar ve ihmal kavramlarını değerlendirebiliriz. İhmal bakım verenler tarafından çocukların barınma, yiyecek, giyecek, sağlık ve duygusal destek gibi temel ihtiyaçları yeterince karşılanmadığında ortaya çıkma ihtimali olan ve/veya çıkan zararlar çocuğun karşı karşıya kalmasıdır (WHO, 1999). Çocuk istismarında fiziksel istismar, çocuğa kasıtlı olarak zarar verme girişimi sonucunda bedensel zarara uğraması veya şiddetli fiziksel cezaya maruz kalması (Kemoli ve Mavindu, 2014:256), cinsel istismar çocuğun yetişkin tarafından reşit olmayan çocuğu cinsel haz, uyarılma ya da cinsel doyum sağlamak için kullanılması (Sánchez-Meca ve ark., 2011:68) ve duygusal istismar, sürekli eleştiri, tehdit ve/veya reddetme gibi davranışlarla çocuğun duygusal gelişimini olumsuz etkileyen yaklaşım biçimi (Çelik ve ark., 2018:702) olarak tarif edilebilir.

Çocukluk çağında yaşanan stresli yaşam olayları düşünüldüğünde çocukluk çağı kötü muameleden söz edebiliriz. Erken dönem olumsuz yaşam olaylarının ilerleyen dönemlerde yeme bozuklukları ile ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (Molendijk ve ark., 2017:11; Tunç, 2019:211). Çocukluk çağı travmaları ve yeme bozukluklarına dair yapılan meta analiz çalışmaları sonucunda çocukluk çağı istismarının hem bulimia nervosa hem de tikanırcasına

yeme bozukluğu ile pozitif ilişkili olduğu (Caslini ve ark., 2016:84), yeme bozukluğu olan ve çocuklukta kötü muameleye maruz kalan kişilerin, yeme bozukluğunun başlangıcının daha erken bir yaşta olduğu, daha sık tıkanırmasına yeme ve kusma eylemlerinin olduğu (Molendijk ve ark., 2017:10) sonucuna ulaşılmıştır. Çocuk, ergen ve yetişkinlerden oluşan örneklem grubuyla yapılan çalışmada kişilerin sahip olduğu yeme davranışlarındaki bozulmalar hem yaşa hem de yeme bozukluğu kriterlerine göre değerlendirilmiş ve gruplandırılmıştır. Katılımcıların çocukluk çağında yaşamış olduğu zorlayıcı yaşam deneyimleri görüşmeler sonucunda tanımlanmış ve gruplandırılmıştır. Bu gruplandırma sonucunda katılımcıların cinsel travma (cinsel temas, okşama, tecavüz ve ensest ilişki vb.) ve diğer travmatik yaşam olaylarının (zorbalık, kaza, kayıp ve diğer) ne düzeyde olduğu değerlendirilmiş ve yeme bozukluğuna sahip hastaların yarısından çoğunun en az bir zorlayıcı yaşam olayı yaşadığı bildirilmiştir (Tellús ve ark., 2021:9).

Çocuklukta yaşanan duygusal istismarın yetişkin kadınlardaki tıkanırmasına yeme bozukluğu ile anlamlı düzeyde ilişkili olduğu bu ilişkide duygusal istismarın cinsel veya fiziksel istismardan daha önemli rol oynadığı (Feinson ve Hornik-Lurie, 2016:5), çocukluk döneminde yaşanan fiziksel veya cinsel istismarın kişilerin ileriki dönemde çeşitli yeme veya kilo ile ilgili sorunlar açısından yüksek risk grubunda oldukları ayrıca ebeveynlerden babanın iletişim veya çocuk ile geçirdiği zaman açısından yetersiz algılanmasının ve ebeveynlerin düşük eğitim seviyesine sahip olmasının bu sorunlar ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (Johnson ve ark., 2002:399).

Yaşanılan travmanın hangi gelişim döneminde meydana geldiğini göz önüne alınarak yapılan çalışmada hem çocukluk ve hem de yetişkinlik döneminde travma yaşayan kişiler ile hiç travma yaşamamış, sadece çocuklukta veya sadece yetişkinlikte travma yaşamış kişiler arasında tıkanırmasına yeme, besin alınımını kısıtlama ve bedenlerinden memnun olmama durumları açısından bir fark bulunmazken, aşırı yeme olmadan çıkarma davranışı açısından ilk grubun daha riskli bir grup olduğu ifade edilmiştir (Vidaña ve ark., 2020:5).

Zihinselleştirme Ve Yeme Tutumları

Zihinsel durumların kişilerin davranışlarını etkilediği inancından yola çıkan zihinselleştirme, kişinin düşünce, duygu, istek ve arzular açısından hem kendi eylemlerini hem de diğer insanların eylemlerini anlama yeteneği olarak tarif edilebilir. Diğer insanların davranışlarını zihinsel süreçleri göz önüne alarak anlamaya çalışmak somut verilere bakarak hareket etmekten daha zor görülmektedir. Bu açıdan zihinselleştirme kapasitesi kişiden kişiye farklılık

göstermektedir (Bateman ve Fonagy, 2016:4). Bu farklılığın diğer nedeni zihinselleştirme kapasitesi hayal gücüne dayalı olmasından dolayıdır. Çünkü diğer insanların zihinlerinden tam olarak ne olabileceğini bilemeyeceğimizden dolayı davranışlarını anlamlandırmamız için ne düşünüyor veya hissediyor olabileceklerini hayal etmemiz gerekir (Fonagy ve Target, 2006:544). Özellikle duygusal olarak stresli durumlarla karşı karşıya kaldığımızda veya kendimizi bu durumlara karşı anlam veremediğimiz tepkiler verirken bulduğumuzda deneyimlerimizi anlamak için zihinselleştirme becerisine gereksinim duyarız (Bateman ve Fonagy, 2016:4-5).

Erken çocukluk döneminde olumsuz yaşantılar deneyimleyen ve/veya bakım verenlerle güvenli bağlanma gerçekleştiremeyen çocukların kendini düzenleme kapasitesinin gelişimini destekleyen bakım verenden mahrum kaldıkları için zihinselleştirme becerilerinin tam anlamıyla gelişmediği ve ilerleyen dönemlerde zorluk yaşayabilecekleri ifade edilmektedir (Rothschild-Yakar ve ark., 2010:502; Smits ve ark., 2022:16). Anoreksiya tanısı almış ve olumsuz aile ortamında büyüyen kişilerle yapılan çalışmada düşük zihinselleştirme becerisinin yeme bozukluklarının oluşmasında bir risk faktörü olarak görüldüğü diğer yandan yüksek zihinselleştirme becerisinin bu anlamda koruyucu bir faktör olabileceği belirlenmiştir. Ayrıca daha düşük zihinselleştirme becerisi kişinin fiziksel görünümüyle daha çok ilgilenmesi ve daha zayıf görünme isteğiyle ilişkilendirilirken, kişinin bedenine dair gerçek olmayan düşüncelere karşı yüksek zihinselleştirme becerisinin koruyucu olduğu belirtilmiştir (Rothschild-Yakar ve ark., 2010:506). Yeme bozukluğu tanısı almış kişilerde bozulmuş yeme davranışlarını, kişilerin hem kendi hem de diğerlerinin zihinsel durumlarını anlamada zorluk yaşamaları ve bu durumdan kaynaklanan kişiler arası zorlukların üstesinden gelmek için kullandıkları ifade edilmektedir (Sacchetti vd., 2019:9-19).

Zihinselleştirme bakış açısıyla yeme bozuklukları kişinin öz düzenleme ve duygulanım düzenlemede yaşadığı zorluklardan kaynaklanmaktadır. Yeme bozukluğu olan kişilerde yeterli öz düzenlemenin olmaması, kişinin kendini yetersiz, etkisiz ve kontrolden çıkmış hissetmesine neden olabilir. Bu kişiler baş edemedikleri olumsuz duyguları bastırmak için aşırı yeme, aç kalma ve/veya kusma gibi kendi kendilerini uyanan faaliyetlerle buldukları düşünülebilir. Bu açıdan bozulmuş yeme davranışları duyguları ve diğer içsel yaşantıları daha anlamlı bir şekilde organize etmeye yönelik yanlış yönlendirilmiş girişimler olarak görülebilir (Robinson ve ark., 2019:5-17). Yeme bozukluğu olan hastalar ilişki güçlükleri ve beden algılarına dair

tekrarlayıcı olumsuz düşüncelere karşı savunmasız görülmektedir. Benlik ve başkaları hakkındaki bu düşünceler duygusal ve ilişkisel ihtiyaçların daha rahat ve farklı ifade edilmesine izin vermeyen davranış ve düşüncelere neden olmaktadır. Zihinselleştirme temelli terapötik yaklaşımlarda semptomlara odaklanıldığı kadar bozulmuş zihinselleştirme becerilerine, öz düzenleme ve duygu düzenleme becerilerine odaklanılmaktadır (Kelton-Locke, 2016: 338-340- 341).

Yalnızlık, Sosyal İzolasyon Ve Yeme Tutumları

Yalnızlık, kişilerarası ilişkilerde yaşanan eksiklik olarak ifade edildiği gibi fiziksel olarak tek olma durumundan kaynaklanan bir duygu olmadığı ayrıca yaşanan bu duygunun temelinin sosyal ilişkilerdeki yetersizlikten ve algılanan doyum düzeyinin düşük oluşundan kaynaklandığı ifade edilmektedir (Ayan, 2017:88; Buluş, 1997:83).

Yalnızlık veya özellikle duygusal açıdan zorlayan sorunlarla karşılaşıldığında uygun stratejileri kullanmada güçlük yaşayan kişilerin yalnızlık düzeyleri ile beslenme şekilleri arasındaki ilişki beslenmenin, fizyolojik, sosyolojik ve psikolojik açıdan önemli olduğu düşünüldüğünde çok daha önemli hale gelmektedir (Cengiz ve ark., 2020:8; Richard ve ark., 2017:11). Kendilerini yalnız hisseden kişiler düşük benlik değerleri ve dünyayı olumsuz algılamaları nedeniyle hem başkalarına hem de kendi içsel açlık dürtülerine de yabancılaşırlar. Yiyecek duygusal bir nitelik kazanır ve yalnızlık da dahil olmak üzere diğer duyguları uyuşturmak için kullanılır (Levine, 2012:243). Ayrıca yeme bozukluğu tanısı almış kişilerin depresyon ve yalnızlık düzeylerinin kontrol grubuna oranla daha yüksek olduğu, bu kişilerde aşırı ve duygusal yeme ile ilgili sorunlara daha sık rastlandığı belirlenmiştir (Makri ve ark., 2022:150).

Sosyal ilişkilerde, yaşanan travmatik deneyimler, kişilerin daha az ilişki içinde olduklarını hissetmelerine neden olacağından dolayı hissedilen yalnızlık düzeyinin daha yüksek olacağı belirtilmiştir. Ayrıca yeme bozukluğu olan bazı kişiler, etkileşim içinde oluşan durumları bazen yanlış yorumlayabilir ve bu durum sosyal etkileşimlerini etkileyebilir ve yeme davranışlarının bozulma riskini arttırabilir (Levine, 2012:249). Üniversite öğrencileriyle yapılan çalışmada öğrencilerin yalnızlık düzeylerinin depresyon riskini arttırdığı bu durumun ise yeme bozukluğunda belirleyici olduğu belirlenmiştir. Erkek öğrencilerde yalnızlık düzeyleri daha yüksek çıkarken kız öğrencilerin bozulmuş yeme davranışları gösterme düzeyleri daha yüksektir (Yıldırım ve ark., 2018:272).

Sosyal izolasyon kişinin sahip olduğu sosyal çevrede yaşadığı sosyal bağlantılarının nesnel olarak yetersizliğini ifade etmektedir. Kişilerin algıladığı sosyal destek çok yönlüdür, kişisel ilişkileri ve toplulukla bağlantı içinde olmayı içerir. Kişisel olarak kurulan ilişkiler, karşılıklı iletişim ve önemli hissetmek için önemli görülmektedir. Yaşanılan toplulukla bağlantı içinde olma aidiyet duygusunu beslediği gibi topluma katılım, katkıda bulunma ve fikirlerle ilişki kurma fırsatlarını da sağlamaktadır. Sosyal anlamda bu bağlantıları sağlayamayan kişilerin fiziksel, bilişsel ve/veya duygusal anlamda zorluk yaşadığı, geniş sosyal desteğe sahip kişilerin izole olma düzeylerinin daha düşük olduğu belirtilmektedir (Czaja ve ark., 2021:2-3).

Sosyal izolasyon durumlarında kişilerin fiziksel aktiviteleri, uyku düzenleri gibi normal yaşan rutinlerinin aksayabileceği, bu durumun kişilerin beslenme alışkanlıklarını olumsuz etkileyebileceği ve sağlıksız yiyecekleri tercih edebilecekleri görülmektedir (Dos Santos Quaresma ve ark., 2021:6). Ayrıca yalnızlık hisseden kişilerin sosyal olarak izole olan kişilere göre öz düzenlemede daha çok zorlandıkları ve bundan dolayı daha sağlıksız yiyecekler tercih ettikleri belirlenmiştir (Saine ve Zhao, 2020:5).

Sosyal izolasyon ve yeme davranışları arasındaki ilişkide olumsuz duygulanımın etkili olduğu, olumsuz duygulanım hisseden kişilerin sosyal olarak izole edildiklerini hissettikleri ve/veya kendilerini izole ettikleri ve bundan dolayı tıkanırcasına yeme davranışında bulunabilecekleri ifade edilmiştir (Mason ve ark., 2016:98). Kendilerini yalnız olarak ifade eden kadın katılımcılarla yapılan çalışmada katılımcıların duygularını düzenlemede zorluk yaşadıkları ve bu zorluğun bulimia nevroza ve tıkanırcasına yeme bozukluğu için tetikleyici olabileceği ve semptomları artırabileceği görülmüştür (Southward ve ark. 2013:511).

Klinik gözlemler sonucunda kişilerin travmatik bir yaşantıdan sonra kişilik özelliklerinin, kişilerin ihtiyaçlarını öne sürmekte güçlük çekmesinin ve benlik saygısının azalmasının yalnızlık ve izolasyon düzeyini arttırabileceğini ve yeme bozukluğu olan kişilerin bu anlamda normalden daha fazla sosyal desteğe ihtiyaç duydukları belirlenmiştir (Stewart, 2004:189).

SONUÇ

Travmatik yaşantıların yeme bozukluklarının oluşmasındaki rolü (Molendijk ve ark., 2017:11; Tunç, 2019:205), yaşanan olumsuz travmatik olayların zihinselleştirme becerilerinin gelişimine olumsuz etkisi (Bateman ve Fonagy, 2019:85), zihinselleştirmedeki eksikliğin yeme bozukluklarının oluşumunda

risk faktörü olabileceği (Rothschild-Yakar ve ark., 2010:502) ve yalnızlığın zihinselleştirme becerilerine olumsuz etkisi (Ciccarelli ve ark., 2022:13) literatürde yer almaktadır. Yeme tutumlarını olumsuz etkileyebilecek değişkenlerin belirlenmesi ve düzenlenmesi ilerleyen süreçte yeme bozukluklarının önlenmesinde önemli bir rol üstlenebilir.

Yeme davranışının kişilerin deneyimlerinden etkilendiği ve çocukluk döneminde yaşanan olumsuz olayların ilerleyen yaşlarda bozulmuş yeme davranışlarına yol açabileceği vurgulanmaktadır (Bou Khalil ve ark., 2020:8). Ancak, çocukluk çağı kötü deneyimlerin her bireyin yeme tutumlarını olumsuz etkilemediği ve diğer değişkenlerin de yeme bozukluklarının oluşumunda katkısı olabileceği belirtilmektedir (Tunç, 2020:76). Erken dönemde yaşanan olumsuz yaşam olayların yeme tutumlarına etkisinde aracı olabilecek değişkenlerin belirlenmesinin, ilerleyen yaşam dönemlerinde ortaya çıkabilecek yeme bozukluklarının anlaşılmasına ve önlenmesine yardımcı olabileceği düşünülmektedir (Barakat ve ark., 2023: 20; Groth ve ark., 2019:451; Levine, 2021:147).

Zihinselleştirme becerisinin gelişiminde çocukluk deneyimleri önemlidir. Erken çocukluk döneminde yaşanan olumsuz deneyimler içsel çalışan modelleri olumsuz etkiler ve bu durum stresli yaşam olaylarında zihinselleştirme becerilerini kullanmayı zorlaştırır (Wagner-Skacel ve ark., 2022:10). Ayrıca bu dönemde yaşanan olumsuz olaylar yetişkinlik döneminde başkalarına güven duyma ve duygusal bağ kurma gibi yetenekleri olumsuz etkileyebileceği için bu durum yetişkinlik döneminde kişilerin yalnız ve izole hissetme düzeylerini arttırabilir (Landry ve ark., 2022:6). Bozulmuş yeme davranışının gelişiminde duygu düzenleme gücü ve yalnızlığın önemli bir rolü olduğu bu kişilerin hissettikleri olumsuz duyguları düzenlemek için sağlıklı yeme davranışlarına başvurdukları belirtilmektedir (Tatsi ve ark., 2019:50). Zihinselleştirme becerisinin gelişmesi için atılacak adımlar, erken dönem yaşanan travmatik deneyimler sonucunda yaşanan olumsuz deneyimlerin etkisinin zayıflamasına ve sönmesine yardımcı olabilir (Wagner-Skacel ve ark., 2022:11).

Yeme bozukluğu olan bireylerin daha yüksek düzeyde güvenli bağlanma ile ilgili zorluk yaşadıkları ve zihinsel durumları düzenleyememe gibi durumlar gözlenmiştir (Kelton-Locke, 2016:338; Rothschild-Yakar ve ark., 2013:515). Jewell ve ark., (2015:368) tarafından yapılan derleme çalışmasında incelenen 15 çalışmanın 14'ünde çocukluk ve ergenlik dönemindeki yeme patalojisi ve güvensiz bağlanma arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur. Bu çalışma sonucunda klinik ve klinik olmayan örneklerle yapılan çalışmalara

göre zihinselleştirmenin bozulmuş yeme davranışlarıyla ilgili olabileceğine değinilmiştir (Jewell ve ark., 2015:370). Çocukluk çağında kötü muameleye maruz kalmış kişilerin güvenli bağlanma geliştiremedikleri ve yakın ilişki kurma düzeylerinin daha düşük olduğu ayrıca bu durumu yaşayan bazı kişilerin daha depresif olabileceği, kendine güvensiz hale gelebileceğini ve ilişkilerinde daha fazla sıkıntı yaşayabileceğini belirtilmektedir (Shabab ve ark., 2021:11). Erken çocukluk deneyimlerinde zorlayıcı olaylarla karşılaşmış kişilerin diğer kişilere oranla yalnız yaşamaya daha eğilimli oldukları ve diğer insanlara duyulan güven eksikliği nedeniyle de hem yakın ilişki kurma hem de sosyal ilişkilerin gelişimi negatif olarak etkilenmektedir (Heer ve ark., 2022:9). Zihinselleştirme temelli tedavilerde psikopatolojinin gelişim nedenlerine, çocuk-bakım veren arasında oluşan bağlanma stiline, duygu düzenleme ve benlik kavramının nasıl geliştiğine odaklanılmaktadır (Kelton-Locke, 2016:339). Literatürde yer alan bilgiler ışığında yeme bozuklukları ile ilgili yapılan çalışmalarda, bozuk zihinselleştirme becerilerine odaklanma önemli bir temel oluşturabilir.

Sonuç olarak, yeme bozukluklarının daha çok ergenlik ve genç erişkinlik döneminde ortaya çıktığı görüldüğünden (Breton ve ark., 2022:2; Smink ve ark., 2012:412; Tavoracci ve ark., 2015:412; Tunç, 2020:76;) dolayı bu yaş grubundaki katılımcılarla yapılacak ilişkisel ve/veya deneysel çalışmaların olası yeme bozukluklarının önlenmesinde önemli bir rol oynayabileceği anlaşılmaktadır. Aracı değişkenlerin belirlenmesi ve yeme davranışları üzerindeki etkisinin anlaşılması, ileride oluşabilecek yeme bozukluklarının gelişimindeki etkisini belirlemek açısından önemli görülmektedir (Düzen ve Bıkmaz, 2019:631). Ayrıca yeme bozukluğu tedavisinde önerilen terapi yöntemlerinin kullanıldığı ve bu çalışmada bahsedilen değişkenlerin de dahil edilerek klinik ve klinik olmayan örneklerle yapılacak çalışmaların, yeme bozukluklarının oluşumuna ve olası müdahalelerin anlaşılmasına katkı sunacağı düşünülmektedir.

Yazar katkısı:

Tuğba Öz : Araştırma tasarımı, literatür tarama, veri toplama, makale yazımı
Gaye Saltukoğlu: Eleştirel inceleme, danışmanlık

Yazarlar arasında çıkar çatışması yoktur.

KAYNAKLAR

Amerikan Psikiyatri Birliği. (2014). Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı. Beşinci Baskı (DSM- 5), Tanı ölçütleri başvuru el kitabı'ndan, (E. Köroğlu, çev.) Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

Austin, A. E., Lesak, A. M., & Shanahan, M. E. (2020). Risk and protective factors for child maltreatment: a review. *Current Epidemiology Reports*, 7(4), 334-342. <https://doi.org/10.1007/s40471-020-00252-3>

Ayan, A. (2017). Yalnızlık ve utangaçlık düzeyinin özyeterlik ve öfke kontrolü üzerine etkisi. *Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 17(1), 87-108. <https://doi.org/10.18037/ausbd.415657>

Barakat, S., McLean, S.A., Bryant, E., Le, A., National Eating Disorders Research Consortium, Touyz, S., & Maguire, S. (2023). Risk factors for eating disorders: findings from a rapid review. *Journal of Eating Disorders*, 11(8), 1-31. <https://doi.org/10.1186/s40337-022-00717-4>

Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2016). *Mentalization-based treatment for personality disorders: A practical guide*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med:psych/9780199680375.001.0001>

Bateman, A. W. & Fonagy, P. (Ed.). (2019). *Handbook of mentalizing in mental health practice* (2. baskı).

American Psychiatric Publishing, Inc.

Bateman, A., Fonagy, p., Campbell, C., Luyten, P., & Debbané, M. (2023). *Cambridge Guide to Mentalization- Based Treatment (MBT)*. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781108896054>

Bou Khalil, R., Sleilaty, G., Richa, S., Seneque, M., Iceta, S., Rodgers, R., Alacreu-Crespo, A., Maimoun, L., Lefebvre, P., Renard, E., Courtet, P., & Guillaume, S. (2020). The impact of retrospective childhood maltreatment on eating disorders as mediated by food addiction: A cross-sectional study. *Nutrients*, 12(10), 1-13. <https://doi.org/10.3390/nu12102969>

Breton, É., Dufour, R., Côté, S. M., Dubois, L., Vitaro, F., Boivin, M., Tremblay, R. E., & Booij, L. (2022). Developmental trajectories of eating disorder symptoms: A longitudinal study from early adolescence to young adulthood. *Journal of Eating Disorders*, 10(84), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s40337-022-00603-z>

Buluş, M. (1997). Üniversite Öğrencilerinde Yalnızlık. Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 3, 82- 90.

Caslini, M., Bartoli, F., Crocamo, C., Dakanalis, A., Clerici, M., & Carrà, G. (2016). Disentangling the Association Between Child Abuse and Eating Disorders. *Psychosomatic Medicine*, 78(1), 79-90. <https://doi:10.1097/psy.0000000000000233>

Cengiz, B., Ayar, D., Arkan, G., & Bektaş, İ. (2020). Hemşirelik Öğrencilerinin Sosyal, Duygusal Yalnızlık Düzeyleri ve Yeme Davranışlarının İncelemesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 13(1), 2-9.

Ciccarelli, M., Nigro, G., D'olimpio, F., Griffiths, M. D., Sacco, M., Pizzini, B., & Cosenza, M. (2022). The associations between loneliness, anxiety, and problematic gaming behavior during the COVID-19 pandemic: The mediating role of mentalization. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology*, 10(1), 1- 21. <https://doi.org/10.13129/2282-1619/mjcp-3257>

Coglan, L., & Otasowie, J. (2019). Avoidant/restrictive food intake disorder: what do we know so far? *BJPsych Advances*, 25(02), 90-98. <https://doi:10.1192/bja.2018.48>

Cortés-García, L., Rodríguez-Cano, R., & von Soest, T. (2022). Prospective associations between loneliness and disordered eating from early adolescence to adulthood. *International of Journal Eating Disorders*, 55(12), 1678-1689. <https://doi.org/10.1002/eat.23793>

Czaja, S. J., Moxley, J. H., & Rogers, W. A. (2021). Social support, isolation, loneliness, and health among older adults in the PRISM randomized controlled trial. *Frontiers in Psychology*, 12, 1-14. <https://doi: 10.3389/fpsyg.2021.728658>

Çelik, F. G. H., & Hocaoglu, Ç. (2018). Çocukluk Çağı Travmaları: Bir Gözden Geçirme. *Sakarya Tıp Dergisi*, 8(4), 695-711. <https://doi:10.31832/smj.454535>

Dalhoff, A. W., Romero Frausto, H., Romer, G., & Wessing, I. (2019). Perceptive body image distortion in adolescent anorexia nervosa: Changes after treatment. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 1-20. <https://doi:10.3389/fpsyg.2019.00748>

Dos Santos Quaresma, M. V., Marques, C. G., Magalhães, A. C. O., & dos Santos, R. V. T. (2021). Emotional eating, binge eating, physical inactivity, and vespertine chronotype are negative predictors of dietary practices during

COVID-19 social isolation: A cross-sectional study. *Nutrition*, 90, 1-9. [https://doi: 10.1016/j.nut.2021.111223](https://doi.org/10.1016/j.nut.2021.111223)

Düzen, A., & Bıkmaz, P. S. (2019). Bağılanma ve yeme bozuklukları: Bir derleme çalışması. *Sosyal Bilimler Dergisi*, 6(36), 624-636. <http://dx.doi.org/10.16990/SOBIDER.4941>

Feinson, M. C., & Hornik-Lurie, T. (2016). "Not good enough:" Exploring self-criticism's role as a mediator between childhood emotional abuse & adult binge eating. *Eating Behaviors*, 23, 1-6. <https://doi:10.1016/j.eatbeh.2016.06.005>

Fonagy, P., & Target, M. (2006). The Mentalization-focused approach to self pathology. *Journal of Personality Disorders*, 20(6), 544-576. <https://doi:10.1521/pedi.2006.20.6.54>

Gagliardini, G., Gullo, S., Tinozzi, V., Baiano, M., Balestrieri, M., Todisco, P., Schirone, T. & Colli, A. (2020). Mentalizing subtypes in eating disorders: A latent profile analysis. *Frontiers Psychology*, 11, 1-13. <https://doi: 10.3389/fpsyg.2020.564291>

Groth, T., Hilsenroth, M., Boccio, D., & Gold, J. (2019). Relationship between trauma history and eating disorders in adolescents. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 13, 443-453. <https://doi:10.1007/s40653-019-00275-z>

Gümüş, Ç., Alver, E., & Körpe, H. (2020). "Bir sosyal sorumluluk örneği: Pika sendromunun tanıtılmasına yönelik hazırlanan dergi i lanı tasarımları". *İdil*, 70, 937-947. <https://doi: 10.7816/idil-09-70-03>

Güneş, F. E., & Çalık, K. B. T. (2015). The relationship between eating attitude and behaviors with self-esteem of the university students. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 16(6), 397-404. <https://doi:10.5455/apd.170412>

Halland, M. (2019). Ruminationsyndrome. *Current Opinion in Gastroenterology*, 35(4), 387-393. <https://doi:10.1097/mog.0000000000000549>

Hay, P., Chinn, D., Forbes, D., Madden, S., Newton, R., Sugenor, L., Touyz, S., & Ward, W. (2014). Royal Australian and New Zealand college of psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of eating disorders. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(11), 977-1008. <https://doi:10.1177/0004867414555814>

Heer, C. de, Bi, S., Finkenauer, C., Alink, L. R. A., & Maes, M. (2022). The

association between child maltreatment and loneliness across the lifespan: a systematic review and multilevel meta-analysis. *Child Maltreatment*, 1-24. <https://doi.org/10.1177/10775595221103420>

Jensen, S. L., Bo, S., & Vilmar, J. W. (2021). What is behind the closed door? A case illustration of working with social isolation in adolescents using Adaptive Mentalizati-Based Integrative Treatment (AMBIT). *Journal of Clinical Psychology*, 77(5), 1189-1204. <https://doi.org/10.1002/jclp.23145>

Jewell, T., Collyer, H., Gardner, T., Tchanturia, K., Simic, M., Fonagy, P., & Eisler, I. (2015). Attachment and mentalization and their association with child and adolescent eating pathology: A systematic review. *International Journal of Eating Disorders*, 49(4), 354-373. <https://doi.org/10.1002/eat.22473>

Johnson, J. G., Cohen, P., Kasen, S., & Brook, J. S. (2002). Childhood adversities associated with risk for eating disorders or weight problems during adolescence or early adulthood. *American Journal of Psychiatry*, 159(3), 394-400. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.3.394>

Kelton-Locke, S. (2016). Eating disorders, impaired mentalization, and attachment: Implications for child and adolescent family treatment. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 15(4), 337-356. <https://doi.org/10.1080/15289168.2016.1257>

Kemoli, A. M., & Mavindu, M. (2014). Child abuse: A classic case report with literature review. *Contemporary Clinical Dentistry*, 5(2), 256-259. <https://doi.org/10.4103/0976-237X.132380>

Kitis, C., & Cebirbay, M. A. (2022). Determination of eating attitude and mindful eating scores of patients in Turkey. *Progress in Nutrition*, 24(1), 1-7. <https://doi.org/10.23751/pn.v24i1.12260>

Landry, J., Asokumar, A., Crump, C., Anisman, H. & Matheson, K. (2022). Early life adverse experiences and loneliness among young adults: The mediating role of social processes. *Frontiers in Psychology*, 13, 1- 16. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.968383>

Levine, M. P. (2012). Loneliness and Eating Disorders. *The Journal of Psychology*, 146(1-2), 243-257. <https://doi.org/10.1080/00223980.2011.606435>

Levine, M. P. (2021). Prevention of eating disorders: 2020 in review. *Eating Disorders*, 29(2), 134-150. <https://doi.org/10.1080/10640266.2021.1909794>

Lie, S. Ø., Bulik, C. M., Andreassen, O. A., Rø, Ø., & Bang, L. (2021). Stressful life events among individuals with a history of eating disorders: a case-control comparison. *BMC Psychiatry*, 21, 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03499-2>

Makri, E., Michopoulos, I., & Gonidakis, F. (2022). Investigation of loneliness and social support in patients with eating disorders: A case-control study. *Psychiatry International*, 3, 142-157. <https://doi.org/10.3390/psychiatryint3020012>

Mason, T. B., Heron, K. E., Braitman, A. L., & Lewis, R. J. (2016). A daily diary study of perceived social isolation, dietary restraint, and negative affect in binge eating. *Appetite*, 97, 94-100. <https://doi:10.1016/j.appet.2015.11.027>

Molendijk, M. L., Hoek, H. W., Brewerton, T. D., & Elzinga, B. M. (2017). Childhood maltreatment and eating disorder pathology: a systematic review and dose-response meta-analysis. *Psychological Medicine*, 47(8), 1402-1416. <https://doi:10.1017/s0033291716003561>

Mora, F., Fernandez Rojo, S., Banzo, C., & Quintero, J. (2017). The impact of self-esteem on eating disorders.

European Psychiatry, 41, 558. <https://doi:10.1016/j.eurpsy.2017.01.802>

Regan, D. T., & Fazio, R. (1977). On the consistency between attitudes and behavior: Look to the method of attitude formation. *Journal of Experimental Social Psychology*, 13(1), 28-45. [https://doi:10.1016/0022-1031\(77\)90011-7](https://doi:10.1016/0022-1031(77)90011-7)

Richard, A., Rohrmann, S., Vandeleur, C. L., Schmid, M., Barth, J., & Eichholzer, M. (2017). Loneliness is adversely associated with physical and mental health and lifestyle factors: Results from a Swiss national survey. *PloS one*, 12(7), 1-18. <https://doi:10.1371/journal.pone.0181444>

Rikani, A. A., Choudhry, Z., Maqsood Choudhry, A., Ikram, H., Waheed Asghar, M., Kajal, D., Waheed, A., & Jahan Mobassarrah, N. (2013). A critique of the literature on etiology of eating disorders. *Annals of Neurosciences*, 20(4), 157-161. <https://doi:10.5214/ans.0972.7531.200409>

Robinson, P., Skårderud, F., & Sommerfeldt, B. (2019). *Hunger: Mentalization-Based Treatments for Eating Disorder*. Germany: Springer International Publishing. <https://doi:10.1007/978-3-319-95121-8>

- Rothschild-Yakar, L., Waniel, A., & Stein, D. (2013). Mentalizing in self vs. parent representations and working models of parents as risk and protective factors from distress and eating disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 201(6), 510-518. <https://doi:10.1097/nmd.0b013e318294831>
- Rothschild-Yakar, L., Levy-Shiff, R., Fridman-Balaban, R., Gur, E., & Stein, D. (2010). Mentalization and Relationships With Parents as Predictors of Eating Disordered Behavior. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 198(7), 501-507. <https://doi:10.1097/nmd.0b013e3181e526c8>
- Sacchetti, S., Robinson, P., Bogaardt, A., Clare, A., Ouellet-Courtois, C., Luyten, P., bateman, A., & Fonagy, P. (2019). Reduced mentalizing in patients with bulimia nervosa and features of borderline personality disorder: A case-control study. *BMC Psychiatry*, 19(1), 1-12. <https://doi:10.1186/s12888-019-2112-9>
- Saine, R., & Zhao, M. (2020). The asymmetrical effects of emotional loneliness vs. social loneliness on consumers' food preferences. *Food Quality and Preference*, 87, 1-6. <https://doi:10.1016/j.foodqual.2020.104040>
- Salvia, M. S., Ritholz, M. D., Craigen, K. L. E., & Quatromoni, P. A. (2023). Women's perceptions of weight stigma and experiences of weight-neutral treatment for binge eating disorder: A qualitative study. *eClinicalMedicine*, 56, 1-12. <https://doi:10.1016/j.eclinm.2022.101811>
- Sánchez-Meca, J., Rosa-Alcázar, A. I., & López-Soler, C. (2011). The psychological treatment of sexual abuse in children and adolescents: a meta-analysis. *International Journal of Clinical Health Psychology* 11(1), 67-93.
- Sander, J., Moessner, M., & Bauer, S. (2021). Depression, anxiety and eating disorder-related impairment: moderators in female adolescents and young adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(5), 2-12. <https://doi:10.3390/ijerph18052779>
- Sepulveda, A.R., Whitney, J., Hankins, M., & Treasure, J. (2008). Development and validation of an Eating Disorders Symptom Impact Scale (EDSIS) for carers of people with eating disorders. *Health Qual Life Outcomes*, 6, 28, 1-9. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-6-28>
- Shahab, M. K., de Ridder, J. A., Spinhoven, P., Penninx, B. W. J. H., Mook-Kanamori, D. O., & Elzinga, B. M. (2021). A tangled start: The link between

childhood maltreatment, psychopathology, and relationships in adulthood. *Child Abuse & Neglect*, 121, 105228. <https://doi:10.1016/j.chiabu.2021.105228>

Sjögren, M., Lichtenstein, M. B., & Støving, R. K. (2023). Trauma experiences are common in anorexia Nervosa and related to eating disorder pathology but do not influence weight-gain during the start of treatment. *Journal of Personalized medicine*, 23(5), 1-11. <https://doi.org/10.3390/jpm13050709>

Smink, F. R. E., van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2012). Epidemiology of eating disorders: Incidence, prevalence and mortality rates. *Current Psychiatry Reports*, 14(4), 406-414. <https://doi:10.1007/s11920-012-0282-y>

Smits, M. L., Luyten, P., Feenstra, D. J., Bales, D. L., Kamphuis, J. H., Dekker, J. J. M., Verheul, R., & Busschbach, J. J. V. (2022). Trauma and outcomes of Mentalization-Based Therapy for individuals with borderline personality disorder. *American Journal of Psychotherapy*, 75(1), 12-20. <https://doi:10.1176/appi.psychotherapy.20210027>

Southward, M. W., Christensen, K. A., Fettich, K. C., Weissman, J., Berona, J., & Chen, E. Y. (2013). Loneliness mediates the relationship between emotion dysregulation and bulimia nervosa/binge eating disorder psychopathology in a clinical sample. *Eating and Weight Disorders- Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 19(4), 509-513. <https://doi:10.1007/s40519-013-0083-2>

Stewart, W. (2004). The role of perceived loneliness and isolation in the relapse from recovery in patients with anorexia and bulimia nervosa. *Clinical Social Work Journal*, 32(2), 185-196. <https://doi:10.1023/B:CSOW.0000024327.55424.a9>

Tatsi, E., kamal, A., Turvill, A., & Holler, R. (2019). Emotion dysregulation and loneliness as predictors of food addiction. *Journal of Health and Social Sciences*, 4(1),43-58. <https://doi:10.19204/2019/mtnd5>

Tavolacci, M. P., Grigioni, S., Richard, L., Meyrignac, G., Déchelotte, P., & Ladner, J. (2015). Eating disorders and associated health risks among university students. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 47(5), 412-420. <https://doi:10.1016/j.jneb.2015.06.009>

Tellús, G. K., Lauritsen, M. B., & Rodrigo-Domingo, M. (2021). Prevalence of various traumatic events including sexual trauma in a clinical sample of patients with an eating disorder. *Frontiers in Psychology*, 12, 1-10. <https://doi:10.3389/fpsyg.2021.687452>

Trottier, K., & MacDonald, D. E. (2017). Update on psychological trauma, other severe adverse experiences and eating disorders: State of the research and future research directions. *Current Psychiatry Reports*, 19(8), 1-9. <https://doi:10.1007/s11920-017-0806-6>

Tunç, P. (2019). Üniversite Öğrencilerinde çocukluk çağı travması ve yeme tutumları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 11(Suppl 1), 203-219. <https://doi.org/10.18863/pgy.612616>

Tunç, P. (2020). cÇocukluk çağı travması ile bozulmuş yeme tutumları i lişkisinde ebeveyne bağlanmanın düzenleyici rolünün i ncelenmesi. *Turk J Child Adolesc Ment Health*, 27(2), 75-84 <https://doi:10.4274/tjcamh.galenos.2020.03521>

Uzunian, L. G., & Vitale, M. S. de S. (2015). Habilidades sociais: fator de proteção contra transtornos alimentares em adolescentes. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(11), 3495-3508. <https://doi:10.1590/1413-812320152011.18362014>

van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2020). Review of the burden of eating disorders: Mortality, disability, costs, quality of life, and family burden. *Current Opinion in Psychiatry*, 33(6), 521-527. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000641>

Vidaña, A. G., Forbush, K. T., Barnhart, E. L., Mildrum Chana, S., Chapa, D. A. N., Richson, B., & Thomeczek,

M. L. (2020). Impact of trauma in childhood and adulthood on eating-disorder symptoms. *Eating Behaviors*, 39, 1-7. <https://doi:10.1016/j.eatbeh.2020.101426>

Wagner-Skacel, J., Riedl, D., & Lampe, A. (2022). Mentalization and dissociation after adverse childhood experiences. *Scientific Reports*, 12(1), 1-7. <https://doi:10.1038/s41598-022-10787-8>

World Health Organization. (1999). Report of the consultation on child abuse prevention, 29-31 March 1999, WHO, Geneva. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/65900>

World Health Organization. (2022). Child maltreatment. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>

Yıldırım, A., Hacıhasanoğlu Aşilar, R., Karakurt, P., Çapık, C., & Kasımoğlu,

N. (2018). Üniversite öğrencilerinde depresif belirti, yalnızlık ve yeme tutumu arasındaki ilişkinin sosyodemografik özelliklerle birlikte incelenmesi. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 12(4), 264-274. <https://doi:10.21763/tjfmpe.462906>

Zhong, X., Ming, Q., Dong, D., Sun, X., Cheng, C., Xiong, G., Li, C., Zhang, X., & Yao, S. (2020). Childhood maltreatment experience influences neural response to psychosocial stress in adults: An fMRI study. *Frontiers Psychology*, 10, 1-9. <https://doi:10.3389/fpsyg.2019.02961>

Gebelerin Koronavirüs Korkusu ile Kendilerini Algılama Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Rukiye SÜLÜ DURSUN*

Çukurova Üniversitesi
rkysulu@gmail.com
0000-0003-1093-4635

Ebru GÖZÜYEŞİL

Çukurova Üniversitesi
egozuyesil@cu.edu.tr
0000-0002-9193-2182

ÖZ

Amaç: Bu çalışmanın amacı, gebelerin koronavirüs korkusu ile kendini algılama düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesidir.

Yöntem: Tanımlayıcı, kesitsel tipteki araştırma 01 Mart – 20 Haziran 2022 tarihleri arasında 393 gebe kadın ile yürütülmüştür. Veriler “Kişisel Bilgi Formu”, “Koronavirüs Korku Ölçeği” ve “Gebelerin Kendini Algılama Ölçeği” kullanılarak toplanmıştır.

Bulgular: Gebelerin Koronavirüs Korkusu Ölçeği puan ortalaması, Gebeliğe Ait Annelik Algısı ve Gebeliğe Ait Beden Algısı ölçeği alt boyut puan ortalamaları sırasıyla 19.85 ± 5.43 , 19.67 ± 5.43 12.5 ± 3.92 'dir. Koronavirüs Korku Ölçeği ile Gebeliğe Ait Annelik Algısı ve Gebeliğe Ait Beden Algısı alt boyut toplam puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır ($r = ,130$, $p = ,010$; $r = ,182$ $p = ,000$).

Sonuç: Pandemi döneminde gebelerin orta düzeyin üzerinde korku yaşadığı, annelik algısının olumlu ve beden algılarının hafif olumsuz düzeyde olduğu, koronavirüs korkusunun annelik algısını olumlu beden algısını ise olumsuz etkilediği belirlenmiştir.

Anahtar Sözcükler: *beden algısı, COVID-19, gebelik, korku*

Makalenin geliş tarihi: 17/07/2023 - Makalenin kabul tarihi: 23/09/2023

*Sorumlu Yazar: Rukiye SÜLÜ DURSUN

DOI: 10.17932/IAU.ASD.2015.007/asd_v09i3003

Investigation of the Relationship Between Fear of Coronavirus and Self-Perception Levels of Pregnant Woman

ABSTRACT

Objective: The aim of this study is to determine the relationship between fear of coronavirus and self-perception levels of pregnant women.

Methods: A descriptive, cross-sectional study was conducted with 393 pregnant women between 01 March and 20 June 2022. The data were collected using the “Personal Information Form”, “the Coronavirus Fear Scale” and “the Self-Perception Scale of Pregnants”.

Results: The mean score of the Fear of Coronavirus Scale, the sub-dimension of Perception Maternity of Pregnancy, and Body Perception of Pregnancy of the pregnant women were 19.85 ± 5.43 , 19.67 ± 5.43 and 12.5 ± 3.92 , respectively. A positive and significant relationship was found between the total scores of the Coronavirus Fear Scale and the Perception of Maternity of Pregnancy and Body Perception of Pregnancy sub-dimensions ($r = .130$, $p = .010$; $r = .182$, $p = .000$).

Conclusion: : During the pandemic period, it was determined that pregnant women experienced a moderate level of fear, the perception of maternity was positive and their body perception was slightly negative, the fear of coronavirus affected the perception of maternity positively and the body image negatively.

Keywords: *body image, COVID-19, fear, pregnancy*

GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü Şubat 2020’de, COVID-19 hastalığını, “ağır akut solunum yolu yetersizliği sendromu koronavirüs 2 (SARS-CoV-2)” olarak tanımlamış ve pandemi ilan etmiştir (WHO, 2020). COVID-19 pandemisinde, dünyanın farklı bölgelerindeki gebe kadınlar gerek üreme sağlığı hizmetlerine yönelik gerekse izolasyon süreçlerinin ve ekonomik belirsizliklerin neden olduğu stres, korku ve kaygı yaşamışlardır (Badon v.d., 2022; Basu v.d., 2021).

Türk Dil Kurumu’na göre korku: “tehlike durumunda yaşanan kaygı ve üzüntü” şeklinde tanımlanmaktadır (TDK, 2023). Geçmişten günümüze dünyada pek çok salgınlar ve pandemiler yaşanmıştır. Yaşanan beklenmedik ani durumlarda ise korku, kaygı ve endişe duyguları farklı boyutlarda yaşanmıştır (Şahin Altun ve Özer, 2022). COVID-19 pandemisi belirsizliklerin yoğun yaşandığı bir dönem olması nedeniyle tehdit algısı yaratan, korku ve kaygıları arttıran bir kriz dönemi olarak ifade edilebilir. Bireylerde kriz dönemlerinde tehdit algısının oluşturduğu fizyolojik, duygusal, davranışsal ve bilişsel yansımalar görülebilmektedir. Duygusal tepkiler arasında korku, kaygı ve endişelerin sık yaşandığı bildirilmektedir (Akbaş v.d., 2021; Sun v.d., 2021; Şahin Altun ve Özer, 2022).

COVID-19 pandemisinde gebe kadınların psikolojik sağlıklarının değerlendirildiği çalışmalarda, COVID-19 korkusunun kadınların ruhsal sağlığını olumsuz yönde etkilediği bildirilmiştir (Durmuş v.d., 2022; Puertas-Gonzalez v.d., 2020). Eroglu ve arkadaşlarının çalışmasında koronavirüs korkusu arttıkça gebelikte stresin arttığı bildirilmiştir (Eroğlu v.d., 2021).

Gebelik, fizyolojik ve psikolojik değişimlerin yaşandığı bir uyum sürecidir (Taşkın, 2016). Gebeliğe uyum sürecinde hazır oluş, gebeliğin planlı olması, gebelik ve doğuma ilişkin yeterli bilgiye sahip olma, sosyo-ekonomik koşullar, korku ve endişeler gebeliği kabullenmeyi etkileyen faktörler olarak sıralanabilir (Kumcağız v.d., 2012). Kadının bedenini olumlu algılaması, kendini gebeliğe hazır hissetmesi, eşinin gebeliği kabullenmesi gebeliğin olumlu algılanmasında önemli faktörlerdir.

COVID-19 pandemi dönemi gibi korku, kaygı ve endişelerin arttığı dönemlerde kadınların gebelik algılarının farklı düzeylerde etkilenmesi mümkündür. Pandemi dönemlerinde ruhsal sağlığın olumsuz etkilenmesiyle birlikte gebelik algısının olumsuz etkilenmesi de kaçınılmazdır (Badon v.d., 2022; Basu v.d., 2021; Suwalska v.d., 2021). Bu durum, gebelik ve doğum sonu süreçlere, aile ve sosyal ilişkilere yansıtılabilir. Bu nedenle ebeler tarafından pandemi dönemlerinde gebelerin gebelik algılarının nasıl etkilendiğinin belirlenmesi büyük önem taşımaktadır.

Literatürde, gebelerde koronavirüs korkusu ile psikolojik semptomlar arasındaki ilişkinin araştırıldığı çalışmalar yer almaktadır (Durmuş v.d., 2022; Eroğlu v.d., 2021; Puertas-Gonzalez v.d., 2020) ancak koronavirüs korkusunun gebelik algısını nasıl etkilediğine ilişkin herhangi bir araştırmaya rastlanmamıştır. Bu çalışma, koronavirüs korkusu ile gebelerin kendilerini algılama düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla yürütülmüştür. Çalışmamızın COVID-19 pandemisinde ve gelecekteki afet olaylarında gebelerin kendilerini algılama durumlarını ele almak için ışık tutabilmesi hedeflenmiştir. Bu doğrultuda araştırma sorularımız şunlardır;

- Gebelerin koronavirüs korkuları ne düzeydedir?
- Gebelerin gebelik algıları nasıldır?
- Gebelerin koronavirüs korkusunu ve gebelik algısını etkileyen değişkenler nelerdir?
- Gebelerin korona virüs korkuları ile gebelik algıları arasında ilişkili var mıdır?

YÖNTEM

Araştırmanın yürütülebilmesi için Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (04.02.2022/119) onay alınmıştır.

Bu araştırma tanımlayıcı tipte yürütülmüştür. Araştırma Türkiye'nin Adana şehrinde bir devlet hastanesinin Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniklere başvuran gebe kadınlarla 1 Mart- 20 Haziran 2022 tarihleri arasında yürütülmüştür.

Örnekleme

Araştırmanın evrenini, ilgili hastaneye başvuran gebe kadınlar oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklem sayısı hesaplamasında evreni bilinen örneklem yöntemi kullanılmıştır. İlgili hastaneye bir ayda başvuran toplam gebe sayısı 2900'dur. Aylık benzer sayıda gebenin başvuru yapacağı göz önüne alındığında hesaplama sonucunda araştırmanın 340 gebe kadın ile yürütülmesi gerektiği belirlenmiştir (<https://www.calculator.net/samplesizecalculator.html?type=1&cl=95&ci=5&pp=50&ps=2900&x=62&y=22>). Yaşanabilecek kayıplar göz önüne alınarak örneklem sayısı %15 artırılarak 390 gebe kadının araştırmaya alınması planlanmıştır. Veriler ilgili tarihler arasında hastaneye başvuran 393 gebe kadından toplanmıştır. Araştırmaya katılmaya gönüllü, iş birliği ve iletişime açık, gebeliğin herhangi bir trimesterinde olan riskli gebelik tanısı almayan gebe kadınlar araştırmaya dâhil edilmiştir.

Veri Toplama Araçları

Araştırmacılar verileri, mevcut literatürden yararlanılarak geliştirilen, gebe kadınların sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerinden oluşan 21 sorudan

“Kişisel Bilgi Formu” (Akbas, Sulu ve Gozuyesil, 2021; Durmuş v.d., 2022; Giesbrecht v.d., 2022), “Koronavirüs Korku Ölçeği” ve “Gebelerin Kendini Algılama Ölçeği” ile toplamıştır.

Koronavirüs Korkusu Ölçeği

Ahorsu ve ark. (2020) tarafından İran kültüründe geliştirilen bu ölçek, Türk kültürüne Satıcı ve ark. (2020) tarafından uyarlanmıştır (Ahorsu v.d., 2020; Satıcı v.d., 2020). Ölçek, 7 maddeden ve 5’li likertten (Kesinlikle katılmıyorum (1), Katılmıyorum (2), Kararsızım (3), Katılıyorum (4), Kesinlikle katılıyorum (5)) oluşmaktadır. Ölçekten en düşük 7, en yüksek 35 puan alınmaktadır. Puanlar arttıkça koronavirüs korkusu yüksek algılanmaktadır (Ahorsu v.d., 2020; Satıcı v.d., 2020). Cronbach alfa değeri 0.82 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada ise Cronbach alfa değeri 0.87 olarak saptanmıştır.

Gebelerin Kendilerini Algılama Ölçeği

Kumcağız ve ark. (2017) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek, iki faktörden 12 maddeden ve 4’lü likertten (4 Her zaman, 3 Çoğu zaman, 2 Bazen, 1 Hiçbir zaman) oluşmaktadır. Ölçeğin “Gebeliğe Ait Annelik Algısı-(GAAA)” alt boyutu 7 maddeden ve pozitif sorulardan oluşurken, ‘Gebeliğe Ait Beden Algısı-(GABA)” alt boyutu ise 5 maddeden ve negatif sorulardan oluşmaktadır. GAAA alt boyutunda puanlar yükseldikçe annelik algısı yüksek algılanmaktadır. GAAA alt boyutundan en yüksek puan 28, en düşük puan 7 alınmaktadır. GABA alt boyutunda puanlar azaldıkça beden algısının olumsuz olduğu algılanmaktadır. GABA alt boyutunda en yüksek puan 20, en düşük puan 5 alınmaktadır (Kumcağız v.d., 2017). GAAA Cronbach Alfa değeri 0.86, GABA Cronbach Alfa değeri 0.75 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada ise GAAA Cronbach Alfa değeri 0.94, Cronbach Alfa değeri 0.90 saptanmıştır.

İstatistiksel Analiz

Bu araştırma verileri, IBM SPSS (Windows için Sosyal Bilimler için İstatistik Paketi, Sürüm 21.0, Armonk, NY, IBM Corp.) paket programı ile değerlendirilmiştir. Verilerin, normal dağılıma uygunluğu için Shapiro Wilk testi kullanılmıştır. Normal dağılımı olan verilerde, iki bağımsız gruplarda bağımsız örneklem T-testi, ikiden fazla bağımsız gruplarda tek yönlü varyans analizi ve fark bulunduğu durumda ise için Bonferroni testi kullanılmıştır. Normal dağılımı olmayan verilerde, iki bağımsız gruplarda Mann Whitney U testi, ikiden fazla bağımsız gruplarda Kruskal Wallis H testi uygulanmış ve fark bulunduğu durumda ise Bonferroni testi kullanılmıştır. Numerik değişkenler arasındaki ilişki için Spearman korelasyon testi yapılmıştır. Anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak belirlenmiştir.

BULGULAR

Gebelerin yaş ortalamasının 28.47 ± 5.43 olduğu, %37.3'ünün ilköğretim mezunu ve %69'nun çalışmadığı saptanmıştır. Gebelerin %38.1'nin üç ve üzeri sayıda gebelik yaşadığı ve % 63.2'sinin gebeliğinin planlı olduğu saptanmıştır (Tablo 1; Tablo 2).

Gebelerin yaş ve çalışma durumu değişkenleri ile Koronavirüs Korkusu Ölçeği toplam puan ortalaması arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır ($p < 0.05$). 36 yaş ve üzerinde olan ve çalışmayan gebelerin koronavirüs korkuları daha yüksek bulunmuştur. Gebelerin eğitim düzeyi ve gelir düzeyi algısı değişkenleri ile GAAA alt boyutu toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır ($p < 0.05$). Yapılan ileri analizde ise lisans ve üzeri eğitime sahip olan gebelerin, lise düzeyindeki gebelere göre, orta seviyede gelir düzeyi algısına sahip olanların kötü seviyede gelir düzeyi algısına sahip olanlara göre gebelikte annelik algılarının daha olumlu olduğu belirlenmiştir. Gebelerin yaşı ile GABA alt boyutları toplam puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık belirlenmiştir ($p < 0.05$). 29 yaş ve üzeri gebelerin gebelikte beden algılarının daha olumsuz olduğu belirlenmiştir (Tablo 1).

Tablo 1. Gebe kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre COVID-19Korkusu, Gebelerin Kendilerini Algılama Ölçeği Alt Boyutları Toplam Puan, Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=394)

Değişkenler	n	%	Koronavirüs Korkusu		GAAA ALT BOYUTU		GABA ALT BOYUTU	
			Ort ± SS	M	Ort ± SS	M	Ort ± SS	M
Yaş								
18-28	196	49.7	19.58±3.57	20.00	19.89±5.41	19.00	12.20±3.89	13.00
29 ve üzeri	198	50.3	21.34±4.64	21.00	18.60±5.39	18.50	14.00±3.74	15.00
t**/U***			-2.391**		8711.000***		7187.500***	
P			0.015*		0.195		0.001*	
Eğitim Düzeyi								
İlköğretim ¹	147	37.3	19.81±5.31	20.00	19.44±5.708	18.00	12.65±4.251	13.00
Lise ²	134	34.0	20.18±5.02	21.00	19.17±4.795	18.00	12.43±4.036	13.00
Lisans ve üzeri ³	113	28.7	19.86±5.47	19.10	20.67±5.658	20.00	12.23±3.290	13.00
F****/KW*****			0.445*****		6.165*****		0.869*****	
P			0.641		0.046*		0.647	
			-		3>2		-	

Gelir Düzeyi								
Kötü ¹	41	10.4	20.15±5.44	20.00	16.21±3.85	16.00	13.94±3.40	15.00
Orta ²	223	56.6	19.60±5.58	21.00	20.63±5.64	20.00	12.13±3.93	12.47
İyi ³	130	33.0	20.48±5.41	21.00	19.09±4.88	18.00	12.63±3.95	13.50
F****/KW*****			1.764****		21.899*****		7.811****	
P			0.154		0.000*		0.050	
			-		2,3>1		-	
Sosyal Güvence								
Var	313	79.4	19.87±5.42	20.00	18.04±5.39	19.00	12.54±3.90	13.00
Yok	81	20.6	19.79±5.70	21.00	18.40±5.40	18.00	12.21±4.02	12.00
t**/U***			0.120**		10063.000***		12006.500***	
P			0.904		0.546		0.462	
Ç a l ı Ő m a								
Durumu								
Çalışıyor	122	31.0	18.99±6.02	18.00	19.81±5.47	19.35	12.40±3.20	13.00
Çalışmıyor	272	69.0	20.24±5.17	21.00s	19.65±5.41	18.00	12.50±4.21	13.00
t**/U***			-1.997**		16232.500***		15954.500***	
P			0.047*		0.730		0.540	
Yaş (Ort ± SS)	28.47±5.43							

İstatistikler: Ortalama± SD ; M:Medyan, *p<0.05, t**;bağımsız örneklem t testi, U***:Mann Whitney U Testi, F****:F testi, KW*****: Kruskal Wallis Testi

Gebelerin obstetrik özellikleri ile ölçek ortalamaları değerlendirildiğinde; gebelik sayısı ve gebelik takiplerine düzenli katılma değişkeni ile Koronavirüs Korkusu Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır (p<0.05). Düzenli kontrole giden gebelerin koronavirüs korkuları daha yüksektir. Yapılan ileri analizde ikinci gebeliği olanların koronavirüs korkuları ilk gebeliği olanlara göre daha yüksektir (Tablo 2).

Gebelerin gebelik sayısı, gebeliği planlama ve düzenli kontrole gitme durumu değişkenleri ile GAAA alt boyutu toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır (p<0.05). Yapılan ileri analizde ilk gebeliği olan gebelerin ikinci gebeliği olan, üç ve üzeri gebeliği olan gebelere göre gebelikte annelik algılarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Gebeliği planlayan ve düzenli kontrole giden gebelerin gebelikte annelik algılarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Gebelerin gebelik sayısı ve gebeliği planlama durumu değişkenlerine göre GABA alt boyutları toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlenmiştir (p<0.05). Yapılan ileri analizde gebelik sayısı üç ve üzeri olan

gebelerin gebelikte beden algılarının daha olumsuz olduğu belirlenmiştir. Plansız gebelik yaşayanların ise gebelikte beden algılarının daha olumsuzdur (Tablo 2).

Tablo 2. Gebe kadınların Obstetrik Özelliklerine Göre COVID-19Korkusu ve Gebelerin Kendilerini Algılama Ölçeği Alt Boyutları Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=394)

Değişkenler	n	%	Koronavirüs Korkusu		GAAA ALT BOYUTU		GABA ALT BOYUTU	
			Ort ± SS	M	Ort ± SS	M	Ort ± SS	M
Gebelik Sayısı								
İlk gebelik ¹	142	36.00	18.78±5.24	19.00	20.41±5.22	21.00	11.82±3.47	12.00
İkinci gebelik ²	102	25.9	20.89±6.11	21.50	20.65±5.53	19.85	11.60±4.27	12.00
Üç ve üzeri gebelik ³	150	38.1	20.17±5.08	21.00	18.38±5.31	17.00	13.68±3.78	15.00
F****/ KW*****			4.708****		14.979*****		23.858*****	
P			0.010*		0.001*		0.000*	
			2>1		1,2>3		3>1,2	
Gebeliği Planlama Durumu								
Planlı	249	63.2	20.10±5.72	21.00	20.84±5.51	21.00	11.72±3.82	12.00
Plansız	145	36.8	19.44±5.01	20.00	17.75±4.69	17.00	13.76±3.75	15.00
t**/U***			1.139**		12429.500***		12439.500***	
P			0.255		0.000*		0.000*	
Düzenli Kontrolle Gitme								
Evet	373	94.7	19.99±5.46	21.00	19.85±5.39	19.00	12.39±3.84	13.00
Hayır	21	5.3	17.43±5.22	17.00	17.10±5.54	17.00	13.81±5.05	15.00
t**/U***			2.097**		2792.500***		3076.000***	
P			0.037*		0.026*		0.097	

İstatistikler: Ortalama± SD; M:Medyan, *p<0.05, t** :bağımsız örneklem t testi, U***:Mann Whitney U Testi, F****:F testi, KW*****: Kruskal Wallis Testi

Gebelerin Koronavirüs Korkusu Ölçeği puan ortalaması 19.85 ±5.43, GAAA alt boyutu puan ortalaması 19.67±5.43 ve GABA alt boyutu puan ortalaması 12.5±3.92'dir. Ölçek korelasyonları değerlendirildiğinde; Koronavirüs Korkusu Ölçeği ile GAAA ve GABA alt boyut toplam puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır. GAAA alt boyut toplam puanı ile GABA alt boyut toplam puanı arasında negatif yönlü ilişki belirlenmiştir (Tablo 3).

Tablo 3. Gebe Kadınların COVID-19 Korku Ölçeği ile Gebelerin Kendilerini Algılama Ölçeği Alt Boyutları Arasında İlişki (n=394)

	$\chi \pm SD$ Median (Min-Max)		KVKÖ	GAAA ALT BOYUTU	GABA ALT BOYUTU
Koronavirüs Korkusu	19.85 ± 5.48	r	1.000	0.130	0.182
	20 (10-35)	p	-	0.010*	0.000*
GAAA Alt Boyutu	19.67 ± 5.43	r	-	1.000	-0.375*
	18 (7-28)	p	-	-	0.000*
GABA Alt Boyutu	12.5 ± 3.92	r	-	-	1.000
	13 (5-20)	p	-	-	-

Spearman Correlation Test, r-korelasyon katsayısı, *p<0.05

TARTIŞMA

Araştırmada gebe kadınların koronavirüs korkusunun orta düzeyin üzerinde olduğu belirlenmiştir. Literatürde gebe kadınların koronavirüs korkularının yüksek olduğu bildirilmektedir (Asai v.d., 2020; Mortazavi v.d., 2021; Naghizadeh v.d., 2022; Unver v.d., 2022). COVID-19'un hızlı yayılım göstermesi ve ölüm oranının fazla olması insanları fiziksel, sosyal ve psikolojik olarak birçok açıdan olumsuz etkilemiş ve insanlarda koronavirüs korkusunun oluşmasına neden olmuştur. Gebe kadınlarda ise koronavirüs enfeksiyonu ile enfekte olduklarında hastalığın fetüse bulaşıp bulaşmayacağı hakkında yeterli bilgiye sahip olmamaları koronavirüs korkularının artmasına neden olmuştur. (Fumagalli v.d., 2022; Meaney v.d., 2021; Şahin ve Kabakçı, 2021;). Ek olarak, pandemi döneminde üreme sağlığı hizmetleri aksamış ve gebelik takiplerinin sürdürülmesi zorlaşmıştır. Gebelerin koronavirüs korkusunun yüksek bulunması bu nedenlerle ilişkilendirilebilir.

Çalışmada gebe kadınların yaşı arttıkça koronavirüs korkularının arttığı görülmektedir. Bulgularımızın aksine Unver ve ark. (2022) çalışmasında ve benzer çalışmalarda, gebelik yaşı ile koronavirüs korkusu arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. (Unver v.d., 2022; Badahdah v.d., 2020; Bakioğlu v.d., 2020). Çalışmamızda çalışmayan gebe kadınların koronavirüs korkuları daha yüksek bulunmuştur. Yapılan çalışmalarda kültürel özellikler ve ekonomik durumun koronavirüs korkusu yaşama durumu ile ilişkili olduğunu, yaşanan ortamdaki sağlık koşullarının ve ekonomik durumun kötü olmasının koronavirüs korkusunu arttırdığı belirlenmiştir (Mortazavi v.d., 2021; Naghizadeh v.d., 2021). Benzer şekilde Garg ve ark (2021) çalışmalarında, düşük sosyoekonomik statü ve kültürel özelliklerin, koronavirüs korkusunu arttığı görülmüştür (Garg v.d., 2020). Çalışmamızda ikinci gebeliği olan kadınların koronavirüs korkuları ilk gebeliği olan kadınlara göre daha yüksektir. Bulgularımızın aksine Giesbrecht ve ark. (2022) yaptıkları çalışmada, ilk gebeliği

olan kadınların, ikinci gebeliği olan kadınlara kıyasla koronavirüs korkusunun daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Giesbrecht v.d., 2022). Çalışmamızda düzenli kontrole giden gebe kadınların koronavirüs korkularının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Nanjundaswamy ve ark (2020) tarafından kadın doğum uzmanlarının COVID-19 pandemi döneminde muayeneye gelen gebelerin şikayetlerini değerlendirdikleri çalışmada, gebelerin yarısından fazlasının anksiyete ve korku yaşadığı bildirilmiştir (Nanjundaswamy v.d., 2020). Literatürde pandemi döneminde, gebe kadınların takiplerinde aksamalar ve bilgilendirmede eksiklikler yaşandığı doğum hizmetlerine erişimde önemli engellerle karşılaşıldığı bildirilmiştir (Şahin ve Kabakçı, 2021). Çalışmamızda gebe kadınların, pandemi döneminde bilgilendirmede eksiklik gibi doğum hizmetlerinde karşılaştıkları zorluklar daha fazla kaygı ve korku yaşamalarına ve gebelik takiplerine gitme eğiliminde artışa neden olduğu düşünülmektedir.

Bu araştırmada gebe kadınların annelik algılarının yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir. Sonuçlarımıza benzer şekilde Anaç ve Gözüyeşil (2023) çalışmasında ve benzer çalışmalarda, annelik algısının yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır (Anaç ve Gözüyeşil, 2023; Çoşkun v.d., 2020; Demir ve Beydağ, 2020; Alan Dikmen ve Şanlı, 2019). Türk toplumunda gebelik, anne olma süreci, kadın ve ailesi tarafından bebek doğmadan önce hazırlıkların yapıldığı özel ve anlamlı bir dönem olarak algılanmaktadır. Türk toplumunun bu döneme yüklediği anlam çalışmamızda ve benzer çalışmalarda annelik algısının yüksek saptanmış olmasında önemli bir etken olarak düşünülebilir.

Çalışmamızda gebe kadınların eğitim düzeyi ve gelir düzeyi arttıkça annelik algılarının daha olumlu olduğu belirlenmiştir. Arslan ve ark. (2019) çalışmalarında, eğitim düzeyinin yükselmesi kadınların gebeliğe uyumunu arttırdığı ve anneliğe geçiş sürecini kolaylaştırdığı bildirilmiştir (Arslan v.d., 2019). Eğitim düzeyinin artması paralelinde gelir düzeyinin de olumlu etkileyebileceğinden annelik algısına olumlu etkisi beklenen bir sonuçtur. Çalışmamızda ilk gebeliğini yaşayanların annelik algılarının daha olumlu olduğu saptanmıştır. Benzer şekilde Demir Akın ve Beydağ'ın (2020) gerçekleştirdiği çalışmada, gebelik sayısı azaldıkça gebe kadınların annelik algılarının daha olumlu olduğu saptanmıştır (Demir Akın ve Beydağ, 2020).

Çalışmamızda planlı gebeliği olan kadınların annelik algılarının olumlu olduğu belirlenmiştir. Benzer şekilde Demir Alkin ve Beydağı (2020) tarafından gerçekleştirilen çalışmasında, planlı gebeliği olan kadınların annelik algılarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Demir Alkin ve Beydağı, 2020). Çalışmamızda düzenli kontrolle giden gebe kadınların da annelik algıları daha olumlu görülmektedir. Kaliteli annelik bakımının kilit bileşenlerinden biri, uygun ve doğru zamanda bakıma erişebilmektir (Hayes-Ryan v.d., 2017). Literatürde ki mevcut çalışmalar, pandemi döneminde

gebe kadınlara sağlık hizmetlerinin sunumunda ek desteğe ihtiyaçları olduğunu bildirmektedir (Şahin ve Kabakçı, 2021; Fumagalli v.d., 2022; Meaney v.d., 2021). Bizim çalışmamızda, düzenli kontrollere gitmenin annelik algısı düzeyini artırma nedeni pandemi döneminde ihtiyaç duyulan bakıma ulaşabilmek olabilir.

Bu çalışmada, gebe kadınların beden algıları hafif olumsuz düzeyde saptanmıştır. Anaç ve Gözüyeşil (2023) çalışmalarında, gebe kadınların beden algıları hafif olumsuz düzeyde belirlenmiştir. Demir Alkin ve Beydağ (2020) çalışmalarında da gebe kadınların beden algıları hafif olumsuz düzeyde bildirmişlerdir. (Literatürde ki mevcut çalışma sonuçları bulgularımızı desteklemektedir (Anaç ve Gözüyeşil, 2023; Demir Alkin ve Beydağı, 2020; İnanır v.d., 2015; Kartal v.d., 2018; Shloim v.d., 2015; Babieva v.d., 2018) Ancak, bulgularımızın aksine bazı çalışmalarda ise gebe kadınların beden algılarının olumlu olduğu bildirilmiştir (Balaydın v.d., 2020; Çoşkun v.d., 2020; Kök v.d., 2018; Tutkuvienna v.d., 2018; Özkan v.d., 2020; Güney ve Uçar, 2018). Gebelik sürecinin COVID-19 pandemi döneminde yaşanılması çalışma sonuçlarımızda olumsuz beden algısına neden olabileceğini düşündürmektedir.

Çalışmamızda gebe kadınların yaş arttıkça beden algısının olumsuz olduğu saptanmıştır. Anaç ve Gözüyeşil (2023) çalışmalarında bulgularımızın aksine gebe kadınların yaşı arttıkça beden algısı daha olumlu olduğu bildirmişlerdir. Literatürde yürütülen benzer çalışmalarda da yaş arttıkça beden algısı puanlarının arttığı saptanmıştır (Anaç ve Gözüyeşil, 2023; Balaydın v.d., 2020; Kartal v.d., 2018; Kumcağız, 2012). Bizim çalışmamızda yaş arttıkça beden algısının olumsuz olmasının nedeni pandemi döneminde yürütülmüş olması ile ilişkili olabilir.

Çalışmamızda gebelik sayısı üç ve üzeri olan gebe kadınların beden algılarının daha olumsuz olduğu belirlenmiştir. Kök ve ark. (2018) gerçekleştirdikleri çalışmada üç ve üzeri gebeliği olan kadınların beden algıları daha olumsuz saptanmıştır (Kök v.d., 2018). Benzer şekilde Kumcağız'ın (2012) çalışmasında da gebelik sayısı arttıkça beden algıları daha olumsuz belirlenmiştir (Kumcağız v.d., 2012). Literatürde ki mevcut çalışma sonuçları bulgularımızı desteklemektedir (Kök v.d., 2018; Kumcağız v.d., 2012). Çalışmamızda plansız gebelik yaşayan kadınların beden algıları daha olumsuz olarak görülmektedir. Sonuçlarımıza benzer olarak Demir Alkin ve Beydağı (2020) yürüttükleri çalışmada plansız gebelik yaşayan kadınların beden algıları olumsuz olarak saptanmıştır. Bulgularımızın aksine planlı gebelik yaşayan kadınların beden algısının daha olumsuz olduğu çalışmalar da bulunmaktadır (Anaç ve Gözüyeşil, 2023; Kumcağız, 2012). Literatürde ki farklı sonuçlarının nedeni çalışmaların ülkenin farklı bölgelerinde pandemi öncesi ve sonrası dönemlerde yürütülmesinden kaynaklanabilir.

Bu çalışmada gebe kadınların koronavirüs korkuları arttıkça annelik algısının olumlu ve beden algısının ise olumsuz etkilendiği saptanmıştır. Literatürde, koronavirüs korkusunun gebelik algısını nasıl etkilediğine ilişkin herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. COVID-19 sürecinde gebeler tarafından yaşanan korku ve olumsuzluklar gebelerin kendilerine ve doğacak bebeklerine ilişkin farkındalığını artırarak annelik algısını olumlu etkilemiş olabilir. Pandemi döneminde gebelik, sosyal desteğin olmadığı, çoğunlukla yalnız kaldığı, kendileri ve fetüsün sağlığı için endişe duyulan bir süreç olarak yaşanmıştır (Şahin ve Kabakçı, 2021; Fumagalli v.d., 2022; Meaney v.d., 2021). Çalışmamızda gebe kadınların koronavirüs korkularının artma nedeni yaşanan endişeler ile ilişkili olabilir. Literatürde gebe kadınlarda koronavirüs korkusu arttıkça psikolojik semptomların olumsuz etkilendiği bildirilmiştir (Eroğlu v.d., 2021; Durmuş v.d., 2022). Dolayısıyla gebe kadınların yaşadıkları olumsuz psikolojik semptomlara bağlı olarak kendileri ve bebekleri için kaygı duymaları gebelerin beden algılarının olumsuz etkilenmesine neden olmuş olabileceği söylenebilir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada, gebelerin koronavirüs korkusunun orta düzeyin üzerinde, annelik algılarının olumlu, beden algılarının hafif olumsuz olduğu saptanmıştır. Koronavirüs korkusu yaşı yüksek olan, çalışmayan, ikinci gebeliği olan ve düzenli kontrollere giden gebelerde daha yüksektir. Eğitim ve gelir düzeyi yüksek, ilk gebeliğini yaşayan, planlı gebelik yaşayan, düzenli kontrollere giden gebelerin annelik algılarının daha olumlu etkilendiği, yaşı yüksek olan, gebelik sayısı üç ve üzeri olan ve plansız gebelik yaşayan kadınların beden algılarının ise daha olumsuz olduğu belirlenmiştir. Pandemi döneminde gebelik takiplerinde aksamalar ve belirsizlikler koronavirüs korkusunu arttırdığı, Türk toplumunun koronavirüs korkusuna yüklediği anlamın ise annelik algısını olumlu ve beden algısını olumsuz etkilediği kanaatindeyiz.

Çalışmanın sonuçlarına göre, ebe ve hemşirelerin koronavirüs pandemisinde ve gelecekteki afet olaylarında gebe kadınların gebelik algılarını değerlendirmeleri önemlidir. Gebelik dönemindeki prenatal eğitimlerin içeriğinde ve takiplerde, Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan “Sağlık Bakanlığında Covid-19 salgını döneminde gebe takibi rehberi” kullanılmalıdır (Sağlık Bakanlığı, 2020). Gebe kadınların ve ailelerinin koronavirüs pandemisi ve afet olaylarında gebeliğe adaptasyonu arttırabilecek farkındalıkların oluşturulması ve danışmanlık hizmeti verilmesi önerilir. Ülkenin farklı bölgelerinde daha geniş örneklem grupları ile daha kapsamlı çalışmalar yürütülebilir.

Kısıtlılıklar

Bu çalışmanın kısıtlılıkları mevcuttur. Bu çalışmanın verileri sadece çalışmaya katılmayı kabul eden gebe kadınları temsil etmektedir. Çalışmanın katılımcılarını ülkenin bir bölgesinde ve bir hastaneye başvuran gebe kadınlar oluşturduğundan dolayı topluma genellenemez. Ayrıca bazı gebe kadınlar pandemi sürecinden dolayı çalışmaya katılmayı reddetmiştir.

Araştırmanın Etik Yönü: Araştırmanın yürütülebilmesi için Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (04.02.2022/119) onay alınmıştır. Çalışma Helsinki Deklarasyonu prensiplerine uygun olarak yürütülmüştür.

Yazar katkısı

Makale için fikir oluşturulması RDS, EG, Sonuçlara ulaşmak için yöntemlerin planlanması RDS, organizasyonu RDS ve seyrinin gözetimi EG, Makalenin tümü veya asıl bölümün oluşturulması için sorumluluk almak RDS, EG.

Yazarlar arasında çıkar çatışması yoktur

KAYNAKLAR

Ahorsu, D. K., Lin, C. Y., Imani, V., Saffari, M., Griffiths, M. D., & Pakpour, A. H. (2020). The fear of COVID-19 scale: development and initial validation. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 1-9.

Akbas, M., Sulu, R., & Gozuyesil, E. (2021). Women's health anxiety and psychological wellbeing during the COVID-19 pandemic. A descriptive study. *Sao Paulo Medical Journal*, 139, 496-504.

Anaç, G., & Gözüyeşil, E. (2023). Gebe kadınların gebelik algıları ve sağlık gereksinimlerinin belirlenmesi; metodolojik ve tanımlayıcı bir çalışma. *Adıyaman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(1), 26-38.

Arslan, S., Okçu, G., Coşkun, A. M., & Temiz, F. (2019). Kadınların gebeliği algılama durumu ve bunu etkileyen faktörler. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 6(1), 179-192. ,

Asai, K., Wakashima, K., Toda, S., & Koiwa, K. (2021). Fear of novel coronavirus disease (COVID-19) among pregnant and infertile women in Japan. *Journal of Affective Disorders Reports*, 4(4),100104.

Babieva, N. S., Sidyacheva, N. V., Mudrak, S. A., Kalinin, I. V., Zolotkova, E. V., Buyanova, V. V., & Mikhailova, I. V. (2018). Specific features of self-perception and anxiety of a woman with pathology of pregnancy. *Electronic Journal of General Medicine*, 15(4).

Badahdah, A. M., Khamis, F., & Mahyijari, N. A. (2020) The psychological well-being of physicians during COVID-19 outbreak in Oman. *Psychiatry Research*, 289, 113053.

Badon, S. E., Croen, L. A., Ferrara, A., Ames, J. L., Hedderson, M. M., Young-Wolff, K. C., ... & Avalos, L. A. (2022). Coping strategies for COVID-19pandemic-related stress and mental health during pregnancy. *Journal of Affective Disorders*, 309, 309-313.

Bakioğlu, F., Korkmaz, O., & Ercan, H. (2020). Fear of COVID-19 and positivity: Mediating role of intolerance of uncertainty, depression, anxiety, and stress. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 19;2369-2382.

Balaydın, A.S., Kızıltan, B., & Apay, S.E. (2020). Gebelikte vücut algısı ile kıskançlık durumu arasındaki ilişkinin araştırılması. *Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(2): 115-126.

Basu, A., Kim, H. H., Basaldua, R., Choi, K. W., Charron, L., Kelsall, N., ... & Koenen, K. C. (2021). A cross-national study of factors associated with women's perinatal mental health and wellbeing during the COVID-19 pandemic. *PloS one*, 16(4), e0249780.

Coşkun, A.M., Arslan, S., & Okcu, G. (2020). Gebe kadınlarda gebelik algısının stres, demografik ve obstetrik özellikler açısından incelenmesi. *Koç Üniversitesi Hemşirelik Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 17(1): 1-8.

Demir, A.E., & Beydağ, K. D. (2020). Relationship between perceived stress level and self-perception level of women who had three or more pregnancies. *Journal of Psychiatric Nursing*, 11(3), 228-238.

Dikmen, H. A., & Şanlı, Y. (2019). Progresif kas gevşeme egzersizlerinin gebelerin distres düzeyi ve gebelik algısına etkisi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 12(3), 186-198.

Durmuş, M., Öztürk, Z., Şener, N., & Eren, S. Y. (2022). The Relationship between the fear of COVID-19, depression, and spiritual well-being in pregnant women. *Journal of religion and health*, 61(1), 798-810.

Eroğlu, M., Çıtak-Tunç, G., & Kılınç, F. E. (2021). Gebelik stresi ile Covid-19 korkusu arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Toplum ve Sosyal Hizmet, Covid-19 özel sayı (1)*, 125-139.

Fumagalli, S., Ornaghi, S., Borrelli, S., Vergani, P., Nespoli, A. 2022. The experiences of childbearing women who tested positive to COVID-19 during the pandemic in northern Italy. *Women and Birth*, 35(3), 242-253.

Garg, S., Kim, L., Whitaker, M., O'Halloran, A., Cummings, C., Holstein, R., & Alden, N.B. (2020). Hospitalization rates and characteristics of patients hospitalized with laboratory-confirmed coronavirus disease 2019—COVID-NET, 14 States, March 1–30, 2020. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 69 (15), 458-464.

Giesbrecht, G. F., Rojas, L., Patel, S., Kuret, V., MacKinnon, A. L., Tomfohr-Madsen, L., & Lebel, C. (2022). Fear of COVID-19, mental health, and pregnancy outcomes in the pregnancy during the COVID-19 pandemic study: Fear of COVID-19 and pregnancy outcomes. *Journal of Affective Disorders*, 299, 483-491.

Güney, E., & Uçar, T. (2018). Gebelikteki beden imajının emzirme tutumu ve doğum sonu emzirme sürecine etkisi, *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 49(1):49-53.

Hayes-Ryan, D., McNamara, K., Russell, N., Kenny, L. C., & O'Donoghue, K. (2017). Maternity ultrasound in the Republic of Ireland 2016: a review. *Irish Medical Journal*, 110(7).

İnanir, S., Cakmak, B., Nacar, M. C., Guler, A. E., & Inanir, A. (2015). Body Image perception and self-esteem during pregnancy. *International Journal of Women's Health and Reproduction Sciences*. 2015; 3(4): 196-200.

Kartal, B., Kızıllırmak, A., Zedelenmez, A., & Erdem, E. (2018). Investigation of body perception in pregnant women according to physical changes in pregnancy. *Çağdaş Tıp Dergisi*, 8(4), 356-360.

Kök, G., Güvenc, G., Bilsel, H., & Güvener, A. (2018). Does Body Image Perceptions of Women Differ During Pregnancy?/Gebelik Doneminde Kadınların Beden Algisi Farklılık Gosterir mi?. *Journal of Education and Research in Nursing*, 15(4), 209-215

Kumcağız, H. (2012). Pregnant women, body image and self-esteem according to the examination of some of the variables. *Journal of Human Sciences*, 9(2), 691-703.

Kumcağız, H., Eranlı, E., & Murat, N. (2017). Gebelerin Kendilerini Algılama Ölçeği'nin geliştirilmesi ve psikometrik özellikleri. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 8(1), 23-31.

Meaney, S., Leitao, S., Olander, E. K., Pope, J., Matvienko-Sikar, K. 2022. The impact of COVID-19 on pregnant women's experiences and perceptions of antenatal maternity care, social support, and stress-reduction strategies. *Women and Birth*, 35(3), 307-316.

Mortazavi, F., Mehrabadi, M., & KiaeeTabar, R. (2021). Pregnant women's well-being and worry during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21(1), 1-11.

Naghizadeh, S., & Mirghafourvand, M. (2021). Relationship of fear of COVID-19 and pregnancy-related quality of life during the COVID-19 pandemic. *Archives of psychiatric Nursing*, 35(4), 364-368.

Nanjundaswamy, M. H., Shiva, L., Desai, G., Ganjekar, S., Kishore, T., Ram, U., ... & Chandra, P. S. (2020). COVID-19-related anxiety and concerns expressed by pregnant and postpartum women—a survey among obstetricians. *Archives of women's mental health*, 23(6), 787-790.

Özkan, T. K., Küçükkeleşçe, D. Ş., & Özkan, S. A. (2020). Gebelikte prenatal bağlanma ve vücut algısı arasındaki ilişki ve etkileyen faktörler. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 7(1), 49-54.

Puertas-Gonzalez, J. A., Mariño-Narvaez, C., Peralta-Ramirez, M. I., & Romero-Gonzalez, B. (2021). The psychological impact of the COVID-19 pandemic on pregnant women. *Psychiatry Research*, 301, 113978.

Sample Size Calculator. <https://www.calculator.net/sample-size-calculator.html>

Satici, B., Gocet-Tekin, E., Deniz, M. E., & Satici, S. A. (2021). Adaptation of the Fear of COVID-19 Scale: Its association with psychological distress and life satisfaction in Turkey. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 19, 1980-1988.

Shloim, N., Hetherington, M. M., Rudolf, M., & Feltbower, R. G. (2015). Relationship between body mass index and women's body image, self-esteem and eating behaviours in pregnancy: A cross-cultural study. *Journal of Health Psychology*, 20(4), 413-426.

Sun, P., Wang, M., Song, T., Wu, Y., Luo, J., Chen, L., & Yan, L. (2021). The psychological impact of COVID-19 pandemic on health care workers: a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, 12, 626547.

Suwalska, J., Napierała, M., Bogdański, P., Łojko, D., Wszolek, K., Suchowiak, S., & Suwalska, A. (2021). Perinatal mental health during COVID-19 pandemic: an integrative review and implications for clinical practice. *Journal of Clinical Medicine*, 10(11), 2406.

Şahin Altun, Ö., Özer, D., Satılmış, M., & Şahin, F. (2022). Investigation of the relationship between the spiritual orientation and psychological well-being levels of inpatients with a diagnosis of COVID-19 in Turkey: A cross-sectional study. *Journal of Religion and Health*, 61(5), 4189-4204.

Şahin, B. M., Kabakci, E. N. 2021. The experiences of pregnant women during the COVID-19 pandemic in Turkey: A qualitative study. *Women and Birth*, 34(2), 162-169.

Taşkın, L. (2016). *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*. (13th ed). Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara.

Tutkuviene, J., Juskaite, A., Katinaite, J., Silove, S., Drasutis, J., Sargautyte, R., ... & Drasutiene, G. (2018). Body image issues in Lithuanian females before and during pregnancy. *Anthropologischer Anzeiger*, 75(1).9-17.

Türk Dil Kurumu (TDK), <https://sozluk.gov.tr/korku> [Erişim tarihi: 01 Ağustos 2022).

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı. (2020) (16.09.2021, Erişim linki: Kovid-19 salgını döneminde gebe takibi rehberi. <https://covid19.saglik.gov.tr/TR-75284/covid-19-solunum-sistemihastaliklarinin-yaygin-oldugu-donemde-saglik-kuruluslarinda-gebe-takibi.htm>

Ünver, H., Özşahin, Z., & Tekdal, A. G. (2022). Gebelerde COVID-19 Korkusunun Gebelik Stresi ve Travmatik Doğum Algısına Etkisi. *Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(2), 71-78.

World Health Organisation (WHO) Coronavirus disease (COVID-19) outbreak webpage (<https://experience.arcgis.com/experience/685d0ace521648f8a5beeeelb9125cd>) [Erişim tarihi: 01 Ağustos 2022]. 2020.

COVID-19 Hastalarında Düşük Ve Yüksek Doz Anakinra Kullanımının Mortalite Üzerine Etkisinin Karşılaştırılması

Döndü GENÇ MORALAR*

Sağlık Bilimleri Üniversitesi

dondugencm@gmail.com

0000-0002-4229-4903

Ülkü Aygen TÜRKMEN

Sağlık Bilimleri Üniversitesi

aygenturkmen@hotmail.com

0000-0002-7280-6420

Osman ÇELİK

Sağlık Bilimleri Üniversitesi

osmancelik92@gmail.com

0000-0003-4325-840X

Serpil ŞEHİRLİOĞLU

Sağlık Bilimleri Üniversitesi

drserpilsahin@hotmail.com

0000-0003-1471-1340

Zuhal ÇAVUŞ

Sağlık Bilimleri Üniversitesi

zuhalcavus@hotmail.com

0000-0002-7588-5240

Veysel DİNÇ

Sağlık Bilimleri Üniversitesi

drvdinc@gmail.com

0000-0003-2718-5212

ÖZ

Amaç: COVID-19'ün ciddi komplikasyonlarından korunmada enflamasyon düzenlemesinin önemli bir rol oynadığı, IL-1/IL-6 yolaklarının merkezi rol oynadığı bilinmektedir. Anakinra, rekombinant bir IL-1 reseptör antagonistidir ve COVID-19 hastalarının tedavisinde kullanılmıştır. Çalışmamızda düşük doz

Makalenin geliş tarihi: 04/09/2023 - Makalenin kabul tarihi: 18/09 /2023

*Sorumlu Yazar: Döndü GENÇ MORALAR

DOI: 10.17932/IAU.ASD.2015.007/asd_v09i3004

ve yüksek doz anakinra kullanan hastaların retrospektif olarak değerlendirilmesi amaçlandı.

Çalışmamızın primer amacı gruplar arasında 28 günlük mortalite oranlarını karşılaştırmaktır, Sekonder amaçlarımız ise yoğun bakım yatış gün sayısı, mekanik ventilasyon gün sayısı ve akut faz reaktanları (C-reaktif protein, D-Dimer, Ferritin, fibrinojen, AST, LDH, lenfosit gibi) üzerine etkisi değerlendirmektir.

Metod: Düşük doz ve yüksek doz anakinra kullanan 42 hastanın 28 günlük mortalite oranları, yoğun bakım yatış gün sayısı, mekanik ventilasyon gün sayısı ve akut faz reaktanları karşılaştırıldı.

Bulgular: Gruplar arasında yaşayan ve ölen hasta sayıları benzerdi. Lökosit ve Hemoglobin dışındaki değerler, hem iki grup arasında hem her iki grup içinde başlangıç ve yedinci gün arasındaki değişim değerlendirildiğinde benzer bulunmuştur.

Sonuç: Sonuç olarak çalışmamızda yüksek doz ve düşük doz anakinra kullanan hastalar karşılaştırılmış her iki tedavi yöntemi ile benzer mortalite oranları görülmüş akut faz reaktanlarında değişimler hemoglobin ve lökosit dışında her iki grupta da benzer bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: *COVID-19, anakinra, CRP, D-Dimer, makrofaj aktivasyon sendromu*

Comparison of the Effects of Low-Dose and High-Dose Anakinra Treatment on Mortality in COVID-19 Patients

ABSTRACT

Objectives: It is well-established that the regulation of inflammation plays a crucial role in protecting against severe complications of COVID-19, with the IL-1/IL-6 pathways having a central role. Anakinra, a recombinant IL-1 receptor antagonist, has been utilized in the treatment of COVID-19 patients. Our study aims to retrospectively evaluate patients receiving low-dose and high-dose anakinra.

The primary objective of our study is to compare the 28-day mortality rates between the two groups. Secondary objectives include assessing the impact on intensive care unit (ICU) length of stay, duration of mechanical ventilation, and acute-phase reactants (such as C-reactive protein, D-Dimer, Ferritin, fibrinogen, AST, LDH, lymphocytes).

Methods: The 28-day mortality rates, ICU length of stay, duration of mechanical ventilation, and acute-phase reactants were compared between 42 patients receiving low-dose and high-dose anakinra.

Results: The numbers of surviving and deceased patients were similar between the groups. With the exception of leukocyte and hemoglobin levels, the values of other parameters showed similar changes within and between both groups at baseline and on the seventh day.

Conclusions: In conclusion, our study observed comparable mortality rates and similar changes in acute-phase reactants, except for hemoglobin and leukocytes, between patients treated with high-dose and low-dose anakinra. Both treatment approaches showed similar efficacy in managing COVID-19 patients.

Keywords: *COVID-19, anakinra, CRP, D-Dimer, macrophage activation syndrome*

GİRİŞ

COVID -19 pandemisi tüm dünyayı etkisi altına almış, hastalığın patogenezi ve tedavisi üzerine bir çok araştırma yapılmıştır.

Sıklıkla solunum sistemini etkilemekte olup, tüm organ sistemlerinde tutulum olabilmekte, hastalığın ilerleyen aşamasında artmış inflamatuvar yanıt gelişen hastaların bir kısmında, sitokin fırtınası ya da makrofaj aktivasyon sendromu (MAS) ile uyumlu bir tablo gelişebilmektedir. İnflamatuvar yanıtın aşırı ve kontrolsüz olmasıyla ortaya çıkan bu durum ölümcül komplikasyonlara neden olabilmektedir. COVID-19 hastalarında makrofaj aktivasyon sendromunda gözlemlendiği gibi pro-inflamatuvar sitokinlerin yükselmiş seviyeleri ve diğer laboratuvar göstergeleri (ferritin, C-reaktif protein (CRP), D-dimer artışı ve lenfopeni gibi) gözlemlenmiştir (Eloseily v.d., 2020).

Yapılan çalışmalarda sistemik inflamasyonun şiddeti, solunum yetmezliği ve mortalite arasında doğrudan bir ilişki olduğunu gösterilmektedir (Zhou F v.d., 2020). COVID-19 tedavisine anti-enflamatuvar ilaçların da eklenmesi hastalarının yönetiminde başarı sağlamaktadır (Bhattacharyya R v.d., 2020). Erken dönemde anti-enflamatuvar bir yaklaşımın akciğer hasarını ve mortaliteyi önlemek için önemli olabileceği belirtilmektedir (Henderson LA v.d., 2020).

Yaygın enflamasyonu önlemek, sitokinlerin tetiklediği bu sürecin önüne geçmek için interlökin antagonistleri tedavide yerini almıştır. Klinikçilerin ve özellikle romatologların deneyimine dayanarak, IL-1 inhibisyonu, sitokin yanıtının düzenlenmesinde kullanılmış, etkinliği ve güvenilirliği gösterilmiştir (Quartier P v.d., 2011; Cavalli G & Dinarello CA., 2018; Monteagudo LA v.d., 2020). COVID-19'ün ciddi komplikasyonlarından korunmada da enflamasyon düzenlenmesinin önemli bir rol oynadığı, IL-1/IL-6 yolaklarının merkezi bir rol oynadığı bilinmektedir.

Yapılan çalışmalarda IL-1 ve IL-6 reseptör antagonistleri karşılaştırılmış ve sonuçlar benzer bulunmuştur (Langer-Gould A v.d., 2020).

Bir başka çalışmada ise yüksek doz anakinra (100 mg günde 4 kez) ile tocilizumab karşılaştırıldığında daha başarılı tedavi sonuçları, iyileştirilmiş P/F oranları, daha düşük ferritin, CRP değerleri bildirilmiştir (Iglesias-Julián E v.d., 2020).

Anakinra, rekombinant bir IL-1 reseptör antagonistidir ve COVID-19 hastalarının tedavisi için umut verici olmuştur (Navarro-Millán I v.d., 2020; Monteagudo LA v.d., 2020). Makrofaj aktivasyon sendromu bulguları gelişen hastalarda, anakinra

tedavisi güvenli bir seçenek olduğu gözlenmiştir. Kısa yarı ömrü (4-6 saat) ve ihtiyaca göre doz (2-10 mg/kg) ve uygulama yolunu (deri altı ya da intravenöz) ayarlama avantajları güvenli bir tedavi olanağı sunmaktadır. Hastanın klinik bulgularının şiddetine göre günde bir ile dört kez 100 mg veya 200 mg subkutan veya intravenöz kullanılabilir. Yanıt alınan hastalarda günlük doz tedricen düşürülebilir ve ihtiyaca göre gereken dozda kullanımı sürdürülebilir.

Literatürde COVID-19 tedavisinde anakinra kullanılmış ve önerilmiştir. Ancak hangi dozda kullanımın daha uygun olacağı ile ilgili çalışma nadirdir. Çalışmamızda düşük doz ve yüksek doz anakinra kullanan hastaları retrospektif olarak değerlendirdik. Çalışmanın primer amacı gruplar arasında 28 günlük mortalite oranlarını karşılaştırmaktır, sekonder amaçlarımız ise yoğun bakım yatış gün sayısı, mekanik ventilasyon gün sayısı ve akut faz reaktanları (C-reaktif protein, D-Dimer, Ferritin, fibrinojen, AST, LDH, lenfosit gibi) üzerine etkisi değerlendirmektir.

YÖNTEM:

Çalışmamız Gaziosmanpaşa Eğitim ve Araştırma hastanesinde, hastanemiz Klinik Araştırmalar Etik Kurul 19.07.2023 tarih, 111 sayılı onayı alınarak yapılmıştır. Çalışmamıza COVID- 19 hastalığı tanısı olan PCR (+), akut hipoksik solunum yetmezliği olan, 18 yaş üzeri, anakinra kullanan, kayıtlarına retrospektif olarak ulaşılabilen hastalar dahil edilmiştir.

Kliniğimizde anakinra tedavisi uygulaması şu şekilde yapılmıştır;

PCR testinin pozitif olması, akut hipoksik solunum yetmezliği ($fiO_2 > 0,8$ iken $SO_2 < \%90$ ise veya 15L/dk rezervuar maske oksijen desteği veya yüksek akışlı nazal kanül ile $< \% 90$ oksijen kullanımı) olması ve akut faz reaktanları yüksek olması (C-reaktif protein ≥ 100 mg / L ve/veya Ferritin ≥ 900 ng / mL) ve/veya ≥ 4 anormal enflamatuvar belirtecin (C-reaktif protein > 70 mg / L, Ferritin > 700 ng / mL, D-dimer > 1000 ng / mL, Trigliseridler > 265 mg / dL, AST > 59 u / L, LDH > 300 IU / L , Lenfopeni < 800 hücre / uL , Nötrofil > 8000 hücre / uL) bulunması

Bakteriyel enfeksiyon olan, prokalsitonin (Pct) değeri yüksek olan (Pct $> 0,5$ ng/ml), immünsüpresif tedavi alan hastalarda anakinra tedavisi uygulanmamıştır. Karaciğer aminotransferaz enzimlerinde normal üst sınırın üç katının üzerinde artış olan, sekonder enfeksiyon gelişen (Pct takiplerinde, Pct $> 0,5$ ng/ml ise) anakinra tedavisi kesilmiştir. Kliniğimizde COVID-19 pandemisi sürecinde anakinra uygulama prosedürümüz bu şekilde idi.

Hastalara anakinra tedavisi yüksek doz (10 mg/kg anakinra 6 saatte bir, intravenöz infüzyon verilen hastalar) ve düşük doz (6 mg/kg anakinra 12 saatte bir iv infüzyon

şekilde verilen hastalar) olmak üzere iki şekilde uygulanmıştır; sırasıyla Grup Y ve Grup D olarak adlandırılmıştır). Üç gün bu şekilde tedavi edilen hastalar tekrar değerlendirilmiş, C-reaktif protein (CRP) değeri % 50 azalma veya ferritin >% 50 ve azalma ve solunum iyileşmesi (PaO₂: FiO₂ >150 mmHg ise) var ise doz azaltılmış, bu kriterler sağlanmamışsa aynı doz devam edilmiştir. Tedavi 7 gün uygulanmıştır. Anakinra uygulaması, 100 ml izotonik içine bir flakon eklenerek ve 1 saatte gidecek şekilde infüzyon halinde verilmiştir.

Çalışmanın primer amacı gruplar arasında 28 günlük mortalite oranlarını karşılaştırmaktır. Sekonder amaçlarımız ise yoğun bakım yatış gün sayısı, mekanik ventilasyon gün sayısı ve akut faz reaktanları (CRP, D-Dimer, Ferritin, fibrinojen, AST, LDH, lenfosit, nötrofil, trombosit, lökosit, hemoglobin gibi) üzerine etkisi değerlendirmektir. Hastalar anakinra uygulanması öncesi değerlendirilmiş ve sonrasında akut faz reaktanları takip edilmiştir. Çalışmamızda başlangıçtaki ve 7. gündeki akut faz reaktanları değerlendirilmiştir. Gruplar arasında ve grup içinde başlangıç seviyesine göre tedavi sonrasında değişim olup olmadığı karşılaştırılmıştır.

İstatistiksel yöntem: Verilerin tanımlayıcı istatistiklerinde ortalama, standart sapma, medyan en düşük, en yüksek, frekans ve oran değerleri kullanılmıştır. Değişkenlerin dağılımı Kolmogorov-Simironov test ile ölçüldü. Nicel bağımsız verilerin analizinde Mann-Whitney u test kullanıldı. Nitel bağımsız verilerin analizinde ki-kare test, ki-kare test koşulları sağlanmadığında Fischer test kullanıldı. Analizlerde SPSS 28.0 programı kullanılmıştır.

BULGULAR:

Çalışmaya dahil edilen 42 hastanın 17'si kadın (40.5%), 25'i erkekti (59.5%). Hastaların yaş ortalaması 64,1±12,8 idi.

Çalışmaya katılan hastaların yoğun bakım yatış gün sayısı 11,3±7,4 idi, mekanik ventilasyon kullanılan gün sayısı 7,1±7,2 idi. Çalışmaya katılan hastaların 10 tanesi (23,8 %) yaşamını kaybetti (Tablo 1).

Tablo 1. Hastaların Sağkalım Oranları, Yoğun Bakım Ve Mekanik Ventilator Gün Sayıları

	Min-Mak		Medyan	Ort±SS/n-%	
Yoğun Bakım Gün Sayısı	1.00	- 33.0	10.0	11.3	± 7.4
Mekanik Ventilasyon Gün Sayısı	0.00	- 31.0	5.0	7.1	± 7.2
Yaşam Durumu	Ölü			32	76.2%
	Yaşiyor			10	23.8%

Düşük doz grubu (Grup D) ve yüksek doz grubu (Grup Y) karşılaştırıldığında gruplar arasında cinsiyet dağılımı, yaş oranı ve yandaş hastalıklar dağılımı anlamlı farklılık göstermemiştir (Tablo 2).

Tablo 2. Gruplara Göre Hastaların Demografik Verileri Ve Yandaş Hastalıkları

		Grup D		Grup Y		p
		Ort.±SS/n-%	Medyan	Ort.±SS/n-%	Medyan	
Cinsiyet	Kadın	7	33.3%	10	47.6%	0.346 X ²
	Erkek	14	66.7%	11	52.4%	
Yaş		64.6 ± 9.5	64.0	63.7 ± 15.7	67.0	0.960 m
Yandaş Hastalıklar						
Var		16	76.2%	18	85.7%	
Yok		5	23.8%	3	14.3%	
Hipertansiyon		12	57.1%	12	57.1%	
Diabetes Mellitus		8	38.1%	7	33.3%	
Koroner Arter Hastalığı		3	14.3%	3	14.3%	
Astım		1	4.8%	1	4.8%	
Kronik Böbrek Yetmezliği		1	4.8%	0	0.0%	
Serebrovasküler Olay		1	4.8%	1	4.8%	
Kanser		1	4.8%	2	9.6%	
Romatoid Artrit		2	4.8%	1	4.8%	
KOAHA		1	9.6%	1	4.8%	
Panik Atak		1	4.8%	1	4.8%	
Hipotroidi		1	4.8%	1	4.8%	
Benign Prostat Hipertrofisi		0	0.0%	1	4.8%	
Epilepsi		0	0.0%	1	4.8%	
Opere Tiroid		0	0.0%	1	4.8%	

X² Ki-kare test / m Mann-Whitney u test

Grup D ve Grup Y arasında yoğun bakım gün sayısı, mekanik ventilasyon gün sayısı benzer bulunmuştur (Tablo 3). Gruplar arasında yaşayan ve ölen hasta sayıları oranı anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermemiştir (Tablo 3).

Tablo 3. Gruplara Göre Hastaların Sağkalım Oranları, Yoğun Bakım Ve Mekanik Ventilatör Gün Sayıları

		Grup D		Grup Y		p	
		Ort.±SS/n-%	Medyan	Ort.±SS/n-%	Medyan		
Yoğun Bakım Gün Sayısı		9.1 ± 5.9	8.0	13.4 ± 8.3	13.0	0.066	m
Mekanik Ventilasyon Gün Sayısı		5.3 ± 5.5	4.0	8.9 ± 8.3	7.0	0.188	m
Yaşam Durumu	Yaşamıyor	18	85.7%	14	66.7%	0.147	X
	Yaşiyor	3	14.3%	7	33.3%		

X² Ki-kare test / m Mann-Whitney u test

Tablo 4. Gruplara Göre Akut Faz Reaktanlarındaki Değişim

		Grup D		Grup Y		p	
		Ort.±SS	Medyan	Ort.±SS	Medyan		
CRP							
Başlangıç		126 ± 68.6	114	132 ± 89.1	108	0.970	m
7.Gün		155 ± 136	104	105 ± 86.2	109	0.327	m
<i>Başlangıç-7.Gün Değişim</i>		29.9 ± 149	37.0	-27.2 ± 114	-10.0	0.333	m
<i>Grup İçi Değişim</i>		0.434	w	0.455	w		
Ferritin							
Başlangıç		1470 ± 1598	950	687 ± 348	610	0.066	m
7.Gün		4981 ± 15742	1347	4093 ± 8821	611	0.273	m
<i>Başlangıç-7.Gün Değişim</i>		3511 ± 15586	35.0	3211 ± 8692	-26.0	0.890	m
<i>Grup İçi Değişim</i>		0.375	w	0.681	w		
D-Dimer							
Başlangıç		3738 ± 9152	1650	1333 ± 679	1160	0.110	m
7.Gün		2133 ± 1347	1800	4030 ± 5563	1480	0.960	m
<i>Başlangıç-7.Gün Değişim</i>		-1605 ± 9564	330	2697 ± 5726	742	0.346	m
<i>Grup İçi Değişim</i>		0.351	w	0.073	w		
AST							
Başlangıç		40.9 ± 22.2	37.0	43.1 ± 27.8	31.0	0.980	m
7.Gün		82.5 ± 110	35.0	223 ± 594	56.0	0.513	m
<i>Başlangıç-7.Gün Değişim</i>		41.6 ± 107	2.0	180 ± 596	11.0	0.513	m

<i>Grup İçi Değişim</i>	0.273	w		0.085	w	
LDH						
Başlangıç	556 ± 200	494	573 ± 273	529	0.880	m
7.Gün	551 ± 207	535	874 ± 1028	538	0.782	m
<i>Başlangıç-7.Gün Değişim</i>	-4.5 ± 299	5.0	300 ± 1029	26.0	0.571	m
<i>Grup İçi Değişim</i>	0.945	w		0.526	w	
Fibrinojen						
Başlangıç	609 ± 154	600	712 ± 180	650	0.089	m
7.Gün	625 ± 228	604	572 ± 209	542	0.358	m
<i>Başlangıç-7.Gün Değişim</i>	15.9 ± 255	-3.0	-141 ± 224	-150	0.058	m
<i>Grup İçi Değişim</i>	0.768	w		0.018	w	
Hemoglobin						
Başlangıç	12.3 ± 1.6	12.7	12.4 ± 1.5	12.1	0.763	m
7.Gün	11.0 ± 2.0	11.7	10.9 ± 1.7	11.0	0.489	m
<i>Başlangıç-7.Gün Değişim</i>	-1.8 ± 2.9	-0.70	-1.5 ± 1.8	-1.4	0.772	m
<i>Grup İçi Değişim</i>	0.004	w		0.002	w	
Lenfosit						
Başlangıç	1136 ± 2520	440	707 ± 311	720	0.116	m
7.Gün	843 ± 566	660	937 ± 1116	500	0.615	m
<i>Başlangıç-7.Gün Değişim</i>	-294 ± 2355	100	230 ± 1068	-90.0	0.529	m
<i>Grup İçi Değişim</i>	0.266	w		0.768	w	
Nötrofil						
Başlangıç	4288 ± 3375	2279	5983 ± 4064	7100	0.333	m
7.Gün	3726 ± 3195	2406	4886 ± 4821	2544	0.870	m
<i>Başlangıç-7.Gün Değişim</i>	-562 ± 3486	122	-1097 ± 4134	-880	0.320	m
<i>Grup İçi Değişim</i>	0.903	w		0.140	w	
Trombosit						
Başlangıç	283 ± 118	253	259 ± 103	262	0.880	m
7.Gün	254 ± 155	228	242 ± 115	251	0.900	m
<i>Başlangıç-7.Gün Değişim</i>	-28.1 ± 145	-35.0	-17 ± 134	-20	0.782	m
<i>Grup İçi Değişim</i>	0.313	w		0.424	w	
Lökosit						
Başlangıç	15870 ± 8436	12950	12063 ± 3905	11530	0.187	m
7.Gün	19133 ± 13160	15110	17810 ± 11488	14130	0.792	m
<i>Başlangıç-7.Gün Değişim</i>	3264 ± 9681	3370	5748 ± 11108	3110	0.763	m
<i>Grup İçi Değişim</i>	0.106	w		0.025	w	

m Mann-Whitney u test / w Wilcoxon test

Grup D ve Grup Y arasında başlangıç, 7.gün Hemoglobin değerleri anlamlı farklılık göstermemiştir. Düşük doz grubunda 7.gün Hemoglobin değeri başlangıca göre anlamlı düşüş göstermiştir ($p < 0.05$). Yüksek doz grubunda 7.gün Hemoglobin değeri başlangıca göre anlamlı düşüş göstermiştir ($p < 0.05$). Grup D ve Grup Y arasında 7.gün Hemoglobin değişim miktarı anlamlı farklılık göstermemiştir (Tablo 4).

Grup D ve Grup Y arasında başlangıç, 7.gün Lökosit değerleri anlamlı farklılık göstermemiştir. Düşük doz grubunda 7.gün Lökosit değeri başlangıca göre anlamlı değişim göstermemiştir. Yüksek doz grubunda 7.gün Lökosit değeri başlangıca göre anlamlı artış göstermiştir ($p < 0.05$). Grup D ve Grup Y arasında 7.gün Lökosit değişim miktarı anlamlı farklılık göstermemiştir (Tablo 4).

Lökosit ve Hb dışındaki değerler, hem iki grup arasında hem her iki grup içinde başlangıç ve 7. gün arasındaki değişim değerlendirildiğinde benzer bulunmuştur.

TARTIŞMA

COVID-19 hastalarında anakinra kullanımı birçok çalışmada önerilmiştir. Ancak klanım dozu ile ilgili yeterli literatür bulunmamaktadır. Yüksek doz ve düşük doz anakinra kullanan hastalar karşılaştırdığımız çalışmamızda her iki tedavi yöntemi ile benzer mortalite oranları görülmüş akut faz reaktanlarında değişimler hemoglobin ve lökosit dışında her iki grupta da benzer bulunmuştur.

Yapılan bir çalışmada 63 anakinra kullanan hasta değerlendirilmiş, günde 3 kez 100 mg kullanılan anakinra tedavisi başarılı bulunmuş ve önerilmiştir (Pontali E v.d., 2021). 69 şiddetli COVID-19 hastası üzerinde anakinra kullanan ve kullanmayan hastalar karşılaştırılmış, anakinra kullanan hastalarda daha az mortalite, daha az mekanik ventilasyon ihtiyacı görülmüştür (Balkhair A, v.d., 2021).

Anakinra kullanan 8 hasta üzerinde yapılan bir çalışmada, hastalarının vazopressör ihtiyacının daha az olduğu görülmüş, solunum fonksiyonları belirgin şekilde iyileşmiştir. Üç hasta hayatını kaybetmesine rağmen, mortalitenin daha düşük olduğu ve COVID-19 hastalarının tedavisinde anakinra kullanımının faydalı olabileceği bildirilmiştir (Dimopoulos G. v.d., 2020).

Yapılan bir başka çalışmada, anakinra kullanan beş hastada, sistemik inflamasyonun hızla azaldığı ve solunum parametrelerinde iyileşme gözlemlendiği, oksijen desteği gereksiniminin azaldığı ve taburcu öncesi çekilen toraks bilgisayarlı tomografisinde belirgin düzelme olduğu belirtilmiştir. Tüm hastaların anakinra başlangıcından 6 ile 13 gün sonra taburcu edildiği, sekonder enfeksiyonlar veya diğer olumsuz olaylar gözlemlenmediği bildirilmiştir (Pontali E v.d., 2020).

Bir başka çalışmada akut hipoksemik solunum yetmezliği başlangıcından sonraki ilk 36 saat içinde anakinra tedavisine başlanan hastaların yedisinde mekanik ventilasyona ihtiyaç duyulmamış, tüm hastalar evlerine taburcu edilmiştir. Akut hipoksemik solunum yetmezliği başlangıcından 4 gün sonra anakinra başlanan dört hastada mekanik ventilasyon gerekmiştir. Bunlardan 3 hasta ekstübe edilebilmiş, 1 hasta hayatını kaybetmiştir. Kriterleri karşılayan ancak anakinra almayan 3 hastaya da mekanik ventilasyon gerekmiş, iki hasta ekstübe edilmiş, bir hasta mekanik ventilasyon desteği devam etmiştir. Yazarlar anakinra tedavisinin erken başlanmasını önermişlerdir (Navarro-Millán I v.d., 2020).

Yapılan bir başka çalışmada yüksek doz anakinra başlanan 59 hasta ile 57 kontrol grubu hastası retrospektif olarak karşılaştırılmış, hafif ve orta şiddette COVID-19 hastalarında sonuçları iyileştirmedeği bildirilmiştir (CORIMUNO-19 Collaborative group, 2021).

Bizim çalışmamızda düşük doz ve yüksek doz anakinra kullanan hastalar karşılaştırılmış, 28 günlük mortalite oranları benzer bulunmuştur.

Bizim çalışmamızdan farklı olarak Cavalli ve ark. (Cavalli G et al., 2020) yaptıkları çalışmada 29 COVID-19 hastasını retrospektif olarak analiz etmişler. Yüksek doz anakinra (günde iki kez intravenöz olarak 5 mg/kg) alan hastalarda sağkalım %90, düşük doz anakinra alan grupta (günde iki kez subkutan olarak 100 mg) ise sağkalımın %56 olduğunu belirtmişler, yüksek doz anakinra alan grupta daha yüksek sağkalım olduğunu bildirmişlerdir.

Bir başka çalışmada yoğun bakıma kabul edilen ve ventilatör desteği gerektiren ciddi COVID-19 enfeksiyonu olan dört hastanın tümünde, hiperferritinemi, artan oksijen gereksinimleri ve sekonder bakteriyel enfeksiyonlar ile kötüleşme görülmüştür. Anakinra başlandıktan sonra, hastalarda ventilasyon desteğinde ve inotropik destekte azalma ile klinik olarak ve inflamatuvar belirteçlerde hızlı iyileşme görülmüştür (Clark K.E.N v.d., 2020).

Ciddi solunum yetmezliği ve sistemik inflamasyon ile başvuran COVID-19 ile ilişkili pnömoniye sahip 22 hastanın retrospektif değerlendirildiği bir çalışmada, tek başına standart bakım tedavisi alan 10 hasta ile intravenöz anakinra ile kombine edilerek tedavi edilen 12 hasta karşılaştırılmış. Anakinra ile tedavi edilen tüm hastaların klinik olarak iyileştiği, oksijen gereksinimlerinde azalma olduğu, invaziv mekanik ventilasyon olmadan geçen gün sayısını arttığı, 3. günde ateş ve CRP değerlerinde azalma görüldüğü bildirilmiştir (Cauchois R.v.d.,2020).

Guan ve ark. (Guan WJ v.d., 2020) yaptıkları çalışmada D-dimer, ferritin, CRP ve Pct gibi belirteçlerin anakinra tedavisi ile azaldığını bildirmişlerdir.

Bizim çalışmamızda ise düşük ve yüksek doz anakinra başlanan hastalarda CRP, ferritin, D-Dimer, fibrinojen, hemoglobin, lenfosit, lökosit, nötrofil, trombosit, AST, LDH değerleri karşılaştırılmış ve her iki grup benzer bulunmuştur. Ayrıca hastalarda anakinra başlamadan önce ve başladıktan bir hafta sonraki değişimlere bakılmış, hemoglobin ve lökosit dışında anakinra tedavisinden bir hafta sonrasındaki değerlerde anlamlı değişim görülmemiştir.

Çalışmanın limitasyonu çalışma retrospektif ve az sayıda hasta üzerinde yapılmıştır ancak COVID-19 pandemisi süreci değerlendirildiğinde çalışmanın sonuçlarının literatüre katkı sağlayacak olduğunu düşünmekteyiz.

Anakinra ile hastalar başarı ile tedavi edilmiş mortalite oranları literatüre göre daha düşük bulunmuştur. Çalışmamızda yüksek doz ve düşük doz anakinra kullanan hastalar karşılaştırılmış, akut faz reaktanlarında değişimler hemoglobin ve lökosit dışında her iki grupta da benzer bulunmuştur. Sonuç olarak her iki tedavi yöntemi ile de benzer mortalite oranları görülmüş, yüksek doz ve düşük doz kullanımının tedavide birbirine üstünlüğü görülmemiştir.

Etik kurul: Gaziosmanpaşa Eğitim ve Araştırma hastanesinde, Klinik Araştırmalar Etik Kurul'unun 19.07.2023 tarih, 111 sayılı onayı alınarak yapılmıştır.

Çıkar çatışması yoktur.

Yazar katkısı:

Fikir/kavram: DGM

Tasarım: DGM, ÜAT

Denetleme/danışmanlık: ÜAT

Veri toplama ve/veya işleme: SGM, SŞ, ZÇ, OÇ

Analiz ve/veya yorum: DGM, ÜAT, VD

Kaynak taraması: DGM, OÇ, SŞ, ZÇ, VD

Makalenin yazımı: DGM, ÜAT

Eleştirel inceleme: DGM, ÜAT

KAYNAKLAR

Balkhair A, Al-Zakwani I, Al Busaidi M, et. al.(2021). Anakinra in hospitalized patients with severe COVID-19 pneumonia requiring oxygen therapy: Results of a prospective, open-label, interventional study. *Int J Infect Dis*, 103:288-296. doi: 10.1016/j.ijid.2020.11.149.

Bhattacharyya R, Iyer P, Phua GC, Lee JH. (2020). The Interplay Between Coagulation and Inflammation Pathways in COVID-19-Associated Respiratory Failure: A Narrative Review. *Pulm Ther*, 6(2),215-231. doi: 10.1007/s41030-020-00126-5.

Cauchois R, Koubi M, Delarbre D, et. al.(2020). Early IL-1 receptor blockade in severe inflammatory respiratory failure complicating COVID-19. *Proc Natl Acad Sci U S A*, 11;117(32), 18951-18953. doi: 10.1073/pnas.2009017117.

Cavalli G, Dinarello CA. (2018). Anakinra Therapy for Non-cancer Inflammatory Diseases. *Frontiers in pharmacology*, 9,1157.

Cavalli, G., De Luca, G., Campochiaro, C., et al. (2020). Interleukin-1 blockade with high-dose anakinra in patients with COVID-19, acute respiratory distress syndrome, and hyper-inflammation: a retrospective cohort study. *Lancet Rheumatol*. [https://doi.org/10.1016/S2665-9913\(20\)30127-2](https://doi.org/10.1016/S2665-9913(20)30127-2).

Clark, K. E. N., Collas, O., Lachmann, H., Singh, A., Buckley, J., & Bhagani, S. (2020). Safety of intravenous anakinra in COVID-19 with evidence of hyperinflammation, a case series. *Rheumatology advances in practice*, 4(2), rkaa040.

CORIMUNO-19 Collaborative group (2021). Effect of anakinra versus usual care in adults in hospital with COVID-19 and mild-to-moderate pneumonia (CORIMUNO-ANA-1): a randomised controlled trial. *The Lancet. Respiratory medicine*, 9(3), 295–304.

Dimopoulos, G., de Mast, Q., Markou, N., et. a. (2020). Favorable Anakinra Responses in Severe Covid-19 Patients with Secondary Hemophagocytic Lymphohistiocytosis. *Cell host & microbe*, 28(1), 117–123.e1.

Eloseily EM, Weiser P, Crayne CB, et al. (2020). Benefit of Anakinra in Treating Pediatric Secondary Hemophagocytic Lymphohistiocytosis. *Arthritis & Rheumatology*, 72(2), 326-334

Guan, W.J., Ni, Z.Y., Hu, Y., Liang, W.H., Ou, C.Q., He, J.X., Liu, L., Shan, H., Lei, C.L., Hui, D.S.C., et al.; China Medical Treatment Expert Group for Covid-19 (2020). Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 in China. *N. Engl. J. Med*, 382, 1708–1720.

Henderson LA, Canna SW, Schulert GS, Volpi S, Lee PY, Kernan KF, et al. (2020). On the alert for cytokine storm: immunopathology in COVID-19 [published online ahead of print April 15, 2020, *Arthritis Rheumatol*, <https://doi.org/10.1002/art.41285>.

Iglesias-Julián E, López-Veloso M, de-la-Torre-Ferrera N, et al. (2020). High dose subcutaneous Anakinra to treat acute respiratory distress syndrome secondary to cytokine storm syndrome among severely ill COVID-19 patients. *J Autoimmun*, 115:102537.

Langer-Gould A, Smith JB, Gonzales EG, Castillo RD, Figueroa JG, Ramanathan A, Li BH, Gould MK. (2020). Early identification of COVID-19 cytokine storm and treatment with anakinra or tocilizumab. *Int J Infect Dis*, 99:291-297. doi: 10.1016/j.ijid.2020.07.081.

Monteagudo, L. A., Boothby, A., & Gertner, E. (2020). Continuous Intravenous Anakinra Infusion to Calm the Cytokine Storm in Macrophage Activation Syndrome. *ACR open rheumatology*, 2(5), 276–282.

Navarro-Millán I, Sattui SE, Lakhanpal A, Zisa D, Siegel CH, Crow MK. (2020) Use of Anakinra to Prevent Mechanical Ventilation in Severe COVID-19: A Case Series. *Arthritis Rheumatol*, 72(12):1990-1997. doi: 10.1002/art.41422.

Pontali E, Volpi S, Antonucci G, et. al. (2020). Safety and efficacy of early high-dose IV anakinra in severe COVID-19 lung disease. *J Allergy Clin Immunol*, 146(1):213-215. doi: 10.1016/j.jaci.2020.05.002.

Pontali E, Volpi S, Signori A, et. al. (2021). Efficacy of early anti-inflammatory treatment with high doses of intravenous anakinra with or without glucocorticoids in patients with severe COVID-19 pneumonia. *J Allergy Clin Immunol*, 147(4):1217-1225. doi: 10.1016/j.jaci.2021.01.024.

Quartier P, Allantaz F, Cimaz R, et al. (2011). A multicentre, randomised, double-blind, placebo controlled trial with the interleukin-1 receptor antagonist anakinra in patients with systemic onset juvenile idiopathic arthritis (ANAJIS trial). *Ann Rheum Dis*, 70(5), 747-754

Zhou F, Yu T, Du R, Fan G, Liu Y, Liu Z, et al. (2020) .Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. *Lancet*,395,1054-62.

Çocuk Merkezli Oyun Terapisinin Öfke Problemi Olan Çocuklar Üzerindeki Etkisi

Perihan ŞENSOY*

İstanbul Aydın Üniversitesi,
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Aile Danışmanlığı Bölümü
perihansensoy@stu.aydin.edu.tr
ORCID:0000-0002-5761-0737

Melek İPEK

Öğr. Üyesi Dr. İstanbul Aydın Üniversitesi,
Sosyal Hizmetler Bölümü
melekippek@aydin.edu.tr
ORCID:0000-0002-2955-5048

ÖZ

Çocuk Merkezli Oyun Terapisi yöntemi 3-13 yaş arası çocukların duygusal, bilişsel, davranışsal ve akademik gelişimlerini destekleyen ve geliştiren bir terapi yöntemidir. Oyun, çocukların tüm duygu ve düşüncelerini kelimeler olmadan ifade ettikleri en doğal iletişim yoludur. Oyun çocuğun dili, oyuncaklar ise kelimeleridir. Çocuklar tüm iç dünyalarını oyun yoluyla ifade ederler. Çocuklar farklı güçlüklerle baş etmek için terapistle kurdukları iyi ilişki ve kabul edici ortamla potansiyellerindeki gücü açığa çıkarır ve iyileşmeye başlarlar. Bu çalışmada da öfke problemi olan çocuklara uygulanan Çocuk Merkezli Oyun Terapi yönteminin öfke problemi belirtilerini azaltmadaki etkisi incelenmiştir. Çalışmanın örneklemini, İstanbul'da ikamet eden, ailelerinden onay alınmış ve bir Psikolojik Danışmanlık Merkezinden destek almakta olan 5-10 yaş arası çocuklar oluşturmaktadır. Araştırmanın deney grubunu öfke belirtileri olan 4 gönüllü çocuk, kontrol grubunu da öfke belirtileri olmayan 4 gönüllü çocuk oluşturmaktadır. Bu süreçte araştırmacı 12 hafta boyunca deney ve kontrol grubundaki çocuklara haftada bir defa, 45 dakikalık çocuk merkezli oyun terapisi uygulamıştır. Terapi öncesinde ve sonrasında çocukların öfke durumları Sürekli Öfke-Öfke Tarz Ölçeği (SÖÖTÖ) ile ölçülmüştür. Araştırma sonunda ebeveynlerin bildirimleri ve ölçek sonuçlarına bakılarak öfke problemi ölçümlerinde anlamlı iyileşmeler olduğu belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Çocuk Merkezli Oyun Terapisi, sürekli öfke-öfke tarz ölçeği, oyun terapisi öfke problemi.

Makalenin geliş tarihi: 08/02/2023 - Makalenin kabul tarihi: 22/09/2023

*Sorumlu Yazar: Perihan ŞENSOY

DOI: 10.17932/IAU.ASD.2015.007/asd_v09i3005

The Effect Of Preschool Children’s Attachment Styles on Emotion Regulation And Interpersonal Problem-Solving Skills

ABSTRACT

Child-Centered Play Therapy is a therapy method that supports and improves the emotional, cognitive, behavioral and academic development of children aged 3-13. Play is a child’s language, and toys are like a child’s words. Children express their inner world through play. Play is the most natural way of communication in which children express all their feelings and thoughts without words. Children show their potential and begin to heal with the good relationship and accepting environment they set up with the therapist to cope with different difficulties. In this study, the effect of Child Centered Play Therapy method applied to children with an anger problem in reducing anger problem symptoms is investigated. The sample of this study consists of children aged 5-10 years who applied to the Hera Psychological Counseling Center in Istanbul, with permission from their families. The research was carried out by forming a control group of 4 volunteer children with anger symptoms and 4 volunteer children without anger symptoms. In this process, the therapist applied child-centered play therapy to each of the 4 children for 12 weeks, for a 45-minute session once a week. Before and after the therapy, the anger status of the children was measured with the Trait Anger and Anger Expression Scale. This study showed that there were significant improvements in anger problem measures based on parental reports and scale results.

Keywords: *Child-centered Play Therapy, Trait Anger and Anger Expression Scale, play therapy, anger problem.*

GİRİŞ

Öfke insanın doğduğu andan itibaren var olan en temel ve en doğal duygularından biridir. Öfkenin ortaya çıkabilmesi ve fark edilmesi için bazı bileşenlerin varlığına ihtiyaç vardır. Bu bileşenler kişinin hayal kırıklığına uğraması ya da engellenmesidir. Öfkenin insan yaşamında koruyucusu bir işlevi de vardır. Öfkeli durumlarda duygumuzu sözel olarak ifade edip anlaşılabilir olmak önemlidir. Bu yaklaşım karşı tarafın bizi anlayıp, bize karşı davranışlarını düzenlemesini sağlar. Böylelikle, hem kişi kendini hem de karşısındaki kişiyi ya da kişileri tehlikelerden korumuş olmaktadır. Öfke hayatta kalabilmek ve harekete geçmemizi sağlayabilmek için var olan en güçlü duygularımızdan biridir. Öfkenin temelinde her zaman güçlü bir sebep vardır. Bu sebepler iç dünyamıza etki edebilecek şekilde ya bize doğrudan aksettirilen davranışlar, sözler olabilir ya da dolaylı bir şekilde dış dünyadan gelen sözler ve davranışlar tetikleyici bir konuma sahip olabilir. Engellenme, anlaşılmadığını hissetme, duyguların bastırılması vb. sebepler öfkenin ortaya çıkmasındaki en büyük tetikleyicilerden biri olabilmektedir.

Çocuklar öfke duygusunu tanıyabilmek ve onlarda uyandırdığı hissi anlayabilmek için bunu en yakınları tarafından olumsuz davranışlar sonucunda deneyimleyebilmektedir. Sevginin, ilginin ve sıcaklığın az olduğu aile ortamlarında temel duygusal gereksinimi karşılanmayan çocuklarda, aile üyelerine karşı öfke duygusu hissedilebilir. Çocuğa verilen sözlerin tutulmaması, ebeveyni tarafından gerekli ilginin gösterilmemesi ve akranlarının güvensiz tavırları öfkenin temelini oluşturabilmektedir. Öfkenin hem yetişkinlerde hem de çocuklarda yıkıcı etkileri vardır. Bu yıkıcı etkiler çocuk ve ergenlerde kimlik gelişiminin olduğu dönemde, kendini daha güçlü ve etkili bir şekilde gösterebilir ve kişiliğın oluşumunda olumsuz etki yaratabilir. Öfke dış dünya ve iç dünyadaki olumsuz deneyimlerin hissettirdikleri ile kendini ruhsal yapıdaki değişimlerin ya dışa vurulması ile ya da içe atılan güçlü bir duygu olarak kendini gösterebilir. Öfkeli ve saldırgan tavırlar sergileyen çocuklar, yaşamlarının çoğu alanında güçlükler yaşar ve bu güçlüklerin daha da derinleşmemesi için erken müdahale yapılması oldukça önem taşır. İlişkilerinin düzenlenmesi, öfkenin altındaki duygusal ihtiyacın anlaşılması ve öfkenin yerine geçecek sağlıklı davranış biçimlerinin şekillendirilmesi gerekir (Ahabab,2019). Çocuk Merkezli Oyun Terapisi, öfke problemi yaşayan çocuklarda etkin bir müdahale yöntemidir (Ray, 2009).

Çoğu zaman çocuklarının öfkeleriyle baş etmekte güçlük yaşayan ebeveynler çocuklarını terapiye getirmektedir. Çocukların öfke problemlerine yönelik çeşitli müdahale teknikleri mevcuttur. Bunlar; Farmakolojik Tedavi, Bilişsel

Davranışçı Terapi ve çocuklar için Oyun Terapisi yöntemleridir. Uygulanan tedavi müdahaleleriyle hedef, hiç öfkelenmemek ya da öfkeyi bastırmak değil bu duyguyu en doğru ve sağlıklı bir şekilde göstermektir. Müdahale yöntemleriyle kontrol altına alınan öfke benlik saygısını, bilişsel esnekliği, sosyal yetkinliği vb. kişiliğin önemli parçalarının olumlu yönde düzenlenmesine etki etmiştir. Bu araştırmanın amacı; Öfke problemi yaşayan 5-10 yaş arasındaki çocuklara uygulanan Çocuk Merkezli Oyun Terapisinin öfke duygusunu çocukların deneyimleyip, düzenlemedeki etkisi incelenmiştir.

Yetişkinler için öfke problemlerinde kullanılan birçok tedavi yöntemi mevcuttur. Ancak çocuklar da bu durum duygu ve düşüncelerini kelimelerle ifade edemedikleri için tedaviyi zora sokmaktadır. Oyun terapisi, çocuklarla onların en etkili iletişim şekilleri olan oyun aracılığı ile çalışmak için tasarlanmış bir yöntemdir. Oyun çocuğun en doğal iletişim aracıdır, somut deneyimler ile soyut düşünceler arasında bir köprüdür. Oyun çocuğun içsel bir motivasyonudur(Axline,1969). “İnsanın içinde kendini iyileştirme gücü vardır. Oyun terapisiyle çocuğun içindeki bu güç açığa çıkar. İyileştiren biz değiliz biz yalnızca vasıtayız”

Oyun terapisi ve oyun terapisi yöntemleriyle yani oyunun gücüyle çocukların hayatlarında yaşadıkları birçok problemin üstesinden geldikleri araştırmalarla kanıtlanmış durumdadır. Bu çalışmada da birçok patolojide olumlu etkisi görülen Çocuk Merkezli Oyun Terapisi yönteminin, öfke problemi olan çocukları iyileştiriciliği üzerinde durulan etkili bir bilimsel çalışma olacaktır. İyileştirmeye birlikte yaşamlarının başlangıçlarında olan çocuklar için ileride doğacak birçok sıkıntının da önüne geçilmiş olacaktır.

Öfkenin Sebepleri

Doğduğumuz andan itibaren sahip olduğumuz en doğal duygulardan birisi öfkedir. İnsan hayatının devamlılığı için öfke önemli bir duygudur. Bu sebeple öfke normal bir duygudur ve iyi bir şekilde yönetebilmek önemlidir. Öfke iyi bir şekilde yönetildiğinde insan için faydalı ve sağlıklı bir duygu haline gelir. Bu sebeple birey hem kendisini hem de karşısındaki kişiyi, öfke yüzünden ortaya çıkabilecek tehlikelerden korumuş olur. Aksi takdirde iyi yönetilmediğinde öfke birey için tehlikeli bir duygu haline gelebilir. Öfkenin sağlıklı bir şekilde yönetilebilmesi için öncelikle kabullenilmesi, tanınması, bastırılmaması, inkâr edilmemesi ve kontrollü bir şekilde ifade edilmesi gerekir. Öfkenin oluşmasına neden olan içsel ve dışsal sebepler mevcuttur. İçsel sebepler kişinin kendiliğiyle alakalı olan durumlardır ve kaynağı şunlardır; Anlaşılammamak, hayal kırıklığı, merak, üzüntü, kıskançlık, yalnızlık ve sıkıntı gibi duygulardır. Bu duyguların

birikmesiyle öfke ortaya çıkmaktadır. Dışsal sebepler ise cinsel saldırı, tehdit, adaletsizliğe uğrama, düş kırıklığı, darp ve yaralanma vb. nedenlerdir.

Öfkenin Boyutları

Öfkenin fiziksel, davranışsal ve bilişsel boyutları mevcuttur. Fiziksel tepkiler vücudumuzda gerçekleşen değişimlerdir. Uyuşma, boğulma hissi, kasların gerginleşmesi, ağzın kuruması, terleme, yüz ifadelerin değişmesi vb. öfkenin fizyolojik tepkilerindedir. Bir olay karşısında her birey farklı tepkiler verir, bireyin olaylara karşı öfke tepkisi vermesini sağlayan şey bunları yorumlama şeklindedir. Bunları çocukluktan bu yana getirdiğimiz inançlarımızla değerlendirir ve yorumlarız. Öfkenin davranışsal boyutu ise öfke sonucu verdiğimiz olumlu ya da yıkıcı başa çıkma tepkileridir. Öfkenin duygusal, bilişsel ve davranışsal boyutları etkileşim halindedir ve karşılıklı olarak birbirlerini etkilemektedirler (Ahabab,2019).

Öfke ve Çeşitleri

Öfke maskelenmiş, kronik ve patlayıcı öfke olarak üç gruba ayrılır. Maskelenmiş öfke pasif agresif ve kendine yöneltilen öfke olarak ikiye ayrılır. Pasif agresifte kişi öfkesini yerinde ve yeterince ifade edemeyip pasif kalır. Daha sonra öfkesini çevresindeki kişilere kırıcı davranarak gösterir. Kendine yöneltilen öfkede kişi tüm sorumluluğu kendisine atfeder ve kendisini suçlar. Patlayıcı öfkede kendi içinde ani öfke, utanca dayalı öfke ve planlanmış öfke olarak üçe ayrılır. Utanç duygusu ile ortaya çıkan öfkede, kişi baş etmekte zorlandığı durum karşısında öfkelenir. Utanç duygusunu kapatmak ya da göstermemek için öfkeyi kullanır. Öfkesinin farkında olan ve yönlendiren kişi, öfke durumunu belirli bir olay karşısında kurgulayarak dışa vurur. Kişi öfkesini hayatındaki olaylara yön vermek ve kontrol edebilmek için kullanmaya başlar. Spielberg (1995)'e göre kronik öfke alışkanlık yapmış öfke (uzun süre öfkeli geçirilen sürenin kronikleşmesi) ve korku bazlı öfke (nedeni belli olmayan sebeplerden dolayı yaşanan öfke) olmak üzere iki alt başlığa ayrılır.

Çocukluk Çağı Öfke Problemi Tedavisi

Öfke herkes gibi çocuklarda da bebeklik döneminden itibaren başlar. Çocukların yaşamlarının ilk yıllarındaki öfkenin kaynağı genellikle fiziksel bazı uyarılardan dolayı hissettikleri rahatsızlıklardır. Çocuklar yollarına çıkan en ufak engellerde, konuşmayı tam olarak öğrenemedikleri için isteklerini ifade edemedikleri durumlarda, engellendiklerinde, ayrımcılığa uğradıklarında, gereğinden fazla cezalandırıldıklarında ve gereğinden fazla ihanete uğradıklarında öfkelenirler.

Çocuklarda öfkenin bir de saldırganlık boyutu vardır. Çocuklarda öfkenin saldırganlık boyutuna gelmesini pekiştirme, taklit etme etkiler. Eğer aile problem çözmek için çözüm yolu olarak öfkeyi ve saldırganlığı kullanırsa çocuk da aynısını taklit eder ve aile bu yaklaşımı pekiştirirse çocuk da pekiştirir. Çocuk da yaşadığı problemleri çözmek için saldırganca davranışlara baş vurabilir. Akranları, kendinden küçükler ile olsun yaşadığı problemlerde çözümü saldırgan davranışlar ile arar. Bunlar dışında da çocuk bir travma yaşamışsa bu travma da çocuk da öfke ve saldırganlığın oluşmasına neden olabilir. Çocukların öfke problemlerine yönelik çeşitli müdahale teknikleri mevcuttur. Bunlar; Farmakolojik Tedavi, Bilişsel Davranışçı Terapi ve çocuklar için Oyun Terapisi yöntemleridir. Antidepresan ilaçlar uyum ve davranış problemleri, depresyon, uyku, ve unutkanlık gibi birçok güçlüğün çözümünde kullanılan farmakolojik yaklaşımlardan biridir. Birçok problemin çözümünde kullanılan ilaçlar öfke probleminin çözümünde de yararlanılan bir yöntemdir. Bilişsel davranışçı terapilerle bireyin sahip olduğu ve örüntüsü haline gelen duygu, düşünce ve davranış üçgenleri fark ettirilir ve bunların işlevsel olamayan yönleri yeniden düzenlenir. Farklı türleri olan oyun terapileri yöntemi öfke problemi yaşayan çocuklarda etkin kullanılan bir yöntemdir ve etkililiği araştırmalarda kanıtlanmaktadır.

Oyun Terapisi Tarihsel Gelişimi

Batı dünyası çocukları aciz, kabiliyetsiz ve oyun oynama ihtiyacı gibi özel ihtiyaçlara sahip kişiler olarak görmüştür (Hugnes,2010). Hristiyanlığın doğuşuyla her çocuğun tanrı tarafından verilen eşsiz bir ruha sahip olduğu inancı doğmuştur. Çocuğun bireysel değerine karşı artan inanç anne ve babaların çocuklarının oyunlarında yetişkin rehberliğine ve gözetimine ihtiyaç duyduğu görüşünü ortaya çıkartmıştır. Çocuğun oyunu, faydalı ve verimli etkinliklere yönlendirilmiştir.

17. ve 18. Yüzyıllarında Hristiyanlık İngiltere’de Protestanlığın doğmasına yol açmıştır. Bu dönem oyunun boş ve olumsuz güdülerle dolu olduğu inancını taşımıştır. İngiliz John Locke (1632-1704) çocuğu boş bir levha yani Tabula rasa olarak tanımlamıştır. Çocuğun oyunlarının tamamen ebeveyn tarafından yönlendirilmesi gerektiği düşünülmüştür. Kısacası 18.yüzyılın ortalarından sonlarına kadar oyun bastırılmıştır. Fransa’da Jean Jacques Rousseau; Emile ya da Eğitim Üzerine (1762) isimli romanını yayınlamıştır. Rousseau, çocuğa olumlu bir doğa sunma, bu sunumla çocuğun erdem ve iyilik özelliklerini kazanıp, geliştirebileceğine inanmaktaydı. Yetişkin gözetiminin az olması ve çocuğun doğal olarak hareket etme ihtiyacının olduğunu ifade etmiştir. Çocuğun oyununu, onu bir birey olarak kabul etme ve bunu takdir etmenin bir parçası olarak görmüştür.

Bu görüş İtalya’da Maria Montessori (1870-1852) ile oyunun , gerçek yaşamı öğretmede bir araç olarak görülmesi ve eğitim ile bütünleştirilmesi ile kendini göstermiştir. Almanya’da Friedrich Froebel (1782-1852) oyunu bir öğrenme aracı olarak savunduğu için bir anaokulu sistemi kurmuştur (Ray, 2011) 19.yüzyılın başı çocukluk dönemi gelişiminin ayrı bir dönemi kabul edilmiştir. Çocuklar, saf ve her şeyi algılayabilecek canlılar olarak görülmüştür fakat yetişkin sorumluluğu da verilmemesi gerekir düşüncesi ile çocuklara yaklaşılmıştır. Herkesin sağlıklı iş gücü olarak görüldüğü ve bir tarım toplumu olan Eski Amerika’da da . Çocuklar, fiziki anlamda iş yapabilir algısı ile hareket edilmiş olsa da 19. yüzyılın ikinci yarısında, çocukların oyun ile büyüüp, gelişebileceğine dair görüşler ile oyunla ilgili profesyonel görüşler artmıştır. Çocuk ile ilgili çalışmalar yapan uzmanlar, ebeveynlik ve çocuk gelişimi üzerine el kitapları yayınlamıştır. Herbert Spencer (1820-1903), oyunun son derece gelişmiş sinir sistemleri tarafından uyarılan ve evrimsel olarak üst türlerde gelişen fazla enerjiden kaynaklandığını savunmuştur. Bunu Fazla Enerji Tüketimi Kuramı olarak adlandırmıştır. G. Stanlet Hall, çocuk gelişimiyle ilgilenen ilk Amerikan psikologlarından biridir. Çocukların oyun yoluyla içgüdülerini sergilediklerini savunur. Çocuk psikolojisi akımının öncülerinden olmuştur. Çocukluk dönemi oyunlarının insan gelişimi ve ilerlemesinin özeti olduğunu düşünür (Bakay, 2017)

Crosswell’in 1896 yılında, 2000 okul çağı çocuk ile yaptığı anket çalışmasında, görev olmayan, okul ya da yetişkin denetimi olmadan oynanan özgür ve yapılandırılmamış oyunların çocukların boş zamanları için en faydalı oyun olduğunu bulmuştur. 20.yüzyıl çocukluk dönemini insan gelişiminin eşsiz ve ayrı bir dönemi kabul eden çocuk merkezli bir devirdir.

Oyun Terapisi Türleri

Oyun Terapisi Türlerini, Yapılandırılmış Oyun Terapisi(Bilişsel-Davranışçı Oyun Terapisi, Serbest Bırakma Oyun Terapisi, Kum Oyunu Terapisi/Kum Tepsisi), Yapılandırılmamış Oyun Terapisi (Çocuk Merkezli Oyun Terapisi) ve Aile Oyun Terapisi (Ebeveyn- Çocuk İlişisini Güçlendiren Yaklaşım) olarak üçe ayırmak mümkündür.

Yönlendirici oyun terapisinde, yönlendirme yapılarak, yapı oluşturarak ve sık sık yorumlar yapılarak çocuğun oyununda aktif ve öncü rol oynamaktadır. Yapılandırılmamış oyun terapisinde, Çocuk Merkezli Oyun Terapisinde; Terapist yapı oluşturmaz, araya girmez ve çocuğun kendisini yönlendirmesine izin verir. Aile Oyun terapisi yaklaşımda da hedef ebeveyn-çocuk ilişkisini desteklemek ve problemlili davranışlar için beceriler kazandırmaktır.

Çocuk Merkezli Oyun Terapisi

Duygusal ve davranışsal güçlükleri olan 3-13 yaş çocuklara uygulanan yapılandırılmamış oyun terapi türüdür. ÇMOT'deki temel inanç, çocukların yaşadığı güçlükleri çözmede kendi öz yeterliliklerini arttırma, sorunları çözme ve öz güvene ulaşmada doğuştan sahip oldukları kapasitelerini ortaya çıkarmayı sağlamadır. Çocukla ilişki kurma sanatıdır. Oyun terapisinde oyuncaklar çocukların kelimeleri ve oyundaki aktiviteler ise dilidir. Yetişkinler için psikoterapi neyse çocuklar içinde oyun terapisi odur. Çocuklara iç dünyalarını anlatma fırsatı verir. Çocuklar dünyalarında neler olup bittiğiyle ilgili iletişimi oyun yoluyla kurar. Oyunda iç gerçeklik ile dış gerçeklik birleşir ve ortaya bir ürün (oyun) çıkar. Terapist onu alır, dönüştürür ve danışana tekrar verir. Danışan özümser ve yeniden yapılandırır. 10-15 seansta, danışmanlık talep edilen güçlük çözülür. 5-6 seans güven-ilişki kurma seanslarıdır. Bazı danışanlarda 1 yıl ve fazlası da sürebilir.

Araştırmanın Hipotezi

Araştırmanın iki temel hipotezi bulunmaktadır. Bunlardan birincisi Çocuk Merkezli Oyun Terapisi çocuklarda görülen öfke problemlerinin ortadan kaldırılmasında etkilidir. İkincisi ise Çocuk Merkezli Oyun Terapisi öncesi ve sonrası çocukların öfke problemi puanları anlamlı bir farklılık göstermektedir.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın yürütülmesi ve uygulanması aşamasında bazı sınırlılıklar yaşanmıştır. Araştırma terapiyi uygulayan terapistin tek terapistin olması ve araştırmanın sonuçları veri toplama aracı olarak kullanılan ölçeğin verileri ile sınırlıdır.

Araştırmanın Varsayımları

Araştırmada kullanılan ölçeğin ölçülmek istenilen kavramı ölçtüğü varsayılmıştır. Katılımcıların anket formunu doldururken gerçeği yansıtan cevaplar verdiği varsayılmıştır. Terapiyi uygulayan psikoloğun Çocuk Merkezli Oyun Terapisi ilkelerine uygun bir şekilde seansların yapılandırıldığı varsayılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Yapılan çalışma yarı deneysel desende tasarlanmış öncesi-sonrası çalışmasıdır ve önceden toplanan veriler analiz edilmiştir. Araştırmada örneklem grubunu Çocuk Merkezli Oyun Terapisi uygulanan 4 çocuk danışan ve oyun terapisi uygulanmayan 4 gönüllü çocuk danışan oluşturmaktadır. Öfke belirtileri olan 4

gönüllü çocuk danışan ve öfke belirtileri olmayan 4 gönüllü çocuk danışan kontrol grubu oluşturularak araştırma yapılmıştır. Bu süreçte terapist 8 çocuğun her birine 12 haftalık, haftada bir 45 dakikalık seans olmak üzere Çocuk Merkezli Oyun Terapisi uygulamıştır. Araştırma süresince terapötik işleyiş ile ilgili süpervizyon desteği alınmıştır. Araştırma kapsamında öfke problemi sebebiyle psikolojik danışmanlık merkezlerine başvuran çocuklara, anne-babalarının onayları dahilinde Çocuk Merkezli Oyun Terapisi uygulanmıştır. Terapi öncesinde ve sonrasında çocukların öfke durumları Sürekli Öfke-Öfke Tarz Ölçeği (SÖÖTÖ) ile ölçülmüştür. Araştırma öncesinde çocuklar ve ebeveynler ile ilgili demografik bilgilerin olduğu formlar çocuklar ve ebeveynleri tarafından doldurulmuştur.

Etik

Bu araştırma için İstanbul Aydın Üniversitesi Etik Komisyonu'ndan etik izin alınmıştır. Araştırmada Çocuk Merkezli Oyun Terapisi uygulanacak olan çocukların onayı için ailelerinden onam formu imzalamaları istenmiştir.

Araştırmanın Örnekleme

Araştırmada örneklem sayısı öfke problemi sebebiyle danışmanlık merkezine başvurmuş ve Oyun Terapisi uygulanmış 4 danışandan ve öfke problemi olmayan 4 gönüllü çocuktan oluşmuştur. Araştırmaya katılan çocukların hepsi İstanbul'da, İstanbul'un farklı ilçelerinde ikamet etmektedir. Araştırmaya katılan deney grubundaki çocukların 1 tanesi kız, 3 tanesi de erkektir. Terapiler 2020 yılı içinde gerçekleştirilmiştir. Terapiler, oyun terapisi konusunda eğitilmiş olan araştırmacının kendisi tarafından yapılmıştır. Terapilerin en kısısı 8 seans, en uzun olanı ise 15 seans sürmüştür.

Araştırmanın Veri Toplama Yöntemi

Araştırmaya katılan çocuklara Çocuk Merkezli Oyun Terapisi uygulanmadan önce ve uygulandıktan sonra Sürekli Öfke-Öfke Tarz Ölçeği (SÖÖTÖ), çocuk ve ebeveynler hakkında bilgilerin olduğu ve ebeveynlerin doldurduğu demografik bilgiler formu verilmiştir. Ölçek ve formlar doldurulduktan sonra değerlerin hesaplanması ve değerlendirilmesi yapılmıştır. Araştırmada anket veri toplama tekniği kullanılmıştır.

Sürekli Öfke-Öfke Tarz Ölçeği (SÖÖTÖ)

Araştırmada aslı Jacobs, Russel ve Crane (1988) tarafından geliştirilen "Sürekli Öfke-Öfke İfade Tarz Ölçeği" (Trait Anger and Anger Expression Scale) kullanılmıştır. Ölçeğin güvenilirlik ve geçerlik çalışmaları Özer tarafından 1994 yılında gerçekleştirilmiştir. Ölçek 4'lü likert tipi olup 34 maddeden oluşmaktadır

ve ölçeğin 3 alt ölçeği bulunmaktadır. Katılımcıların ebeveynlerine “Sizi ne Kadar Tanımlıyor?” sorusu yöneltilmiş ve bu kapsamda ebeveynlerden “Hiç tanımlamıyor”, “Biraz tanımlıyor”, “Oldukça tanımlıyor” ve “Tümüyle tanımlıyor” şeklinde yanıt vermeleri istenmiştir. İstenen yanıtların puan değerleri 1, 2, 3, 4 şeklindedir. Öfke kontrol alt ölçeği puanları 11, 14, 18, 21, 25, 28, 30 ve 34 no’lu maddelerin puanlarının toplanmasıyla; öfke içte alt ölçeği puanı, 13, 15, 16, 20, 23, 26, 27 ve 31 no’lu maddelerin puanlarının toplanmasıyla; öfke dışı alt ölçeği puanı, 12, 17, 19, 22, 24, 29, 32 ve 33 no’lu maddelerin puanlarının toplanmasıyla elde edilmektedir.

Araştırma Verilerinin Analiz Yöntemi

Araştırma verilerinin analizi için SPSS 21 paket programı kullanılmıştır. Demografik bilgilerin analizi için frekans analizi yöntemi kullanılmıştır. Deney ve kontrol grubundaki her bir katılımcının terapi öncesi ve sonrasında öfke durumlarını analizi için Paired Sample t-Test uygulanmıştır. Sonuçlarda istatistiksel anlamlılık için $p < 0,05$ saptanması anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

Araştırmaya 1 kız (%25) ve 3 erkek (%75) olmak üzere toplam 4 kişi katılmıştır. Katılımcıların yaşları incelendiğinde, 5 yaşında olan 1 kişi (%25), 6 yaşında olan 2 kişi (%50,0) ve 7 yaşında olan 1 kişi (%25,0) olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların ailelerinin medeni durumu incelendiğinde, 4 kişinin olduğu (%100,0) olduğu tespit edilmiştir. “Aile üyelerinde öfke problemi olan var mı?” sorusuna 2 kişi (%50) evet ve 2 kişi ise (%50) hayır yanıtını vermiştir. Evet yanıtını veren katılımcılarda “Çocuğunuz buna şahit oldu mu?” sorusu incelenmiştir ve “Çocuğunuz buna şahit oldu mu?” sorusuna 2 kişi (%50) evet, 2 kişi (%50) hayır yanıtını vermiştir. “Daha önce depresyon tedavisi gördünüz mü?” sorusuna 4 kişi (%100) hayır yanıtını vermiştir. “Çocuk yetiştirme yönelik eğitim aldınız mı?” sorusuna 4 kişi (%100) hayır yanıtını vermiştir. Katılımcıların eğitim durumu incelendiğinde, lise mezunu 1 kişi (%25) ve lisans mezunu 3 kişi (%75) olduğu tespit edilmiştir. “Çocuğunuz daha önce psikiyatri desteği aldı mı” sorusuna 4 kişi (%100) hayır yanıtını vermiştir. “Çocuğunuz daha önce psikoterapi desteği aldı mı?” sorusuna 4 kişi (%100) hayır yanıtını vermiştir. Sosyodemografik değişkenler tablo 1’de gösterilmiştir

Tablo 1. Kontrol Grubu Sosyodemografik Değişkenler İçin Sayı ve Yüzde Dağılımının İncelenmesi

Değişkenler		Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet	Kız	1	25,0
	Erkek	3	75,0
Yaş	5	1	25,0
	6	1	25,0
	7	1	25,0
	8	1	25,0
Medeni Durum	Evli	4	100,0
Aile Üyelerinde Öfke Problemi Olan Var mı	Hayır	4	100,0
Evet ise Çocuğunuz Buna Şahit Oldu mu	Hayır	4	100,0
Daha Önce Depresyon Tedavisi Gördünüz Mü	Hayır	4	100,0
Çocuk Yetiştirmeye Yönelik Eğitim Aldınız mı	Hayır	4	100,0
Eğitim Durumu	Lise	1	25,0
	Lisans	3	75,0
Çocuğunuz Daha önce Psikiyatri Desteği Aldı mı	Hayır	4	100,0
Çocuğunuz Daha Önce Psikoterapi Aldı mı	Hayır	4	100,0

Tablo 2. Deney Grubunda Bulunan 1'inci ÇMOT Öncesi ve Sonrasındaki Değerler için Bağımlı Örnek t-Testi Analizi ile Karşılaştırılması

Ölçek		Ortalama	n	Standart Sapma	Standart Hata	t	Serbestlik Derecesi	p
Sürekli Öfke	Terapi Öncesi	2,50	1	0,527	0,167	4,583	9	0,001
	Terapi Sonrası	1,80	1	0,422	0,133			
Öfke Kontrol	Terapi Öncesi	1,88	1	0,354	0,125	-4,965	7	0,002
	Terapi Sonrası	3,00	1	0,535	0,189			
Öfke İçte	Terapi Öncesi	1,75	1	0,707	0,250	-1,357	7	0,217
	Terapi Sonrası	2,38	1	1,061	0,375			
Öfke Dışa	Terapi Öncesi	2,75	1	,886	0,313	0,357	7	0,732
	Terapi Sonrası	2,63	1	1,061	0,375			

* p<0,05; ** p<0,05

Terapi öncesi Sürekli Öfke toplam puanı ile terapi sonrası Sürekli Öfke toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır; $t(9)=4,583;p<0,05$. Terapi öncesi Sürekli Öfke toplam puan ortalaması, terapi sonrası Sürekli Öfke toplam puan ortalamasından daha fazladır.

Terapi öncesi Öfke Kontrol toplam puanı ile terapi sonrası Öfke Kontrol toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır; $t(7)= -4,965;p<0,05$. Terapi sonrası Öfke Kontrol toplam puan ortalaması, terapi öncesi Öfke Kontrol toplam puan ortalamasından daha fazladır.

Terapi öncesi Öfke İçte toplam puanı ile terapi sonrası Öfke İçte toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur; $t(7)=-1,357;p>0,05$.

Terapi öncesi Öfke Dışa toplam puanı ile terapi sonrası Öfke Dışa toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur; $t(7)=0,357;p>0,05$.

Tablo 3. Deney Grubunda Bulunan 2. Katılımcının ÇMOT Öncesi ve Sonrasındaki Değerler için Bağımlı Örnek t-Testi Analizi ile Karşılaştırılması

Ölçek		Ortalama	n	Standart Sapma	Standart Hata	t	Serbestlik Derecesi	p
Sürekli Öfke	Terapi Öncesi	2,70	1	0,483	0,153	4,583	9	0,001
	Terapi Sonrası	2,00	1	0,000	0,000			
Öfke Kontrol	Terapi Öncesi	2,13	1	0,354	0,125	-1,871	7	0,104
	Terapi Sonrası	2,63	1	0,518	0,183			
Öfke İçte	Terapi Öncesi	1,13	1	0,354	0,125		7	1,000
	Terapi Sonrası	1,13	1	0,354	0,125			
Öfke Dışa	Terapi Öncesi	2,75	1	1,035	0,366	2,646	7	0,033
	Terapi Sonrası	2,25	1	1,165	0,412			

Terapi öncesi Sürekli Öfke toplam puanı ile terapi sonrası Sürekli Öfke toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır; $t(9)=4,583;p<0,05$. Terapi öncesi Sürekli Öfke toplam puan ortalaması, terapi sonrası Sürekli Öfke toplam puan ortalamasından daha fazladır.

Terapi öncesi Öfke Kontrol toplam puanı ile terapi sonrası Öfke Kontrol toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur; $t(7)=-1,871;p>0,05$.

Terapi öncesi Öfke İçte toplam puanı ile terapi sonrası Öfke İçte toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur; $p>0,05$.

Terapi öncesi Öfke Dışa toplam puanı ile terapi sonrası Öfke Dışa toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır; $t(7)=2,646;p<0,05$. Terapi

öncesi Öfke Dışa toplam puan ortalaması, terapi sonrası Öfke Dışa toplam puan ortalamasından daha fazladır.

Tablo 4. Deney Grubunda Bulunan 3. Katılımcının ÇMOT Öncesi ve Sonrasındaki Değerler için Bağımlı Örnek t-Testi Analizi ile Karşılaştırılması

Ölçek		Ortalama	n	Standart Sapma	Standart Hata	t	Serbestlik Derecesi	p
Sürekli Öfke	Terapi Öncesi	2,70	1	0,483	0,153	3,857	9	0,004
	Terapi Sonrası	1,80	1	0,422	0,133			
Öfke Kontrol	Terapi Öncesi	2,13	1	0,354	0,125	-3,862	7	0,006
	Terapi Sonrası	3,00	1	0,535	0,189			
Öfke İçte	Terapi Öncesi	1,13	1	0,354	0,125	-2,826	7	0,026
	Terapi Sonrası	2,25	1	1,035	0,366			
Öfke Dışa	Terapi Öncesi	2,75	1	1,035	0,366	0,683	7	0,516
	Terapi Sonrası	2,50	1	1,069	0,378			

Terapi öncesi Sürekli Öfke toplam puanı ile terapi sonrası Sürekli Öfke toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır; $t(9)=3,857;p<0,05$. Terapi öncesi Sürekli Öfke toplam puan ortalaması, Terapi sonrası Sürekli Öfke toplam puan ortalamasından daha fazladır.

Terapi öncesi Öfke Kontrol toplam puanı ile terapi sonrası Öfke Kontrol toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır; $t(7)=-3,862;p<0,05$. Terapi sonrası Öfke Kontrol toplam puan ortalaması, terapi öncesi Öfke Kontrol toplam puan ortalamasından daha fazladır.

Terapi öncesi Öfke İçte toplam puanı ile terapi sonrası Öfke İçte toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır; $t(7)=-2,826;p<0,05$. Terapi sonrası Öfke İçte toplam puan ortalaması, terapi öncesi Öfke İçte toplam puan ortalamasından daha fazladır.

Terapi öncesi Öfke Dışa toplam puanı ile terapi sonrası Öfke Dışa toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur; $t(7)=0,683;p>0,05$.

Tablo 5. Deney Grubunda Bulunan 4. Katılımcının ÇMOT Öncesi ve Sonrasındaki Değerler için Bağımlı Örnek t-Testi Analizi ile Karşılaştırılması

Ölçek		Ortalama	n	Standart Sapma	Standart Hata	t	Serbestlik Derecesi	p
Sürekli Öfke	Terapi Öncesi	2,50	1	0,527	0,167	3,000	9	0,015
	Terapi Sonrası	2,00	1	0,000	0,000			
Öfke Kontrol	Terapi Öncesi	1,88	1	0,354	0,125	-4,583	7	0,003
	Terapi Sonrası	2,63	1	0,518	0,183			
Öfke İçte	Terapi Öncesi	1,75	1	0,707	0,250	2,049	7	0,080
	Terapi Sonrası	1,38	1	0,518	0,183			
Öfke Dışa	Terapi Öncesi	2,75	1	0,886	0,313	2,376	7	0,049
	Terapi Sonrası	2,13	1	0,991	0,350			

Terapi öncesi Sürekli Öfke toplam puanı ile terapi sonrası Sürekli Öfke toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır; $t(9)=3,000;p<0,05$. Terapi öncesi Sürekli Öfke toplam puan ortalaması, terapi sonrası Sürekli Öfke toplam puan ortalamasından daha fazladır.

Terapi öncesi Öfke Kontrol toplam puanı ile terapi sonrası Öfke Kontrol toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır; $t(7)=-4,583;p<0,05$. Terapi sonrası Öfke Kontrol toplam puan ortalaması, terapi öncesi Sürekli Öfke toplam puan ortalamasından daha fazladır.

Terapi öncesi Öfke İçte toplam puanı ile terapi sonrası Öfke İçte toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur; $t(7)=2,049;p>0,05$.

Terapi öncesi Öfke Dışa toplam puanı ile terapi sonrası Öfke Dışa toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır; $t(7)=2,376;p<0,05$. Terapi öncesi Öfke Dışa toplam puan ortalaması, terapi sonrası Öfke Dışa toplam puan ortalamasından daha fazladır.

Tablo 1. Kontrol Grubu Sosyodemografik Değişkenler İçin Sayı ve Yüzde Dağılımının İncelenmesi

Değişkenler		Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet	Kız	1	25,0
	Erkek	3	75,0
Yaş	5	1	25,0
	6	1	25,0
	7	1	25,0
	8	1	100,0
Medeni Durum	Evli	4	100,0
Aile Üyelerinde Öfke Problemi Olan Var mı	Hayır	4	100,0
Evet İse Çocuğunuz Buna Şahit Oldu Mu	Hayır	4	100,0
Daha Önce Depresyon Tedavisi Gördünüz Mü	Hayır	4	100,0
Çocuk Yetiştirmeye Yönelik Eğitim Aldınız mı	Hayır	4	100,0
Eğitim Durumu	Lise	1	25,0
	Lisans	3	75,0
Çocuğunuz Daha Önce Psikiyatri Desteği Aldı mı	Hayır	4	100,0
Çocuğunuz Daha Önce Psikoterapi Aldı mı	Hayır	4	100,0

Araştırmaya 1 kız (%25) ve 3 erkek (%75) olmak üzere toplam 4 kişi katılmıştır. Katılımcıların yaşları incelendiğinde, 5 yaşında olan 1 kişi (%25), 6 yaşında olan 1 kişi (%25,0), 7 yaşında olan 1 kişi (%25,0) ve 8 yaşında olan 1 kişi (%25,0) olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların ailelerinin medeni durumu incelendiğinde, 4 kişinin olduğu (%100,0) olduğu tespit edilmiştir. ‘‘Aile üyelerinde öfke problemi olan var mı?’’ sorusuna 4 kişi (%100) hayır yanıtını vermiştir. ‘‘Aile üyelerinde öfke problemi olan var mı?’’ sorusuna evet cevabı veren katılımcılara ‘‘Çocuğunuz buna şahit oldu mu?’’ sorusu sorulmuştur. ‘‘Çocuğunuz buna şahit oldu mu?’’ sorusuna 4 kişi (%100) hayır yanıtını vermiştir. ‘‘Daha önce depresyon tedavisi gördünüz mü?’’ sorusuna 4 kişi (%100) hayır yanıtını vermiştir. ‘‘Çocuk yetiştirme yönelik eğitim aldınız mı?’’ sorusuna 4 kişi (%100) hayır yanıtını vermiştir. Eğitim durumu incelendiğinde, lise mezunu 1 kişi (%25) ve lisans mezunu 3 kişi (%75) tespit edilmiştir. ‘‘Çocuğunuz daha önce psikiyatri desteği aldı mı?’’ sorusuna 4 kişi (%100) hayır yanıtını vermiştir. ‘‘Çocuğunuz daha önce psikoterapi desteği aldı mı?’’ sorusuna 4 kişi (%100) hayır yanıtını vermiştir.

Tablo 2. Kontrol Grubunda Bulunan 1. Katılımcının ÇMOT Öncesi ve Sonrasındaki Değerler için Bağımlı Örnek t-Testi Analizi ile Karşılaştırılması

Ölçek		Ortalama	n	Standart Sapma	Standart Hata	t	Serbestlik Derecesi	p
Sürekli Öfke	Terapi Öncesi	1,50	1	0,527	0,167	1,500	9	0,168
	Terapi Sonrası	1,30	1	0,483	0,153			
Öfke Kontrol	Terapi Öncesi	3,00	1	0,000	0,000	1,528	7	0,170
	Terapi Sonrası	2,75	1	0,463	0,164			
Öfke İçte	Terapi Öncesi	1,00	1	0,000	0,000	-1,000	7	0,351
	Terapi Sonrası	1,13	1	0,354	0,125			
Öfke Dışa	Terapi Öncesi	1,63	1	0,916	0,324	-2,049	7	0,080
	Terapi Sonrası	2,00	1	0,756	0,267			

Terapi öncesi Sürekli Öfke toplam puanı ile terapi sonrası Sürekli Öfke toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur; $t(9)=1,500;p>0,05$.

Terapi öncesi Öfke Kontrol toplam puanı ile terapi sonrası Öfke Kontrol toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur; $t(7)=1,528;p>0,05$.

Terapi öncesi Öfke İçte toplam puanı ile terapi sonrası Öfke İçte toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur; $t(7)=-1,000;p>0,05$.

Terapi öncesi Öfke Dışa toplam puanı ile terapi sonrası Öfke Dışa toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur; $t(7)=-2,049;p>0,05$.

Tablo 3. Kontrol Grubunda Bulunan 2. Katılımcının ÇMOT Öncesi ve Sonrasındaki Değerler için Bağımlı Örnek t-Testi Analizi ile Karşılaştırılması

Ölçek		Ortalama	n	Standart Sapma	Standart Hata	t	Serbestlik Derecesi	p
Sürekli Öfke	Terapi Öncesi	2,10	1	0,568	0,180	3,000	9	0,015
	Terapi Sonrası	1,60	1	0,516	0,163			
Öfke Kontrol	Terapi Öncesi	2,38	1	0,518	0,183	-1,426	7	0,197
	Terapi Sonrası	2,75	1	0,463	0,164			
Öfke İçte	Terapi Öncesi	1,75	1	0,463	0,164	2,049	7	0,080
	Terapi Sonrası	1,38	1	0,518	0,183			
Öfke Dışa	Terapi Öncesi	2,00	1	0,000	0,000	3,416	7	0,011
	Terapi Sonrası	1,38	1	0,518	0,183			

Terapi öncesi Sürekli Öfke toplam puanı ile terapi sonrası Sürekli Öfke toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır; $t(9)=3,000;p<0,05$. Terapi öncesi Sürekli Öfke toplam puan ortalaması, Terapi sonrası Sürekli Öfke toplam puan ortalamasından daha fazladır.

Terapi öncesi Öfke Kontrol toplam puanı ile terapi sonrası Öfke Kontrol toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur; $t(7)=-1,426;p>0,05$.

Terapi öncesi Öfke İçte toplam puanı ile terapi sonrası Öfke İçte toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur; $t(7)=2,049;p>0,05$.

Terapi öncesi Öfke Dışa toplam puanı ile terapi sonrası Öfke Dışa toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır; $t(7)=3,000;p<0,05$. Terapi öncesi Öfke Dışa toplam puan ortalaması, terapi sonrası Öfke Dışa toplam puan ortalamasından daha fazladır.

Tablo 4. Kontrol Grubunda Bulunan 3. Katılımcının ÇMOT Öncesi ve Sonrasındaki Değerler için Bağımlı Örnek t-Testi Analizi ile Karşılaştırılması

Ölçek		Ortalama	n	Standart Sapma	Standart Hata	t	Serbestlik Derecesi	p
Sürekli Öfke	Terapi Öncesi	1,13	1	0,354	0,125	1,000	9	0,351
	Terapi Sonrası	1,00	1	0,000	0,000			
Öfke Kontrol	Terapi Öncesi	1,88	1	0,835	0,295	1,000	7	0,351
	Terapi Sonrası	1,75	1	0,707	0,250			
Öfke İçte	Terapi Öncesi	2,50	1	0,926	0,327	1,528	7	0,170
	Terapi Sonrası	2,25	1	0,886	0,313			
Öfke Dışa	Terapi Öncesi	1,88	1	0,835	0,295	1,000	7	0,351
	Terapi Sonrası	1,63	1	0,744	0,263			

Terapi öncesi Sürekli Öfke toplam puanı ile terapi sonrası Sürekli Öfke toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur; $t(9)=1,000;p>0,05$.

Terapi öncesi Öfke Kontrol toplam puanı ile terapi sonrası Öfke Kontrol toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur; $t(7)=1,000;p>0,05$.

Terapi öncesi Öfke İçte toplam puanı ile terapi sonrası Öfke İçte toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur; $t(7)=1,528;p>0,05$.

Terapi öncesi Öfke Dışa toplam puanı ile terapi sonrası Öfke Dışa toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur; $t(7)=1,000;p>0,05$.

Tablo 5. Kontrol Grubunda Bulunan 4. Katılımcının ÇMOT Öncesi ve Sonrasındaki Değerler için Bağımlı Örnek t-Testi Analizi ile Karşılaştırılması

Ölçek		Ortalama	n	Standart Sapma	Standart Hata	t	Serbestlik Derecesi	p
Sürekli Öfke	Terapi Öncesi	1,38	1	0,518	0,183	1,000	9	0,351
	Terapi Sonrası	1,25	1	0,463	0,164			
Öfke Kontrol	Terapi Öncesi	1,75	1	0,886	0,313	-0,552	7	0,598
	Terapi Sonrası	1,63	1	0,744	0,263			
Öfke İçte	Terapi Öncesi	2,25	1	1,035	0,366	1,000	7	0,351
	Terapi Sonrası	2,13	1	0,991	0,350			
Öfke Dışa	Terapi Öncesi	1,63	1	0,744	0,263	1,528	7	0,170
	Terapi Sonrası	1,38	1	0,744	0,263			

Terapi öncesi Sürekli Öfke toplam puanı ile terapi sonrası Sürekli Öfke toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur; $t(9)=1,000;p>0,05$.

Terapi öncesi Öfke Kontrol toplam puanı ile terapi sonrası Öfke Kontrol toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur; $t(7)=0,552;p>0,05$.

Terapi öncesi Öfke İçte toplam puanı ile terapi sonrası Öfke İçte toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur; $t(7)=1,000;p>0,05$.

Terapi öncesi Öfke Dışa toplam puanı ile terapi sonrası Öfke Dışa toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur; $t(7)=1,528;p>0,05$.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu çalışmada Çocuk Merkezli Oyun Terapisinin 5-10 yaş arasında öfke problemi olan çocukların üzerindeki etkisi incelenmiştir. Bu doğrultuda 4 öfke problemi olan ve 4 öfke problemi olmayan çocuğa Çocuk Merkezli Oyun terapisi uygulanmıştır. Bu süreçte terapist 8 çocuğun her birine 12 haftalık haftada bir 45 dakikalık seans olmak üzere çocuk merkezli oyun terapisi uygulamıştır. Terapi öncesinde ve sonrasında çocukların öfke durumları Sürekli Öfke Ve Öfke Tarz Ölçeği (SÖÖTÖ) ile ölçülmüştür. Araştırmaya katılan çocukların 2'si kız 6'sı erkektir. Terapiler 2020 yılı içinde gerçekleştirilmiştir. Terapiler, oyun terapisi konusunda eğitilmiş olan araştırmacının kendisi tarafından yapılmıştır. Terapilerin en kısıası 8 seans, en uzun olanı ise 15 seans sürmüştür.

Öfke yaşanılan 7 temel duygudan bir tanesidir ve dönem dönem yaşamı zora sokabilmektedir. Araştırma yapılan yaş grubunda ise öfke daha çok fiziksel tepki olarak ifade edilmektedir. Oyun terapisi yöntemiyle öfkelerini tanıyıp, kabul eden

çocuklar bu duyguyu işlememektedir. Terapiyle kendilik algıları değişmekte ve çocuklar duygularının kontrolünü sağlayabilmektedirler.

Çocuk Merkezli Oyun Terapisi, terapist ile çocuk arasındaki koşulsuz ilişkiye odaklanarak, çocukların kendi dünyalarını keşfetmek için onlarda var olan potansiyeli ortaya çıkarmalarına yardımcı, büyümelerini destekleyici gelişimsel olan uygun bir müdahale yöntemidir. (Landreth, 2012; Bratton, 2005). Deney grubundaki 4 katılımcıda ile Çocuk Merkezli Oyun Terapisinin öncesi ve sonrası, Sürekli Öfke Ölçeği değerlerinde istatistiksel olarak anlamlı bir düşüş gözlemlenmiştir. 4 katılımcı da terapi sonrasında, terapi öncesine göre sürekli öfke ortalamalarında düşüş yaşamışlardır. Öfke kontrol alt ölçeği sonuçlarına bakıldığı zaman öfke problemi olan 4 çocuktan 3'ünün Çocuk Merkezli Oyun Terapisi öncesi ve sonrası değerlerinde istatistiksel olarak anlamlı bir artış gözlemlenmiştir. Terapi sonrasında öfke problemi olan çocuklar duygularını fark edip, daha iyi düzenleyebilmişlerdir. Anderson ve Gedo (2013)'nun yaptıkları vaka çalışmasında dil problemi sebebiyle kendilerini çok iyi ifade edemeyen çocukların daha öfkeli oldukları ve öfkelerini kontrol etmekte zorlandığı görülmektedir. Yapılan oyun terapisiyle birlikte dil güçlüğü çözülen çocukta öfke düzeyin de düştüğü gözlemlenmiştir. Öfkenin içe atıldığı alt ölçeğe bakıldığı zaman deney grubundaki 4 katılımcıdan 2'sinin, Çocuk Merkezli Oyun Terapisi sonrası değerlerinde artış gözlemlenmiştir. Bu deney grubundaki çocukların yarısında, Öfke İçte alt ölçeğindeki değerlerindeki artış, öfkenin hemen dışa vurulmasından ziyade duygu düzenlenmesi için içe atıldığını göstermektedir. Öfkenin dışa atıldığı alt ölçeğe bakıldığı zaman deney grubundaki 4 katılımcıdan 2'sinin, Çocuk Merkezli Oyun Terapisi sonrası değerlerinde azalma gözlemlenmiştir. Bu deney grubundaki çocukların yarısının, Öfke Dışta alt ölçeğindeki değerlerindeki düşüş, öfkenin sözel ve davranışsal ifade edilmesinde çocuklardaki iyileşmeyi göstermektedir. Buna karşın bu çalışmada kontrol grubunda bulunan çocuklarda ÇMOT öncesi ve sonrası Sürekli Öfke Ölçeği diğerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir düşüş gözlemlenmemiştir. Öfke problemi olmayan çocuklar üzerinde oyun terapisi yöntemi, çocukların öfkelerinde anlamlı bir düşüş sağlayamamıştır. 4 katılımcıdan birisinde sürekli öfke ve öfke dışa vurulması alt ölçeğinden aldığı ortalamada anlamlı bir düşüş gözlemlenmiştir. Bu katılımcının duygularını daha iyi kontrol ettiğin, öfkesini daha az dışa vurduğunu göstermektedir.

Bu çalışma, ruh sağlığı ve duygu durumlarında ÇMOT'un etkililiğini göstermesi açısından alandaki diğer çalışmalara katkı sağlayacaktır. Öfkenin çocukluk çağı döneminde bir problem olması ve bunun ileride de saldırganlığa dönüşebilmesi, toplumun ve bireyin ruh sağlığı açısından tehlikelidir.

ÇMOT yöntemiyle amaç diğer problemlerde de olduğu gibi öfke probleminin de

sağaltımını sağlamaktır. İlerleyen çalışmalarda daha fazla katılımcının ve daha fazla çocukluk çağı problemlerinin dahil edildiği araştırmalara yer verilebilir.

Etik Komite Onayı: Bu araştırma için İstanbul Aydın Üniversitesi Etik Komisyonu'ndan etik izin alınmıştır. Araştırmada Çocuk Merkezli Oyun Terapisi uygulanacak olan çocukların onayı için ailelerinden onam formu imzalamaları istenmiştir.

Yazar Katkısı:

Perihan Şensoy: Araştırma tasarımı, literatür tarama, veri toplama ve makale yazımı

Melek İpek: Eleştirel inceleme ve danışmanlık.

KAYNAKLAR

- Ahbab(2019). Öfke Problemi Olan Çocuklarda Çocuk Merkezli Oyun Terapisinin Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2019.
- Axline, M.V (2019). Oyun Terapisi, Çev. Misli Baydoğan, Ankara, Panama Yayıncılık.
- CANDAN, S.(2017). 3-10 Yaş Arası Gelişimsel Problemleri Olan Çocuklarda Çocuk Merkezli Oyun Terapisinin Etkisinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü.
- Crenshaw, D.A, Stewart ve A.L(2017). Oyun Terapisi Kapsamlı Teori ve Uygulama Rehberi, Çev. D. Nesrin Bıyıklı ve Büke Tuncel, İstanbul, Apamer Psikoloji Yayınları.
- Landreth, G.L Ray, D.C , Bratton, ve S.C (2009). Play Therapy In Elementary Schools. Psychology In the Schools, 46 (3), s.281-289.
- Öğretir, A.D (2008). Oyun ve Oyun Terapisi, Gazi Üniversitesi Endüstriyel Sanatlar Eğitim Fakültesi Dergisi, Sayı 22, s. 94-100.
- Özer, A. Kadir (1994). Sürekli Öfke Ve Öfke İfade Tarzı Ölçeklerinin Ön Çalışması, Türk Psikoloji Dergisi, Cilt 9, Sayı 31, s. 26-35.
- Özmen, A. Kadir (2006). Öfke Sorunu Yaşayan Çocuklara Yönelik Uygulamalar. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi, Cilt 39, Sayı 1, s. 135-144.
- Ray, D. C (2019). İleri Düzey Oyun Terapisi, Çev. Duygu Olgaç, İstanbul, Pinhan Yayıncılık. Teber, M (2015). Gençlik, Oyun ve Oyun Terapisi. Gençlik Araştırmaları Dergisi, Cilt 3, Sayı 3,s.1-12.
- Yanıt, E.(2020). Çocuğumu Benden Alın! Sınır Koyma Probleminin Çocuk Merkezli Oyun Terapisi İle Sağaltımı. Türkiye Bütüncül Psikoterapi Dergisi, Cilt 3, Sayı 5, s. 35-48.

Evaluation Of An Individual Diagnosed With Acute Renal Failure According To Marjory Gordon's Functional Health Patterns Model: A Case Report

İlknur YÜCEL*

İstanbul Gelişim Üniversitesi
Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu
i.yucel084@gmail.com
ORCID : 0000-0002-2189-6876

Kübra İNCİRKUŞ

Trakya Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü
kubraincirkus@trakya.edu.tr
ORCID : 0000-0002-1721-7236

ABSTRACT

Introduction: Acute renal failure is a progressive kidney disease observed in regulating the fluid-electrolyte balance of the kidney and metabolic-endocrine functions as a result of the decreased glomerular filtration value. As a result of the deterioration in patients' fluid-electrolyte balance, symptoms and findings such as sleep disturbance, coma, stupor, malnutrition pulmonary edema, cardiovascular disorders, skin changes, and decreased skin turgor can be commonly observed (Altınparmak et al., 2012; Uysal&Karataş, 2017). It is highly important for the success of the treatment that the nurse, who plays an important role in implementing the treatment and maintaining the care, deals with the patient holistically and meets the needs of the patient physically, psychologically, socially, and mentally in light of a model. In this case report, a patient diagnosed with «Acute Renal Failure» was examined on the basis of Marjory Gordon's «Functional Health Patterns,» and it was aimed to make a nursing care plan by making use of the nursing diagnoses in the North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) classification system.

Makalenin geliş tarihi: 03/05/2023 - Makalenin kabul tarihi: 25/08/2023
*Sorumlu Yazar: İlknur YÜCEL
DOI: 10.17932/IAU.ASD.2015.007/asd_v09i2006

Case: The patient is 79 years old, female, married, and has three children. The patient, who is a primary school graduate and a housewife, lives in a metropolis with her children. The patient, who was diagnosed with hepatitis C-associated liver cirrhosis in 1994, underwent liver transplantation from a cadaver in a university hospital in 1998. The patient presented to a university hospital with more than 10 defecations per day, nausea, and pain in the right posterior quadrant.

Conclusion: Patient care is extremely important in the nursing profession. Planning the patient's care according to M. Gordon's Functional Health Patterns Model and conducting data analysis in line with the model's sub-dimensions were observed to solve the patient's problems in a short time, and nursing care was provided to the patient in a systematic manner.

Keywords: *Nurse, Acute Renal Failure, Functional Health Pattern, Care Pla*

Akut Böbrek Yetmezliği Tanılı Bireyin Marjory Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli'ne Göre Değerlendirilmesi: Olgu Sunumu

ÖZET

Giriş: Akut böbrek yetmezliği; glomerüler filtrasyon değerinin azalması sonucunda böbreğin sıvı-elektrolit dengesini ayarlama ve metabolik-endokrin fonksiyonlarında meydana gelen ilerleyici bir böbrek hastalığıdır. Hastaların sıvı-elektrolit dengesinde meydana gelen bozulma sonucunda uyku bozukluğu, koma, stupor, beslenme bozukluğu, pulmoner ödem, kardiyovasküler rahatsızlıklar, cilt değişiklikleri, cilt turgorunda azalma gibi belirti ve bulgular yaygın olarak görülebilmektedir. Tedavinin uygulanması ve bakımın sürdürülmesinde önemli rol üstlenen hemşirenin, hastayı bir bütün olarak ele alması, bir model ışığında fiziksel, ruhsal, sosyal ve zihinsel yönden hasta gereksinimlerini karşılaması tedavi başarısı açısından oldukça önemlidir. Bu olgu sunumunda 'Akut Böbrek Yetmezliği' tanısı almış olan bir hasta, Marjory Gordon'un 'Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri' temel alınarak incelenmiş olup, Kuzey Amerika Hemşireler Birliği (NANDA) sınıflama sistemindeki hemşirelik tanıları kullanılarak hemşirelik bakım planı yapılmıştır.

Yöntem ve Bulgular: Olgu 79 yaşında, kadın, evli ve üç çocuk annesidir. İlkokul mezunu ve ev hanımı olan hasta çocukları ile birlikte büyükşehirde yaşamaktadır. 1994 senesinde Hepatit C'ye bağlı Karaciğer Sirozu tanısı alan hasta 1998 senesinde bir üniversite hastanesinde kadavradan karaciğer nakil operasyonu geçirmiştir. Olgu günde 10'dan fazla defekasyon çıkışı olması, bulantı hissiyatı ve sağ arka kadranda ağrı olması ile bir üniversite hastanesine başvurmuştur.

Sonuç: Hemşirelik mesleğinde hasta bakımı oldukça önemlidir. M. Gordon'un Fonksiyonel Örüntüleri Modeli'ne göre hastanın bakımının planlanması ve modelin alt boyunlarına göre veri analizi yapılmasının hastanın sorunlarını kısa sürede çözüme kavuşturduğu ve hastaya verilen hemşirelik bakımının sistematik bir şekilde olduğu gözlemlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Hemşire, Akut Böbrek Yetmezliği, Fonksiyonel Sağlık Örüntüsü, Bakım Planı

INTRODUCTION

Acute renal failure is a progressive kidney disease observed in regulating the fluid-electrolyte balance of the kidney and metabolic-endocrine functions as a result of the decreased glomerular filtration value (Durna, 2013; Strömberg, 2002; Uysal & Karataş, 2017). As a result of the deterioration in patients' fluid-electrolyte balance, symptoms and findings such as sleep disturbance, coma, stupor, malnutrition pulmonary edema, cardiovascular disorders, skin changes, and decreased skin turgor can be commonly observed (Altınparmak et al., 2012; Uysal&Karataş, 2017). It is highly important for the success of the treatment that the nurse, who plays an important role in implementing the treatment and maintaining the care, deals with the patient holistically and meets the needs of the patient physically, psychologically, socially, and mentally in light of a model (Soydan et al., 2020). The Functional Health Patterns developed by M. Gordon in 1987 consist of 11 headings: Health perception-health management pattern, nutritional-metabolic pattern, elimination pattern, activity-exercise pattern, sleep-rest pattern, cognitive-perceptual pattern, self-perception-self-concept pattern, role-relationship pattern, sexuality-reproductive pattern, coping-stress tolerance pattern, and value-belief pattern (Velioglu, 2012).

Aim

In this case report, a patient diagnosed with 'Acute Renal Failure' was examined on the basis of Marjory Gordon's 'Functional Health Patterns,' and it was aimed to make a nursing care plan by making use of the nursing diagnoses in the North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) classification system.

CASE REPORT

Consent of the patient, the relevant physician, and the institution was obtained to use the data scientifically.

Sociodemographic and Health Characteristics

The patient is 79 years old, female, married, and has three children. The patient, who is a primary school graduate and a housewife, lives in a metropolis with her children. She has never smoked or drunk alcohol in her whole life. The patient, who was diagnosed with hepatitis C-associated liver cirrhosis in 1994, underwent liver transplantation from a cadaver in a university hospital in 1998. The patient has no known drug or food allergy. The patient continuously uses 2 gastroprotective and 1 oral antidiabetic medication. The patient presented to a university hospital with more than 10 defecations per day, nausea, and pain in the right posterior quadrant. As a result of radiological imaging, abnormal laboratory findings and low oxygen

saturation, the patient was hospitalized.

Evaluation Of The Case According To The Functional Health Patterns

1. Health Perception-Health Management Pattern: Although the patient states that she does not have sufficient information about her disease, she does not cause any difficulty in compliance with treatment.

***Nursing Diagnosis 1:** Lack of Information About the Disease*

Aim: To ensure that the patient is informed about her disease

Interventions:

*The patient's disease and all the interventions were explained to the patient in an understandable and simple manner. The patient was informed before each intervention.

*The patient was informed about her treatment.

*The patient was encouraged to ask questions. During the patient's hospitalization in the ward, it was observed that she asked questions to other team members about her disease and treatment.

2. Nutritional-Metabolic Pattern: It was observed that the patient named the case refused to eat due to nausea.

***Nursing Diagnosis 2:** Nausea due to Electrolyte Imbalance*

Aim: To eliminate the patient's complaint of nausea and ensure that she is fed sufficiently

Intervention:

*The patient was recommended to be fed in small portions and at frequent intervals.

*After meals, the patient was placed in the semi-Fowler position.

*The patient's room was aired before and after meals.

*Fluid and food restriction was applied to the patient.

*The patient was not laid flat for two hours after the meal.

*It was seen that the patient's nausea decreased.

***Nursing Diagnosis 3:** Risk of Nutrition Less than the Body Requirement due to Nausea*

Aim: To ensure that the patient is fed sufficiently

Intervention:

*Daily weight follow-up of the patient was performed. When she was first admitted to the ward, the patient was 59 kg and 1.60 cm tall (BMI: 23.04 kg/m²). During her stay in the ward, her weight varied between 55-60 kg.

*Fluid replacement was performed on the patient who refused to eat due to nausea at the physician's request.

Nursing Diagnosis 4: Risk of Fluid-Electrolyte Imbalance due to Acute Kidney Failure

Aim: To eliminate fluid-electrolyte imbalance, if it cannot be eliminated, to ensure that the risk remains at a minimal level

Interventions:

*Venous blood gas follow-up was performed at the request of the physician. The patient's fluid-electrolyte values were monitored.

*The patient was followed up for intake-discharge.

*The patient was followed up for defecation.

*Edema was monitored on a daily basis. At the first admission of the patient to the ward, the edema was +2, and it was found to be +1 during the stay in the ward.

*The patient was monitored for vomiting and defecation.

3. Elimination Pattern: The defecation habit of the patient before hospitalization was 10/day. Bowel sounds were 10/min.

Nursing Diagnosis 5: Disease-Related Diarrhea

Aim: To ensure that the patient's elimination continues at a normal level

Interventions:

*The daily defecation process of the patient was monitored.

*The daily weight follow-up of the patient was performed.

*Adequate fluid and electrolyte replacement was administered to the patient.

*The bowel sounds of the patient were listened to and recorded at regular intervals.

*Skin turgor was observed at regular intervals due to dehydration.

*Attention was paid to the used drugs with the side effect of diarrhea.

4. Activity-Exercise Pattern: The patient stated that she had not exercised regularly in her life before hospitalization. Due to the advanced age, she feels weak and receives support from her children to perform the activities of daily living.

Nursing Diagnosis 6: Fall Risk due to the High Body Mass Index of the Individual

Aim: To minimize the risk of falling by protecting the patient from trauma

Interventions:

*The 'Itaki Fall Risk Scale' was applied to determine the individual's fall risk. The patient's scale score was found to be between 7-11 during the time she was hospitalized in the clinic. (The total score of the Itaki Fall Risk Scale is 51. A score of less than 5 is considered low risk, and a score of five and above is considered high risk.)

*The 'Four-Leaf Clover' symbol, which meant that the patient was at risk of falling, was attached.

*The patient's room was adequately illuminated. A minimal quantity of items was left with the patient to ensure a safe environment.

*The patient's bed and bed rails were lifted.

*Healthcare team and the patient's relatives were warned about the risk of falling.

*No fall was observed during the follow-up period of the patient in the clinic.

5. Sleep-Rest Pattern: The patient expressed that she slept 8 hours/day in her life before hospitalization and had naps of 30-45 minutes during the day. She stated that her sleep deteriorated and she slept 6 hours/day since she started to stay in the hospital. It was observed that the patient slept during the day and could not sleep at night.

Nursing Diagnosis 7: Sleep Disturbance due to the Disease and Hospital Stay

Aim: To ensure that the patient expresses she sleeps adequately

Interventions:

*The patient's sleep hours were regulated. Her daytime sleep was limited, and she was supported in sleeping at night.

*A calm, quiet, and dimly lit environment was provided for the patient to sleep.

*The medical treatment to be administered was arranged in accordance with her sleep hours.

6. Cognitive-Perceptual Pattern: The patient had location, time, and person orientation, and her Glasgow Coma Scale score was 15 (12-15 points indicate mild neurological damage).

7. Self-Perception-Self-Concept Pattern: The patient was observed to respond positively to all procedures related to her disease during her stay in the ward. The

patient's self-esteem was high.

8. Role-Relationship Pattern: The patient stays with her children, who live in the same city, at certain times. The patient's daughter said that the patient had positive relationships not only with the daughter but also with her environment. Moreover, it was observed that the patient adapted to her treatment during her hospitalization in the ward.

9. Sexuality-Reproductive Pattern: The patient reported that she had no sexual life since her husband died.

10. Coping-Stress Tolerance: It was observed that the patient had disease-related anxiety and often asked questions to healthcare professionals who took care of her about her condition.

Nursing Diagnosis 8: Anxiety due to Disease and Hospitalization

Aim: To determine the cause of the patient's anxiety and help relieve her anxiety

Interventions:

*The patient was informed about her disease.

*All interventions were explained to the patient and her companion.

*The patient stated that she was not sure whether her complaints would continue in her life after discharge.

11. Value-Belief Pattern: The patient said that the disease came from God and her condition would end someday. The patient was seen to frequently pray and read religious books.

DISCUSSION

In this case report, a patient diagnosed with 'Acute Renal Failure' was examined on the basis of Marjory Gordon's 'Functional Health Patterns' and nursing care was given using the nursing diagnoses in the North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) classification system. When healthcare professionals meet the patients with acute renal failure, they should evaluate the patient in terms of nutrition within 48 hours (Abu-El-Haija and Nathan, 2018; McClave et al., 2016; Singer et al., 2019). In this case report, the individual was refusing to nutrition due to nausea, and there was a risk of undernutrition. After the interventions planned for the diagnosis of nursing, the patient's room was ventilated frequently, anti-nausea medical treatment and daily weight monitoring were implemented, the patient's energy needs were calculated and a suitable diet list was prepared with

dietitians. It was determined that the patient's nausea decreased and her weight was within normal ranges.

Adaptation to treatment and lack of knowledge are common problems in patients with acute renal failure because of stress and anxiety (Plantinga et al., 2010). In this case, the patient was experiencing anxiety due to her illness and the hospital stay and had difficulty in adapting to her treatment because of lack of information about the disease. In order to reduce the patient's anxiety level, information was given about all the applications, and the patient was supported to ask questions and to think about the procedures. After the applied nursing interventions, the problem was eliminated. Similar studies on kidney failure have also found that patients often lack information about their disease (Genç Köse, 2018), and due to the breakdown in kidney functions, the body's fluid-electrolyte imbalance occurred (Şanlıtürk et al., 2018). Nursing care was planned for the risk of fluid-electrolyte imbalance, and patient-specific approaches were implemented. The edema was reduced from +2 to +1 after the fluid restriction of the patient, who was followed up routinely. It has been reported that decline in sleep pattern and nutritional functions may occur in patients with renal failure, weakness, fatigue, decrease in blood oxygen level and increase in anxiety level and carbon dioxide level in the blood (Eskimez et al., 2021). In this case report, nursing interventions were applied to disrupt the sleep pattern of the patient due to the illness and length of stay in the hospital. Appropriate sleep hours were planned for the patient, the patient's room was changed, and the medical treatments applied were planned outside of the sleeping hours. It was verbally stated by the patient that the patient slept well during the hospital stay.

CONCLUSION

Patient care is extremely important in the nursing profession. Planning the patient's care according to M. Gordon's Functional Health Patterns Model and conducting data analysis in line with the model's sub-dimensions were observed to solve the patient's problems in a short time, and nursing care was provided to the patient in a systematic manner.

Author Contributions

Concept&Design- İ.Y., K.İ., Supervision- İ.Y., K.İ., Resources- İ.Y., K.İ., Materials- İ.Y., K.İ., Writing - İ.Y., K.İ., Critical Review- İ.Y., K.İ.

REFERENCES

Altıparmak, M.R, Hamuryudan, V., Sonsuz, A. & Yazıcı, H. (2012) Chronic Kidney Failure. In: Serdengeçti K. & Altıparmak MR. (Editors) Cerrahpasa Internal Medicine. Istanbul Medicine Bookstore, Istanbul/Turkey, 789-805.

Eskimez, Z., Köse Tosunöz İ., Keskin A., Kurt E., Paydaş S., Kaya B. (2021). Hemodiyaliz tedavisi uygulanan kronik böbrek yetmezliği hastalarında hemşirelik tanıları. Sağlık Akademisi Kastamonu (SAK), 6(2), s.107-124.

Genç, Köse, B. (2018). Hemodiyaliz hastalarındaki psikiyatrik semptomlar ve etkileyen faktörler. Recep Tayyip Erdogan University Journal of Social Sciences, 7, 207-222.

Karaca, A.&Yesiltepe, G. (2013) Urinary system diseases and care. In: Durna Z. (Editor) Internal Medicine Nursing. Academy Press And Publishing, Istanbul/Turkey, 468-474.

McClave, A.S., Taylor, E.B., Martindale, G.R., Warren, M.M., Johnson, R.D., Braunschweig C, et al.(2016) Guidelines for the provision and assessment of Nutrition support therapy in the adult critically ill patient: Society of Critical Care Medicine (SCCM) and American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (A.S.P.E.N.). JPEN, 40(2):159-211.

Singer, P., Blaser, R.A., Berger, M.M., Alhazzani, W., Calder, C.P., Casaer, P.M., et al.(2019) ESPEN guideline on clinical nutrition in the intensive care unit. Clin Nutr. Feb;38(1):48-79.15.

Soydan, D., Çam ,Yanık, T. & Çelebioğlu A. (2020) Nursing care according to the care-self-treatment model of an individual diagnosed with lung mass and pneumonia: a case report, Balikesir Journal of Health Sciences 9(2): 127-132

Strömberg, A. (2002) Educating nurses and patients to manage heart failure. Eur J Cardiovasc Nur. 1(1): 33-40.

Şanlıtürk, D., Ovayolu, N.&Kes ,D. (2018). Common problems and solutions in hemodialysis patients. Turkish Society of Nephrology, Dialysis and Transplantation Nurses Journal of Nephrology Nursing,1(13), 17-25.

Uysal, H. & Karataş C. (2017) Nursing care according to functional health patterns in chronic kidney failure: case report. Journal of Hacettepe University Faculty of Nursing 4(2): 49-61.

Velioğlu, P. (2012) Concepts and Theories in Nursing. Akademi Press and Publishing, Istanbul, Turkey, 50-62.

YAZARLAR İÇİN BİLGİ

1. İAÜ Aydın Sağlık Dergisi, İstanbul Aydın Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi ve Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu ortak yayın organıdır.
2. Dergide, klinik ve deneysel araştırmalar, derlemeler, olgu sunumları ve editöre mektuplar yayınlanır.
3. Dergide yayınlanmak üzere gönderilen yazıların başka yerde yayınlanmamış veya yayınlanmak üzere gönderilmemiş olması ve bu durumun tüm yazarların imzaları ile “TELİF HAKKI DEVİR FORMU” belgesinde belirtilmesi gerekir. Daha önce kongrelerde tebliğ edilmiş çalışmalar bu durum belirtilmek koşuluyla kabul edilir. Yayınlanmak üzere gönderdikleri yazıları gecikme veya başka bir nedenle dergiden çekmek isteyenlerin bir yazı ile başvurmaları gerekir. Dergide yayınlanan yazılar için telif hakkı ödenmez. Yazıların sorumluluğu yazarlara aittir. Yazının dergide yayınlanması kabul edilse de yazı materyali yazarlara iade edilmez.
4. Yazılar Türkçe ve İngilizce yayınlanır.
5. Tübitak Ulakbim kriterleri gereği Etik Kurul kararı gerektiren klinik ve deneysel hayvan çalışmaları için ayrı ayrı etik kurul onayı alınmiş olmalı ve belgelendirilmelidir. Ulusal ve uluslararası geçerli etik kurallara uyulmalıdır.
6. İAÜ Aydın Sağlık Dergisi hakemli bir yayındır. Gönderilen yazıların dergide yayınlanabilmesi için Bilimsel Danışma Kurulu'nun ve Yayın Kurulu'nun onayından geçmesi ve kabul edilmesi gerekir.
7. Yayın Kurulu, yayın koşullarına uymayan yazıları; düzeltmek, kısaltmak, biçimce düzenlemek veya düzeltmek üzere yazarına geri vermek ya da yayınlamamak yetkisine sahiptir.
8. ASD'ye gönderilen bilimsel yazılarda, Yükseköğretim Kurumları Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği ile ilişkili yönergeler, ICMJE (International Committee of Medical Journal Editors) önerileri ve COPE (Committee on Publication Ethics)'un Editör ve Yazarlar için Uluslararası Standartları dikkate alınmalıdır. İntihal, verilerde sahtecilik ya da yanıltmacılık, yayın tekrarı, bölerek yayınlama ve araştırmaya katkısı olmayan kişilerin yazarlar

arasında yer alması etik kurallar dahilinde kabul edilemez uygulamalardır. Bu ve benzeri uygulamalarla ilişkili herhangi etik bir usulsüzlük durumunda gerekli yasal işlemler yapılacaktır.

a) İntihal: Başkalarının özgün fikirlerini, metotlarını, verilerini veya eserlerini bilimsel kurallara uygun biçimde atıf yapmadan kısmen veya tamamen kendi eseri gibi göstermek, intihal kapsamında ele alınmaktadır. İntihalden kaçınmak için yazarlar bilimsel kurallara uygun bir şekilde atıf yapmalı ve araştırmaları içerisinde yer alan tüm bilimsel yazılara ait kaynak gösterimine dikkat etmelidirler.

b) Veride Sahtecilik: Bilimsel araştırmalarda gerçekte var olmayan ya da değişikliğe uğratılmış verileri kullanmak, veride sahtecilik kapsamında ele alınmaktadır. Yazarlar verilerini etik kurallar dahilinde toplayarak, süreç içerisinde geçerlik ve güvenilirliği etkileyecek bir değişikliğe maruz bırakmadan analiz etmelidirler.

9. Bütün makaleler intihal araştırma programı ile kontrol edilecektir. (iThenticate)

Yazılarda, konu bölümleri ve içerikleri aşağıda belirtildiği gibi olmalıdır:

Öz: Türkçe ve İngilizce özet 300 kelimeyi geçmemeli, İngilizce başlık ve özet, Türkçe başlık ve özetle eşdeğer olmalıdır. Özet, çalışma ve araştırmanın amacını ve kullanılan yöntemleri kısaca belirtmeli, ana bulgular varılan sonucu destekleyecek ölçüde ayrıntılarla belirtilmelidir. İlk cümlesi araştırmanın amacını, son cümlesi çalışmanın sonucunu kapsayacak biçimde olmalıdır. Çalışma veya gözlemlerin yeni ve önemli olan yönleri vurgulanmalıdır. Özette kaynak kullanılmamalıdır.

Anahtar kelimeler: Türkçe ve İngilizce özetin altında “Index Medicus Medical Subject Headings (MeSH)”e uygun olarak en fazla beş adet olmalıdır. Yeni girmiş terimlere uygun “Index Medicus” tıbbi konu başlıklarına ait terimler yoksa, var olan terimler kullanılabilir. Anahtar Kelimeler Türkiye Bilim Terimlerinden seçilmelidir.(www.bilimterimleri.com) Başlık ve anahtar kelimelerde kısaltma kullanılmamalıdır.

Giriş: Amaç özetlenmeli, çalışmanın verileri veya varılan sonuçlar açıklanmalıdır.

Gereç ve Yöntem: Etik kurul onayı belirtilmelidir. Yerleşmiş yöntemler için kaynak gösterilmeli, yeni yöntemler için kısa açıklama verilmelidir. İlaç isimlerinin baş harfleri küçük harf olmalı ve ilaçların farmakolojik isimleri kullanılmalıdır. Sık kullanılan kısaltmalar aşağıdaki şekilde kullanılmalıdır:

im, iv, po ve sc

Birimler Uluslararası Sisteme (SI) göre kullanılmalı, birimler yazılırken (.) veya (/) kullanılmalıdır.

Örnek: mg kg-1, µg kg-1, mL, mL kg-1, mL kg-1 sa-1, mL kg-1 dk-1, L dk-1 m-1, mmHg vb.

Gereç ve Yöntem bölümünün son paragrafında, kullanılan istatistiki analizlerin neler olduğu ve aritmetik ortalama veya orandan sonra (\pm) işareti ile verilen değerlerin ne olduğu belirtilmelidir.

Bulgular: Çalışmanın bulgularını içermelidir. Grafik, tablo, resim ve şekiller yazıda geçiş sırasına göre numaralandırılmalıdır.

Grafik ve Tablolar: Başlık, açıklama ve dipnotları “Grafikler” veya “Tablolar” başlığı altında ayrı bir sayfaya yazılmalı ve sayfaları numaralandırılmamalıdır. Grafiklerin çevresinde çerçeve, zemininde çizgiler olmamalı, zemin beyaz olmalıdır.

Şekil ve Resimler: Şekiller profesyonel olarak çizilmeli, fotoğraflanmalıdır. Dijital kamera ile çekilmiş fotoğraflar en az 300 dpi çözünürlükte, 1280-960 piksel boyutunda çekilmiş, jpg veya tiff formatlarında kaydedilmiş olmalıdır. Zorunlu olmadıkça resim üzerinde yazı bulunmamalıdır. Her resim ve şekil ayrı bir belge olarak hazırlanmalı, göndermek formuna uygun olarak yazının içerisine yerleştirilmemeli, eklerinde ek dosya olarak gönderilmelidir. Resimlerin renkli olması istendiğinde yazardan ayrıca ücret talep edilir. Fotoğrafta insanlar yer alacaksa ya tanınmamaları sağlanmalı, ya da yayınlamaya yönelik yazılı izinleri alınmalıdır. Grafik, tablo, resim ve şekiller yazıda geçiş sırasına göre numaralandırılmalıdır. Fotoğraf ve resimler ana word dökümanının içine koyulmamalı, ayrı bir dosya olarak

(.jpg veya .tiff formatında) sisteme yüklenmelidir.

Tartışma: Aynı alanda yapılmış başka çalışmalarla karşılaştırma ve yorum yapılmalıdır. Çalışmanın sonucu tartışmanın son paragrafında belirtilmelidir. Sadece, yazının konusundaki, etyolojik faktörlerdeki özel vurgular ile bulunan kaynakların ışığında patogeneze ve etki mekanizmasına bağlı kayda değer bilgiler değerlendirilmelidir. Diğer bilgilerin tablo, figür, şekil ve algoritmalarla sunulması tercih edilmelidir. Metin önemsiz bilgilerle doldurulmamalıdır.

Sonuç: Sonuç bölümünde, önemli bulgular az ve öz olarak belirtilmeli, yazarın öne sürdükleri, geleceğe dair çıkarımlar dahil edilmelidir. Teşekkür (isteğe bağlı): Yazı hazırlanırken içeriğe, düzene, bilgilerin istatistiksel analizine önemli katkıları olanlar belirtilebilir.

Açıklama: Yazarın herhangi bir firma ya da enstitüyle ilişkisi veya fikir ayrılığı varsa ve çalışma hazırlanırken bağış, fon ya da farklı finansal destekler bulunuyorsa belirtilmelidir.

Kaynaklar: Referanslar APA referans sistemine göre düzenlenmelidir.

Kaynak, metin içinde yazar ve yılı parantez içinde gösterilecektir. (AOA Referans Sistemi 6.0)

Dergilerin kısaltılmış isimleri index Medicus'a ve Science Citation Index'e uygun olmalıdır. Altı veya daha çok yazar varsa ilk üç isim yazıldıktan sonra "et al veya ark" yazılmalıdır.

Kaynak sayısı en fazla; derlemelerde 80, orijinal makalelerde 40, olgu sunumlarında 15, editöre mektup'ta 5 olmalıdır.

Kaynaklar yazının alındığı dilde ve aşağıdaki gibi düzenlenmelidir.

Kaynaklarda sayfa numaraları kısaltılmadan tam olarak yazılmalıdır.

Örnekler:

Makale: Fuii Y, Saitoh Y, Tanaka H, Toyooka H, Prophylactic antiemetic

therapy with granisetron in women undergoing thyroidectomy(1998). Br J Anaesth 81: 526-528.

Solca M.(2002) Acute pain management: unmet needs new advances in pain management. Eur J Anaesthesiol 19 (Suppl 25): 3-10.

Kahveci FŞ, Kaya FN, Kelebek N ve ark. Perkutan trakeostomi sırasında farklı havayolu tekniklerinin kullanımı. Türk Anest Rean Cem Mecmuası 2002.

Kitap: Mulroy M.F. Regional Anesthesia, An Illustrated Procedural Guide. 2nd edition. Boston: Little Brown and Company; 1996, 97-122.

Kitap bölümü: Jane JA, Persing JA. Neurosurgical treatment of craniosynostosis. In: Cohen MM, Kim D (eds). Craniosynostosis: Diagnosis and management. 2nd edition. New York: Raven Press; 1986, 249- 295.

Tez: Gurbet A. Off-pump koroner arter cerrahisi sonrası morfin, fentanil ve remifentanil'in hasta kontrollü analjezi (HKA) yöntemi ile karşılaştırılması (Uzmanlık Tezi). Bursa, Uludağ Üniversitesi, 2002.

Elektronik Ortam Kaynağı: United Kingdom Department of Health. (2001) Comprehensive Critical Care Review of adult critical care services The web site:<http://www.doh.gov.uk/compcritcare/index.html>

Yazar olarak bir kuruluş: The Intensive Care Society of Australia and New Zealand. Mechanical ventilation strategy in ARDS: guidelines. Int Care J Aust 1996; 164: 282-284.

Dergi Yazışma Adresi:

Prof. Dr. H. Aysel Altan

İstanbul Aydın Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu

İnönü caddesi, No 38 Sefaköy/Küçükçekmece İstanbul

Tel: 444 1 428/56201

E-mail: ayselaltan@aydin.edu.tr

INFORMATION FOR THE AUTHORS

1. IAU Aydin Journal of Health is a publication of Faculty of Sciences of Health and Vocational School of Health Services in Istanbul Aydin University.
2. The Journal publishes scientific researches, reviews, editorials, letters to the editors, and interesting case reports in all fields of clinical specialities.
3. The articles submitted to the Journal should not be published elsewhere or sent for future publication, and this issue must be confirmed in “TRANSFER OF COPYRIGHT AGREEMENT FORM” by the signatures of all contributing authors. Articles submitted previously in medical meetings of any sort will be accepted in case of previous notification. Authors who wish to withdraw their papers because of delayed publication or for other reasons, should apply to the Journal with a written request form. Any royalty is not paid for the articles published in the Journal. The authors must assume all the responsibility of their manuscripts. The contents of the articles will not be returned to the authors even in case of acceptance for publication.
4. In compliance with the criteria of Tübitak Ulakbim, ethical approval must be obtained and documented separately for clinic and experimental animal studies requiring Ethic Committee decision. Studies must be complied with the current national and international ethical rules.
5. The Journal publishes articles written in Turkish or English.
6. Aydin Journal of Health is a peer-reviewed open access periodical. The articles submitted to the Journal are subject to the approval, and acceptance of the Scientific Advisory Committee, and Editorial Board in order to be published in the journal. Submitted material is sent to two referees.
7. The Editorial Board has the right to reject or return the articles not complying with the conditions of publications to its author(s) for the editing, and shortening of its contents or improvement or arrangement of its format.
8. In scientific papers sent to IAUD, the guidelines related to the Scientific

Research and Publication Ethics of Higher Education Institutions, the recommendations of the International Committee of Medical Journal

Editors and the International Standards for the Authors and Authors of the Committee should be taken into attention. Plagiarism, forgery in the data, misleading, repetition of publications, divisional publication and individuals who do not contribute to the research are among the authors are unacceptable practices within the ethical rules. Legal actions will be taken in case of any ethical irregularity related to this and similar practices.

9. All the papers submitted have to pass through an initial screening and will be checked through the Advanced Plagiarism Detection Software (CrossCheck by iThenticate)

The sections, and contents of the articles should comply with the following instructions:

Abstract (Summary): Summaries (abstracts) in Turkish, and English must not exceed 300 words, bi-directional translation of the titles, and contents should be accurate, and verbatim.

The abstract should briefly indicate the objective of the study or research, and methods used. Besides, main findings should be detailed so as to support the conclusion. The first sentence of the abstract should encompass the aim, and the last sentence should comprise the conclusion arrived. The innovative, and important aspects of the study or observation should be emphasized. The abstract should not contain any references.

Keywords: Following both Turkish, and English abstracts, at most five key words should be written in accordance with the English medical terminology used in “ Index Medicus Medical Subject Headings (MeSH)”. and also their Turkish equivalents. New terminologies not included in MeSH can be used as keywords.

Introduction: The objective of the study should be summarized, study data, and conclusions arrived should be explained.

Materials and Method: The approval of the Ethics Committee should be indicated. References of established methods should be indicated, and

brief accounts of new methods should be provided. Initial letters of generic drug names should be written in lower case, and their pharmacologic nomenclatures should be used. Frequently used abbreviations should be indicated as follows, ie: im, iv, po ve sc

The units should be expressed according to International System of Units (SI), and (.) or (/) should be used as required.

Examples: mg kg⁻¹, µg kg⁻¹, mL, mL kg⁻¹, mL kg⁻¹ sa⁻¹, mL kg⁻¹ dk⁻¹, L dk⁻¹ m⁻¹, mmHg etc.

In the last paragraph of Material and Method, statistical methods used, and values indicated with a symbol (±) after arithmetic means or ratios should be specified.

Sonuçlar (Results): This section should contain findings of the study. Graphics, table(s), illustrations, and figures should be enumerated based on their order of appearances in the text.

Graphics, and Tables: Titles, legends, explanations, and footnotes should be written on separate pages without any page number. Graphics drawn on white paper without any lines in the background should not be enclosed in a frame.

Figures, and Illustrations: Figures should be professionally drawn, and photographed. Photos taken with a digital camera must have a resolution of at least 300 dpi with a 1280-960 pixel in size and they should be recorded in jpg or tiff format. Apart from any requisite, any note should not be written on illustrations. Every illustration, and figure should be prepared as separate documents, they should not be sent as enclosed with the manuscript, but delivered as a separate file. If color print of the figures, and illustrations is required, then extra charge should be paid. Photos of individuals should be masked, or their written permission for their reproduction should be obtained. Photos, and illustrations should not be enclosed with the main word document, they should be logged in the system as a separate file recorded in jpg or tiff format.

Discussion: The study should be compared with other studies conducted in the same field, and comments on the relevant subject should be made.

The outcome of the study should be indicated in the last paragraph. Only significant data relevant to the subject should be evaluated in the light of the literature findings with special emphasize on etiologic factors, pathogenesis, and mechanisms of actions. Other data should be preferable presented as tables, figures, diagrams or algorithms. The text should not be crowded with insignificant data.

Conclusion: A concluding concise remark emphasizing the crucial findings, author(s)' postulates, and future implications should be included in the conclusion section.

Acknowledgements (optional): Important contributors to editing, design, statistical analysis of data can be mentioned.

Disclosure/Conflict of Interest: Any affiliation of the authors to any firm or insidanstitution, and also donations, funds, and any other financial support concerning the study in question should be mentioned.

References:

References should be given by author name and the year in parentheses in the manuscript. (APA Referance System 6.0)

Abbreviated titles of the journals should be in compliance with those available in Index Medicus and Science Citation Index. If six or more than six authors named as contributors to the manuscript, then after listing the first three, the abbreviations, et al. or ve ark., should be added for English and Turkish references, respectively.

The number of articles should be at most 80 for review articles, 40 for original articles, 15 for case reports, and 5 for letter to the editor..

The references should be cited in their original language, and they should be arranged as follows;

Page numbers in references should be written in full.

Examples:

Article: Fuii Y, Saitoh Y, Tanaka H, Toyooka H,(1998) Prophylactic antiemetic therapy with granisetron in women undergoing thyroidectomy. Br J Anaesth 81: 526-528.

Solca M. Acute pain management: unmet needs new advances in pain management. Eur J Anaesthesiol 2002; 19 (Suppl 25): 3-10.

2. Kahveci FŞ, Kaya FN, Kelebek N ve ark. Perkutan trakeostomi sırasında farklı havayolu tekniklerinin kullanımı. Türk Anest Rean Cem Mecmuası 2002.

Book: Mulroy M.F. Regional Anesthesia, An Illustrated Procedural Guide. 2nd edition. Boston: Little Brown and Company; 1996, 97-122.

Section/Chapter of the book: Jane JA, Persing JA. Neurosurgical treatment of craniosynostosis. In: Cohen MM, Kim D (eds). Craniosynostosis: Diagnosis and management. 2nd edition. New York: Raven Press; 1986, 249-295.

Thesis: Gurbet A. Off-pump koroner arter cerrahisi sonrası morfin, fentanil ve remifentanil'in hasta kontrollü analjezi (HKA) yöntemi ile karşılaştırılması (Uzmanlık Tezi). Bursa, Uludağ Üniversitesi, 2002.

Electronic media: United Kingdom Department of Health. (2001) Comprehensive Critical Care Review of adult critical care services The web site: <http://www.doh.gov.uk/comprcritcare/index.html>

An organization: The Intensive Care Society of Australia and New Zealand. Mechanical ventilation strategy in ARDS: guidelines. Int Care J Aust 1996; 164: 282-284.

Address of Correspondence:

Prof. Dr. H. Aysel Altan

Istanbul Aydin University, Vocational School of Health Services

İnönü caddesi, No 38 Sefaköy/Küçükçekmece İstanbul

Tel: 0212-444 1 428/56201

E-mail: ayselaltan@aydin.edu.tr

