

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi

Journal of Hacettepe University Faculty of Nursing

Cilt/Vol 6 • Sayı/No 2 • Mayıs- Ağustos/ May-August 2019

Sahibi	Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Adına Prof. Dr. Leyla DİNÇ	
Sorumlu Yazı İşleri Müdürü Yayın Kurulu	Doç. Dr. Sergül DUYGULU	
Başkan	Doç. Dr. Sergül Duygulu	Hacettepe Üniversitesi
Editör Yardımcıları	Doç. Dr. Duygu Hiçdurmaz Doç. Dr. Fatoş Korkmaz Dr. Öğr. Üyesi Gülten Işık Koç	Hacettepe Üniversitesi Hacettepe Üniversitesi Hacettepe Üniversitesi
Sekreterler	Dr. Öğr. Üyesi Nilay Ercan Şahin Dr. Öğr. Üyesi Seher Başaran Açıl	Hacettepe Üniversitesi Hacettepe Üniversitesi
İngilizce Düzeltme	Dr. Öğr. Üyesi Çiğdem Yücel	Hacettepe Üniversitesi
Baskıya Hazırlama	Prof. Dr. Sevgisun Kapucu Doç. Dr. Zehra Gök Metin Dr. Öğr. Üyesi Hatice Pars Dr. Öğr. Üyesi Zeliha Özdemir Köken Arş. Gör. Dr. Melike Ayça Ay Arş. Gör. Sabri Karahan Arş. Gör. Merve Mert Karadaş	Hacettepe Üniversitesi Hacettepe Üniversitesi Hacettepe Üniversitesi Hacettepe Üniversitesi Hacettepe Üniversitesi Hacettepe Üniversitesi Hacettepe Üniversitesi
Yayın Türü:	Yerel Süreli Yayın	
Yayın Dili:	Türkçe, İngilizce	
Yayınlanma Bıçımı:	4 ayda bir yayımlanır	
Basım Tarihi:	30.07.2019	
Yönetim Yeri:	H.Ü. Hemşirelik Fakültesi Dergisi Yayın Sekreterliği 06100 Sıhhiye, Ankara/Türkiye Tel: 0 312 305 15 80 Faks: 0 312 312 70 85 E-posta: hbdergi@hacettepe.edu.tr Web Adresi: http://www.hacettepehemsirelikdersisi.org	

Ücretsiz olarak dağıtılır. Reklam kabul edilmez. Yazıların sorumluluğu tümüyle yazarlarındır.

Hacettepe Üniversitesi Senatosu'nun tarih ve sayılı kararı uyarınca Hemşirelik Fakültesi dergisinin hakemli olarak sayılması ve Üniversite imkanları ile bastırılması kabul edilmiştir.

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi'nde yayımlanan yazılar, resim, şekil, grafik ve tablolar Yayın Kurulu'ndan izin alınmaksızın kısmen ya da tamamen herhangi bir vasıta ile basılamaz ve çoğaltılamaz. Ancak bilimsel amaçlarla, kaynak göstermek koşuluyla alıntı yapılabilir.

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, **TÜBİTAK ULAKBİM tıp veri tabanında** (2015 yılı cilt 2 sayı 1'den itibaren), **Türkiye atıf dizininde** (27 Eylül 2017 tarihinden, 2017 yılı cilt 4 sayı 2'den itibaren) ve **EBSCO** veri tabanında (2009 yılından itibaren) indeklenmektedir. Ulusal Katkı Değeri : 0,286

Journal of Hacettepe University Faculty of Nursing is indexed by **TÜBİTAK ULAKBİM Medical Database** (since 2015 volume 2 no 1), **Türkiye Citation Index** (Since September 27,2017; 2017 volume 4 no 2) and **EBSCO Database** (since 2009).

ONLINE ISSN 2149-2956

Değerli Okurlarımıza,

Dergimizin 2019 yılı Cilt 6, Sayı 2'sini sizlerle buluşturmanın mutluluğunu yaşamaktayız. Değerli okurlarımız, ülkemiz hemşirelik eğitim ve uygulamalarına yaptığı önemli katkılarla hemşirelik mesleğinin gelişiminde öncü rol almış değerli hocamız Prof. Dr. Sayın Eren KUM'un aramızdan ayrılışının dördüncü yıldönümü olması nedeniyle, değerli hocamızı burada saygı ve hemşirelik mesleğine yapmış olduğu katkılarından dolayı şükran duygularımızla bir kez daha anıyoruz. Değerli hocamızın ışığı biz öğrencilerini ve tüm hemşireleri aydınlatmaya devam ediyor. İnaniyoruz ki bu ışık, nesiller boyunca ülkemizde *hemşireliği bilimin aydınlattığı yolda daha ileriye, en iyiye götürme* hedefi doğrultusunda sönmeyecektir.

Değerli okurlarımız, dergimizin bu sayısında; halk sağlığı hemşireliği, cerrahi hastalıkları hemşireliği, iç hastalıkları hemşireliği, çocuk sağlığı ve hastalıkları hemşireliği, doğum ve kadın sağlığı hemşireliği alanlarından beş araştırma, bir olgu sunumu ve üç derleme olmak üzere toplam dokuz makale yer almaktadır. Değerli bilgileri içeren bu makalelerin okurlarımıza yarar sağlayacağına inanıyorum. Dergimizin bu sayısına yayınlarını göndererek katkıda bulunan yazarlarımıza, dergimizin çıkmasına emeği geçen yayın kurulu üyelerine, konu editörlerine, danışma kurulu üyelerimize ve basımda emeği geçen herkese çok teşekkür ederim. Ayrıca önemli katkıları ile dergimizin yayın hayatının devam etmesine katkıda bulunan Üniversitemiz Rektörlüğüne teşekkür ederim.

Çalışmalarını bizimle paylaşmak isteyen yazarların araştırma makalelerini ve olgu sunumlarını beklediğimizi bildirmekten mutluluk duyarız.

Saygılarımla.

Doç. Dr. Sergül DUYGULU

Sorumlu Yazı İşleri Müdürü

İçindekiler

Editörden Okura

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarında Progresif Gevşeme Egzersizlerinin Kullanımı: Sistemik Derleme

Using Progressive Relaxation Exercises in Chronic Obstructive Lung Disease: Systematic Review
Cemile YILMAZ, Sevgisun KAPUCU _____65

Görme Engelli Çocukların Fiziksel Aktivite ve Obezite Düzeyleri **Kronik Obesity Levels of Visually Impaired Children**

Sümeýra Esra PINARBAŞI, Filiz HİSAR _____75

Kronik Hastalığı Olan Kadınların Üreme Sağlığı Davranışlarının İncelenmesi **Examining the Reproductive Health Behaviors of Women with Chronic Illness**

Mesude DUMAN, Sermin TİMUR TAŞHAN, Emine KAPLAN SERİN _____83

Pediatric Hemşirelerinin Empatik Eğilim, Duygusal Emek Davranışları ve Tükenmişlik Düzeyleri Arasındaki İlişki **The Relationship Between Empathic Tendencies, Emotional Labor Behaviors, and Burnout Levels of Pediatric Nurses**

Gamze YILMAZ, Gülbeyaz BARAN DURMAZ _____92

Kadınların Meme Kanserinin Erken Tanısına Yönelik Farkındalıklarının ve Uygulamalarının Belirlenmesi

Determination of Women's Awareness and Practices on Early Diagnosis of Breast Cancer
Neriman GÜZEL, Nurhan BAYRAKTAR _____101

Derleme Makaleleri

Kolostomisi Olan Bireylerde Yaşam Kalitesi: Sorunlar ve Hemşirelik Girişimleri **Quality of Life of People with Colostomy: Problems and Nursing Interventions**

Burcu DULUKLU, Sevilay ŞENOL ÇELİK _____111

Çocuklarda Aydınlatılmış Onam **Informed Consent in Children**

Ayşe AY, Sevil ÇINAR, Handan BOZTEPE _____120

Sağlık Okuryazarlığının Değerlendirilmesinde Kullanılan Araçlar **Tools Used in the Assessment of Health Literacy**

Sultan SARIYAR, Hülya FIRAT KILIÇ _____126

Olgu Sunumu Makaleleri

Kültürogram Kullanılarak Bir Ailenin Kültüre Dayalı Hemşirelik Girişimlerinin Planlanması: Olgu Sunumu

Planning Culture-Sensitive Nursing Interventions of a Family Using Culturagram: Case Report
Ayşe MEYDANLIOĞLU _____132

Yazarlara Bilgi

Yayın İzni (Taahhütname) _____

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarında Progresif Gevşeme Egzersizlerinin Kullanımı: Sistemik Derleme

Using Progressive Relaxation Exercises in Chronic Obstructive Lung Disease: Systematic Review (Araştırma)

Cemile KÜTMEÇ YILMAZ*, Sevgisun KAPUCU**

ÖZ

Amaç: Bu çalışmada Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) olan hastalarda progresif kas gevşeme egzersizi (PGE) kullanımının etkisini inceleyen çalışmaların sistemik olarak incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: KOAH hastalarında PGE'nin etkisini ortaya koyabilmek için ULAKBİM, PubMed ve Science Direct veri tabanları kullanılarak Temmuz 2018 tarihine kadar yayınlanmış 2553 çalışma taranmış ve PGE ile ilgili 310 makaleye ulaşılmıştır. Bunlardan çalışma kriterlerini karşılayan 8 çalışma amaç, yöntem, bulgular ve sonuç açısından incelenmiştir. Çalışmaya KOAH hastalarında PGE'nin etkisini inceleyen randomize kontrollü çalışmalar (RKÇ) ve yarı deneysel çalışmalar dahil edilmiştir. Seçilen araştırmalar, anahtar kelimelerin seçimi için PICO, kalite kontrolü için ise Joanna Briggs Enstitüsü (JBI) eleştirel değerlendirme listelerine göre değerlendirilmiştir.

Bulgular: Bu çalışmada yedi RKÇ ve bir yarı deneysel çalışma olmak üzere sekiz çalışma incelenmiştir. Çalışmalarda KOAH hastalarına uygulanan PGE'nin yorgunluk, anksiyete ve depresyon düzeyini azaltmada, uyku kalitesini arttırmada etkili olduğu saptanmıştır. Ayrıca PGE'nin fizyolojik parametreler (kan basıncı, kalp atım hızı, solunum hızı, oksijen saturasyonu) ile pik ekspiratuar akım hızı üzerine de etkili olduğu belirlenmiştir.

Sonuç: KOAH hastalarına uygulanan PGE birçok semptomun yönetiminde etkili olduğu görülmektedir. Alana daha fazla kanıt oluşturabilecek randomize kontrollü çalışmaların yapılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik, KOAH, progresif gevşeme egzersizi

ABSTRACT

Aim: The aim of this study was to systematically investigate the effects of progressive muscle relaxation exercise (PMR) on patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD).

Material and Methods: In order to determine the effects of PMR in COPD patients, 2553 studies were reviewed by using Ulakbim, PubMed and Science Direct databases with the last search date of July 2018 and 310 articles related to PMR were reached. 8 studies that met the study criteria were reviewed in terms of objectives, methods, findings and outcome. Randomized controlled trials (RCTs) and quasi-experimental studies investigating the effects of PMR on COPD patients were included in the study.

Results: In this study, seven RCTs and one quasi-experimental study were examined. The studies reported that PMR were effective in decreasing fatigue, anxiety and depression and increasing sleep quality in COPD patients. In addition, it was also found that PMR was effective on physiological parameters (blood pressure, heart beat rate, respiratory rate, oxygen saturation) and peak expiratory flow rate.

Conclusion: Since PMR is effective in the management of many symptoms in COPD patients, it is recommended that that randomized controlled trials may be conducted to provide more evidence for the field.

Key Words: COPD, nursing, progressive relaxation exercise

* Aksaray Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Aksaray, Türkiye, E-mail: cemilekutmec@yahoo.com, ORCID: 0000-0003-1827-5187

** Hacettepe Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği AD, Ankara, E-mail: sevgisunkapucu@gmail.com, Tel: 05337433958, ORCID: 0000-0003-3908-3846

Geliş Tarihi: 14 Ağustos 2018 Kabul Tarihi: 21 Mayıs 2019

Atıf/Citation: Kütmeç Yılmaz C., Kapucu S. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarında Progresif Gevşeme Egzersizinin Kullanımı: Sistemik Derleme. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2019; 6(2): 65-74. DOI: 10.31125/humhemsire.598506

GİRİŞ

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH); başta sigara olmak üzere zararlı gazların inhalasyonu ile akciğerlerde oluşan kronik enflamatuar yanıtın neden olduğu kısmen geriye dönüşlü genellikle ilerleyici hava akımı kısıtlamasına yol açan kronik bir hastalıktır. Orta ve ileri yaş grubunun hastalığı olan KOAH'ın dünyada görülme sıklığı giderek artmakta ve önemli mortalite ve morbidite nedenleri arasında yer almaktadır. Ayrıca hastalığın her evresinde gelişebilen alevlenme atakları, komorbiditeler ve semptomlardaki artış, hastalığa bağlı ekonomik ve sosyal yükün giderek artmasına neden olmaktadır^{1,2}. GOLD 2018 verilerine göre, dünya genelinde 3 milyondan fazla kişinin KOAH nedeniyle öldüğünü, tüm ölümlerin %6'sının KOAH'dan kaynaklandığını ve bu hastalığın 2020 yılında 3. ölüm nedenlerinden biri olacağını bildirmiştir¹. Türkiye İstatistik Kurumundan elde edilen verilere göre, ülkemizde 2014 yılındaki toplam 375.291 ölümden 23.663'ünün KOAH'dan kaynaklandığı saptanmıştır³. KOAH prevalansının 40 yaş üzeri bireylerde %6.9–19.1 arasında olduğu belirtilmektedir⁴⁻⁶. Dünyada ve ülkemizde KOAH prevalansını arttıran en önemli risk faktörü sigara dumanı olup, ileri yaş, mesleki maruziyet, düşük sosyoekonomik durum ve genetik yatkınlık diğer risk faktörleri olarak sıralanabilir¹.

KOAH'da kronik inflamasyon, aşırı mukus sekresyonu ve akciğer parankim dokunun harabiyeti gibi fizyopatolojik değişiklikler sonucu hava yollarında obstrüksiyon gelişmektedir. Hava yollarındaki obstrüksiyon nedeni ile dispne başta olmak üzere öksürük, balgam çıkarma, yorgunluk, depresyon ve uykusuzluk gibi birçok semptom görülmektedir. KOAH hastalarında en yaygın görülen semptom dispne olmakla birlikte, yorgunluk ve uyku sorunları da oldukça sık rapor edilmektedir⁷. Yaşanan yorgunluk⁸ ve uyku sorunlarının da birbirlerini olumsuz etkilediği literatürde belirtilmektedir⁹⁻¹¹. Wong et al.⁸ yaptığı çalışmada, KOAH hastalarının %95.3'ünün yorgunluk deneyimlediği saptanmıştır. Yapılan bir diğer çalışmada⁹, KOAH hastalarının %98'inin uyku sorunu yaşadığı ve yaşanan yorgunluğun uyku sorunlarını daha da arttırdığı, ayrıca uyku bozukluklarının yorgunluk şikâyetlerini daha da artırdığı saptanmıştır. Dayapoğlu ve Tan¹⁰ KOAH hastalarında uyku kalitesindeki bozulmanın yorgunluk düzeylerinde artışa yol açtığını saptamışlardır. KOAH hastalarında yorgunluk ve uyku sorunlarının ortaya çıkmasında; hastalığın her evresinde görülebilen akut alevlenme atakları, uykunun REM aşamasında görülen hipoksi ve hiperkapni, doku oksijenlenmesindeki ve oksidatif metabolizmadaki azalma, tekrarlı hastaneye yatışları, düşük egzersiz kapasitesi ile birlikte kasların gücünde ve dayanıklılığında azalma, aşırı stres, anksiyete, depresyon, bazı ilaçların yan etkileri, beslenme bozuklukları gibi faktörlerin etkili olabileceği düşünülmektedir^{9, 12, 13}.

Hastaların KOAH'a bağlı yaşadığı semptomlarla baş etmesinde uygulanan nonfarmakolojik yöntemler, pulmoner rehabilitasyon, evde uzun süreli oksijen tedavisi, evde mekanik ventilasyon desteği ve cerrahi tedavi olmak üzere, dört başlık altında gruplandırılabilir¹⁴. Pulmoner rehabilitasyon programları kapsamında, semptom yönetimine yönelik olarak solunum egzersizleri¹⁵, refleksoloji¹⁶, aerobik ve kuvvet egzersizleri¹⁷, fiziksel egzersiz⁷, ev tabanlı hasta eğitimi¹⁸ ve gevşeme egzersizleri gibi non-farmakolojik birçok yöntem kullanılabilir. Uygulanan bu yöntemler KOAH'lı hastaların fizyolojik ve psikososyal fonksiyonlarının iyileştirilmesine katkı sağlasa da, hastanede uygulanan rehabilitasyon programlarına katılım sınırlı olabilmektedir. Ayrıca günümüzdeki sağlık sistemi göz önüne alındığında, hastaların evde rehabilitasyon programlarını uygulamalarını destekleyecek sağlık hizmetlerinin yetersizliği ve yaşanan bireysel güçlükler nedeni ile kliniklerde başlanan rehabilitasyon girişimleri ev ortamında sürdürülememektedir. Hastanede uygulanmaya başlanan rehabilitasyon programlarının evde de sürdürülebilmesinde, hastalara yapılacak ev ziyaretleri ile desteklenmelerinin etkili olabileceği öngörülmektedir¹⁹.

Pulmoner rehabilitasyon programları kapsamında KOAH hastalarının semptom yönetimine yönelik hemşireler tarafından uygulanabilen ve hastaların da evde tek başına kolaylıkla uygulayabildikleri yöntemlerden biri progresif gevşeme egzersizleri (PGE)'dir. Farklı hasta gruplarında düzenli uygulama ile PGE'nin kas gerginliğini, stresin etkilerini, anksiyeteyi, depresyonu²², ağrı ve yorgunluğa duyarlılığı azalttığı saptanmıştır^{20, 21}. Bu çalışmada, KOAH hastalarına uygulanan PGE'nin etkisini ortaya koyan çalışmaların sistematik olarak incelenmesi ve mesleki literatüre katkı sağlanması amaçlanmıştır.

Araştırma Sorusu

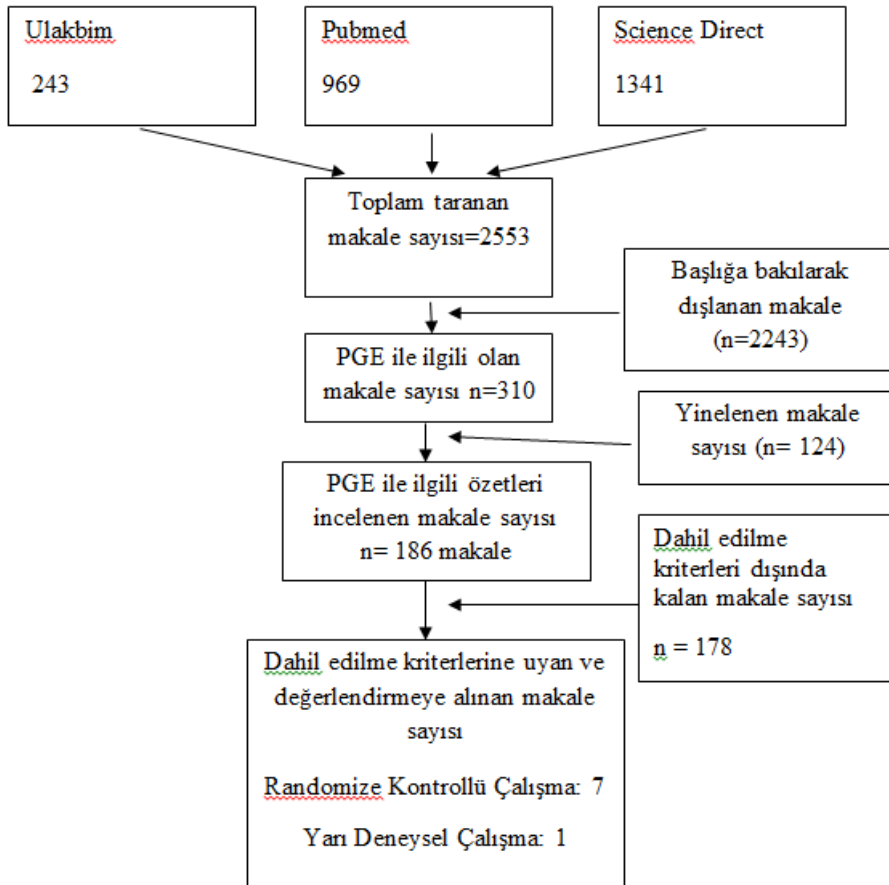
KOAH hastalarına uygulanan PGE, KOAH semptomlarının yönetiminde etkili olup olmadığını kanıtları nelerdir?

GEREÇ ve YÖNTEM

Çalışmada KOAH hastalarında PGE'nin etkisini ortaya koyan makalelerin kapsamlı olarak yer aldığı PubMed, Science Direct ve ULAKBİM elektronik veri tabanları kullanılmıştır. Taramalar, araştırma basamak süreçleri olan "Sorun (Problem), müdahale (Intervention), karşılaştırma (Comparison), sonuç (Outcome) -PICO" basamakları göz önünde bulundurularak yapılmıştır. Çalışmada anahtar kelime olarak; "Progresif gevşeme/Progressive relaxation", "KOAHA/COPD", "Kas gevşeme/Muscle relaxation", "Gevşeme egzersizi/Relaxation exercise", "Gevşeme/Relaxation" kelimeleri kullanılmıştır. Literatür taraması yapılırken, kapsadığı yıllar açısından herhangi bir sınırlama yapılmaksızın Temmuz 2018 tarihine kadar yayınlanmış olan çalışmalar taranmıştır. Elektronik tarama ile saptanan 2553 çalışmanın 2243'ü başlığa bakılarak dışlanmıştır. Tarama sonucunda PGE'nin uygulandığı 310 makalenin başlık ve özetleri gözden geçirilmiş ve tekrarlayan makaleler (n:124) çıkarılmıştır. Makale seçim kriterlerine göre 178 makale inceleme dışı bırakılmak durumunda kalmıştır ve incelemeye 8 çalışma alınmıştır.

Çalışmada anahtar kelimelerin kullanım kombinasyonları aşağıdaki şekildedir:

1. KOAH hastalarında progresif gevşeme egzersizi
2. Progresif gevşeme egzersizi ve KOAH
3. Progresif gevşeme ve KOAH
4. Gevşeme egzersizi ve KOAH



Şekil 1. Uygulama Akış Şeması

Makale dahil edilme kriterleri

Çalışma kapsamına alınan makalelerin seçiminde aşağıdaki kriterler dikkate alınmıştır;

- KOAHA tanısı olan hastaların örnek alındığı ve müdahale olarak PGE'nin uygulandığı çalışmaların olması,
- Sorun, müdahale, karşılaştırma, sonuç basamaklarını sağlaması (Araştırma makalesi olması)
- Yayın dilinin Türkçe ya da İngilizce olması,
- Temmuz 2018 tarihine kadar yayınlanmış olması
- Tam metnine ulaşılabilmesi

Dışlanma kriterleri;

- Araştırma türü olarak in-vitro çalışmalar, nitel araştırmalar, sistematik derlemeler, olgu sunumları, meta analizler, editör yazıları

Kalite değerlendirme

Araştırmaya dâhil edilen çalışmaların metodolojik kalite değerlendirmesi, iki bağımsız araştırmacı tarafından, seçilen araştırma türlerine göre Joanna Briggs Enstitüsü (JBI) eleştirel değerlendirme listelerine göre yapılmıştır. Nahcivan ve Seçginli²³ tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yapılan JBI kalite değerlendirme araçlarının ve kontrol listelerinin Cronbach's alfa katsayısı orta düzeyde bulunmuştur. Ayrıca JBI-MASARI kontrol listelerindeki her madde için "Evet "cevabı 1 puan, "Hayır", "Belirtilmemiş" ve "Uygun değil" cevabı 0 puan ile değerlendirilir. "Deneysel ve Yarı Deneysel Araştırmalar İçin Kontrol Listesi" MASARI Kritik Değerlendirme puanı 0-10 puan arasında değişir. Toplam puanın yüksekliği araştırmanın metodolojik kalitesinin yüksekliğine işaret eder (Tablo 1). Çalışmaların metodolojik kaliteleri incelendiğinde; randomize kontrollü çalışmaların kalitesinin, randomize olmayan deneysel tasarımlara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Randomize kontrollü çalışmalarda katılımcıların girişim/televi gruplarına kör teknikle atanıp atanmadığı, katılımcıları çalışma gruplarına dağıtan kişi, katılımcıların hangi tedaviyi aldığından habersiz olup olmadığı ve sonuçları değerlendirenlerin katılımcıların hangi grupta olduklarından habersiz olup olmadığı, çalışmanın metodolojik kalitesini etkilemektedir (Tablo 1).

Tablo 1. Deneysel ve Yarı-Deneysel Araştırmaların Metodolojik Değerlendirmesi

Çalışmalar	Chegeni et al (2018)	Patimah et al (2015)	Gift et al (1992)	Singh et al (2009)	Lolak et al (2008)	Jebakumar et al (2014)	Yılmaz et al (2017)	Şahin et al (2015)
1.Katılımcılar girişim/televi gruplarına gerçekten rastgele mi atanmıştır?	1	1	1	1	1	1	1	1
2.Katılımcılar girişim/televi gruplarına kör teknikle mi atanmıştır? (katılımcıların yapılan girişimi/televi yi bilmemesi)	1	0	0	0	0	0	0	0
3. Katılımcıları çalışma gruplarına dağıtan kişi, katılımcıların hangi tedaviyi aldığından habersiz miydi?	0	0	0	0	0	0	0	0
4.	0	0	0	1	1	1	0	0

Çalışmadan ayrılan katılımcıların sonuçları verilmiş ve analize dahil edilmiş midir?								
5. Sonuçları değerlendirenler katılımcıların hangi grupta olduklarında n habersiz miydi?	1	0	0	0	0	0	0	0
6. Çalışmanın başlangıcında deney ve kontrol grupları temel özellikler yönünden benzer miydi?	1	1	0	1	1	1	1	0
7. Gruplar uygulanan girişim(ler) dışında aynı şekilde takip edilmiş miydi?	1	1	0	1	1	1	1	0
8. Sonuçlar tüm gruplarda aynı şekilde mi ölçülmüştü?	1	1	1	1	1	1	1	1
9. Sonuçlar güvenilir şekilde ölçülmüş müdür?	0	0	0	0	0	0	0	0
10. Uygun istatistiksel analizler kullanılmış mıdır?	1	1	1	1	1	1	1	1
Toplam	7	5	3	6	6	6	5	3

Cevap	Puan
Evet	1
Hayır, belirtilmemiş, uygun değil	0

Verilerin Analizi

Verilerin özetlenmesi için yazarlar tarafından standart bir veri çıkarım formu geliştirilmiş ve veriler buna göre değerlendirilmiştir. Veri çıkarım formunun içeriğinde çalışmaların yazarları, yılı, çalışmanın amacı, tasarımı, çalışmada kullanılan veri toplama yöntemi ile ilgili bilgiler yer almıştır. Makalelerin elemeleri iki araştırmacı tarafından birbirinden bağımsız olarak gerçekleştirilmiştir. Kalite değerlendirmesini tek araştırmacı yapmış ve değerlendirme sonucunda en yüksek puanın 7, en düşük puanın 3 olduğu görülmüştür (Tablo 1).

BULGULAR

Literatür incelemesi sırasında toplamda 2553 makale taranmış ve 310 makalenin PGE ile ilgili çalışma olduğu saptanmıştır. Bu araştırmalar başlık ve özetlerine göre incelendiğinde 8 makalenin KOAH hastalarında PGE'nin etkisini belirlemek için yapılan çalışmalar olduğu saptanmıştır.

Çalışmalar ve özellikleri

Bu çalışma 7 randomize kontrollü çalışma (RKÇ) ve bir yarı deneysel olmak üzere 8 makale içermektedir. Çalışmaların toplam örneklem sayısı 453 KOAH hastasından oluşmaktadır. Çalışmaların detayları Tablo 2'de verilmiştir.

Tablo 2. KOAH Hastalarında PGE'nin Etkisini İnceleyen Çalışmalar

Yazar /yıl	Amaç	Örneklem	Veri araçları/Yöntem toplama	Sonuç	Öneriler
2018 Chegeni PS Gholami M Azargoon A Pour AHH Birjandi M Norollahi H	KOAH'ı olan hastalarda progresif gevşeme egzersizlerinin yorgunluk ve uyku kalitesinin yönetimi üzerine etkisini belirlemek amacı ile yapılmıştır.	Randomize kontrollü çalışma (RKÇ) Evre 3 v 4 91 KOAH'lı hasta Kontrol grubu=46 Müdahale grubu=45 8 hafta süre ile günde iki kez 30 dakika süre ile progresif gevşeme egzersizi uygulanmış Araştırmacı tarafından hastanın günlük not tutması istenmiş ve her hafta araştırmacı tarafından telefonla izlem yapılmıştır.	Yorgunluk Şiddeti Ölçeği Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi	Çalışma sonucunda 8 hafta süre ile ev temelli uygulanan progresif gevşeme egzersizlerinin evre 3 ve 4 KOAH hastalarında yorgunluğu azaltmada ve uyku kalitesini arttırmada etkili olduğu saptanmıştır.	Çalışmadan elde edilen bulgular doğrultusunda kardiyopulmoner rehabilitasyon kliniklerinde hemşireler tarafından progresif gevşeme egzersizleri eğitiminin verilmesi önerilmiştir.
2017 Yılmaz CK Kapucu S	Araştırma KOAH'ı olan bireylerde progresif gevşeme egzersizlerinin yorgunluk düzeyi ve uyku kalitesi üzerine etkisini incelemek amacı ile yapılmıştır.	RKÇ 68 KOAH hastası; 34 müdahale, 34 kontrol grubu 8 hafta süre ile haftada iki gün araştırmacı tarafından, diğer günler bireyin kendisi tarafından progresif gevşeme egzersizleri uygulanmıştır.	KOA ve Astım Yorgunluk Ölçeği KOA ve Astım Uyku Ölçeği Medical Research Council (MRC) Dispne Skalası	Orta ve ileri evre KOAH'lı hastalarda görülen dispne, yorgunluk ve uyku sorunlarını azaltmada progresif gevşeme egzersizlerinin etkili olduğu saptanmıştır.	Çalışmadan elde edilen bulgular doğrultusunda, klinik hemşireleri tarafından KOAH hastalarına progresif gevşeme egzersizlerinin uygulanabileceği vurgulanmıştır.
2017 Patimah S Kusnanto Rayasari F	Araştırma, KOAH hastalarının akciğer fonksiyonu ve depresyon, yorgunluğu üzerine Pursed lip solunumla birlikte Progresif gevşeme egzersizlerinin etkisini belirlemek için yapılmıştır.	RKÇ Müdahale grubu 18 Kontrol grubu 18 olmak üzere toplam 36 KOAH hastası ile yapılmıştır.	FACIT-F Ölçeği Beck Depresyon Envanteri Solunum hızı Oksijen saturasyonu Peak Ekspiratuar akış hızı	Çalışma sonucunda yorgunluk ve depresyon düzeyinde anlamlı bir azalma olduğu, solunum hızı, oksijen saturasyonu değeri ve pik ekspirasyon akım değerinde anlamlı bir azalma olmadığı saptanmıştır.	
2015 Akgün Şahin Z Dayapoğlu N	Araştırma KOAH'ı olan hastalarda progresif gevşeme egzersizlerinin yorgunluk ve uyku kalitesi üzerine etkisini belirlemek için yapılmıştır.	45 KOAH hastası; öntest/sontest dizaynda tek grup yarı deneysel çalışma Uygulama süresi; 6 hafta süre ile günde bir kez progresif gevşeme egzersizi yapılmıştır.	Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi KOA ve Astım Yorgunluk Ölçeği	KOA hastalarında progresif gevşeme egzersizlerinin yorgunluk düzeyini azalttığı ve uyku kalitesini arttırdığı, uyku kalitesi azaldıkça hastaların	progresif gevşeme egzersiz programlarının rehabilitasyon hemşireleri tarafından uygulanması

				yorgunluk düzeyinin arttığı saptanmıştır	önerilmiştir.
2014 Naveen Jebakumar M Porkodi A Akila P	Araştırma, KOAH'lı hastalarda progresif kas gevşetmenin psiko-fizyolojik parametreler üzerine etkisini değerlendirmek için yapılmıştır.	RKÇ 40 KOAH hastası; Müdahale grubu 20 hasta, kontrol grubu 20 hasta. Progresif gevşeme egzersizi 5 gün boyunca günde iki kez yapılmıştır.	Fizyolojik parametreler; kan basıncı, kalp hızı Ekspiratuar akış hızı Borg CR10 Ölçeği Spielberger's Durumluluk Kaygı Envanteri	Progresif gevşeme egzersizi uygulanan hastalarda psiko-fizyolojik parametrelerde anlamlı bir farklılık olduğu ve gevşemenin kan basıncı, kalp atım hızı ve anksiyeteyi azalttığı saptanmıştır.	Benzer çalışmaların daha büyük örneklem gruplarında ve çok merkezli olarak yapılması, bu çalışmalarda daha uzun süreli ve ev temelli programların uygulanması önerilmiştir.
2009 Singh VP RaoV Prem V Sahoo RC Keshav Pai K	Araştırmada bir alevlenme döneminden sonra hastanede yatan KOAH hastalarında müziğin ve progresif gevşeme egzersizlerinin akut etkilerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.	64 KOAH hastası; 32 hasta müzik grubu, 32 hasta progresif gevşeme egzersizi uygulanan grup Randomize kontrollü öntest – sontest dizayn Müzik grubunda sabah ve öğleden sonra iki seans, her seans 30 dakika müzik dinletilmiş, her seanstan önce ve sonra değerlendirme yapılmıştır Progresif gevşeme egzersizi uygulanan gruba da benzer olarak 2 seans progresif gevşeme egzersizleri uygulanmış, her uygulama öncesi ve sonrası değerlendirme yapılmıştır	Görsel Benzerlik Dispne Skalası (Visual analogue dyspnoea Scale - VADS) Speilberger'in Sürekli Kaygı Envanteri (STAI), Speilberger's Durumluluk Kaygı Envanteri (SSAI) Fizyolojik değişkenler; kan basıncı, nabız hızı, solunum hızı	Alevlenme ile hastaneye yatan KOAH hastalarında müzik ve progresif gevşeme egzersizlerinin sistolik kan basıncı, nabız ve solunum hızı gibi fizyolojik parametrelerle birlikte anksiyete ve dispneyi azaltmada etkili olduğu, müzik grubundaki azalmaların progresif gevşeme egzersizlerine göre daha fazla olduğu saptanmıştır.	Çalışma sonucunda bu yöntemlerin solunum fonksiyon testleri, alevlenme atakları ve yaşam kalitesi üzerine etkisini belirlemeye yönelik daha uzun süreli çalışmalar yapılması önerilmiştir.
2008 Lolak S, Connors GL Sheridan MJ Wise TN	Araştırma ayakta pulmoner rehabilitasyon alan kronik solunum düzensizliği olan hastalarda progresif kas gevşeme eğitiminin anksiyete ve depresyon üzerine etkisini incelemek için yapılmıştır.	RKÇ 83 KOAH'lı hasta (Hastaların 54'ü); Müdahale grubu 37, standart grup 46 hasta. Müdahale grubuna pulmoner rehabilitasyon programının 2-8.haftaları arasında 4 hafta süre ile haftada iki gün rehabilitasyon programına ek olarak progresif gevşeme eğitimi verilip 25 dakika uygulanmıştır. Standart gruptaki hastalara sadece pulmoner rehabilitasyon programı uygulanmıştır.	Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği FEV1 (solunum fonksiyon kapasitesi) ölçümü 6 dakikalık yürüme testi	Pulmoner rehabilitasyon kronik akciğer hastalarında anksiyete ve depresyon düzeyinin azaltılmasında etkilidir. Sekiz haftalık süreçte hem müdahale hem de standart gruptaki hastaların anksiyete ve depresyon düzeyinde anlamlı bir azalma olduğu saptanmıştır fakat gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir.	Gelecekteki randomize kontrollü çalışmalarda, pulmoner rehabilitasyon programına progresif gevşeme egzersizi eklemeye maliyetinin incelenebileceği önerilmiştir.
1992 Gift AG Moore T Soeken K	Araştırma KOAH hastalarında progresif gevşeme egzersizlerinin dispne ve anksiyete üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.	RKÇ 26 KOAH hastası; müdahale grubu 13 hasta, kontrol grubu 13 hasta.	Görsel Benzerlik Dispne Skalası (Visual analogue dyspnoea Scale - VADS) Speilberger'in Durumluluk Sürekli Kaygı Envanteri Peak Ekspiratuar akım hızı Periferel cilt ısısı Kalp hızı Solunum hızı	Çalışmada KOAH hastalarında progresif gevşeme egzersizlerinin kalp hızını, anksiyeteyi, dispne ve havayolu obstrüksiyonunu azaltmada etkili olduğu saptanmıştır.	Çalışma sonucunda benzer çalışmaların daha büyük örneklem gruplarında ve kliniklerde yapılması önerilmiştir.

Progresif gevşeme egzersizlerinin etkisi

KOAH hastalarında PGE'nin etkisini ortaya koyan sekiz makaleye ulaşılmıştır. Bu çalışmalarda KOAH hastalarında görülen yorgunluk, uyku kalitesi, dispne, depresyon ve anksiyete semptomları, fizyolojik parametreler, FEV1 değeri, Peak Ekspiratuar akım hızı üzerine PGE'nin etkisi ortaya konmuştur. Seyedi Chegeni ve arkadaşları²⁴ tarafından evre 3 ve 4 olan 91 (müdahale grubu:45, kontrol grubu:46) KOAH hastası ile yapılan çalışmada, 8 hafta süre ile günde iki defa PGE uygulanmış ve haftada bir telefon ile izlem yapılmıştır. Çalışma sonucunda PGE'nin yorgunluğu azaltmada ve uyku kalitesini arttırmada etkili olduğu saptanmıştır. Yılmaz ve Kapucu²⁵ orta ve ileri evre 68 KOAH hastasına sekiz hafta süre ile günde bir kez uygulanan PGE'nin dispne, yorgunluk ve uyku sorunlarını azaltmada PGE'nin etkili olduğunu saptamıştır. Patimah, Kusnanto, Rayasari²⁶ tarafından yapılan çalışmada, pursed lip solunumuyla birlikte uygulanan PGE'nin yorgunluk, depresyon, solunum hızı, oksijen satürasyonu ve peak ekspiratuar akım hızı üzerine etkisi değerlendirilmiştir. Çalışma sonucunda pursed lip solunumuyla birlikte uygulanan PGE'nin yorgunluk ve depresyon skorlarında anlamlı bir azalma olduğu ($p<0.001$), solunum hızı, oksijen satürasyonu ve peak ekspiratuar akım hızı değerlerinde anlamlı bir değişim olmadığı ($p>0.05$) saptanmıştır. Şahin ve Dayapoğlu²⁷ öntest - sontest dizaynda tek grup olarak 45 KOAH hastası ile yaptıkları çalışmada 6 hafta süre ile günde bir kez uygulanan PGE'nin yorgunluk düzeyini azalttığı ($p<0.001$) ve uyku kalitesinin arttığı ($p<0.05$) belirlenmiştir. Naveen Jebakumar, Porkodi, Akila²⁸ PGE'nin KOAH hastalarında PGE'nin kan basıncını, kalp atım hızını, dispneyi ve anksiyeteyi azalttığını saptamıştır. Singh ve arkadaşları²⁹ hastanede yatan KOAH hastalarında müzik ve PGE'nin etkisini değerlendirdikleri çalışmada, müzik grubuna günde iki kez 30 dakika müzik, PGE grubuna da benzer şekilde günde iki kez PGE uygulanmış. Çalışma sonucunda müzik ve PGE'nin fizyolojik parametreleri (sistolik kan basıncı, kalp atım hızı, solunum hızı), anksiyete ve dispneyi azalttığı saptanmıştır. Müzik grubundaki azalmanın PGE göre daha fazla olduğu belirtilmiştir. Lolak ve arkadaşları²² tarafından ayaktan pulmoner rehabilitasyon uygulanan kronik solunum yetmezliği olan 83 hastaya (54'ü KOAH) pulmoner rehabilitasyon programına ek olarak dört hafta süre ile haftada iki gün PGE uygulanmış. Çalışma sonucunda hem müdahale hem de standart gruptaki hastaların anksiyete ve depresyon düzeyinde anlamlı bir azalma olduğu saptanmış fakat gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir. Gift, Moore, Soeken³⁰ tarafından 26 KOAH hastası ile yapılan çalışmada, PGE'nin kalp hızını, anksiyeteyi, dispne ve hava yolu obstrüksiyonunu azaltmada etkili olduğu saptanmıştır.

TARTIŞMA

Literatürde KOAH hastalarında başta dispne olmak üzere, yorgunluk, uyku sorunları, öksürük, anksiyete ve depresyon yaygın olarak görülen semptomlar arasında yer almaktadır. Yoğun ilaç tedavisine rağmen özellikle ileri evre KOAH hastalarında bu semptomlarının etkin yönetiminde güçlükler yaşanabilmekte ve günlük aktivitelerde önemli ölçüde kısıtlılığa yol açmaktadır³¹. Bu nedenle KOAH semptomlarının şiddetini azaltmada etkili yöntemlerin belirlenmesi büyük önem taşımaktadır. İncelediğimiz çalışmalar, farklı örneklem büyüklüğü ve sürelerde yapılmış olmasına rağmen, sonuçlar PGE'nin KOAH hastalarında görülen birçok semptom üzerine etkili olduğunu ortaya koymuştur^{22,24-31}. Literatürde³²⁻³⁴ farklı hasta gruplarında benzer semptomlar üzerine yapılan çalışmalarda da benzer sonuçlar elde edilmiştir. Dayapoğlu ve Tan¹⁰ tarafından Multiple Skleroz hastaları ile yapılan bir çalışmada, 6 hafta süre ile uygulanan PGE'nin hastaların yorgunluk düzeyini azaltmada ve uyku kalitesini arttırmada etkili olduğu saptanmıştır. Bir başka çalışmada pulmoner hipertansiyonu olan hastalarda PGE'nin anksiyete, depresyon durumunu ve yaşam kalitesini iyileştirdiği belirlenmiştir³⁴. Buraya bir yorum eklenmesi gerektiğini düşünüyorum. Farklı hasta gruplarında da etkiliymiş evet, kanıtlar da var tamam, bunun yazar için anlamı nedir yani?

İncelediğimiz çalışmalarda PGE'nin uygulama süresi, sıklığı ve hasta izlem şekli farklılık göstermektedir. Bu çalışmaya dahil ettiğimiz 4 araştırmada^{22,26-29} PGE 12 oturum ve daha az sayıda uygulanmış ve hasta izleminin yapıldığına ilişkin bilgiye ulaşılamamıştır. Naveen Jebakumar, Porkodi, Akila²⁸ tarafından yapılan çalışmada 5 gün süre ile toplamda 10 oturum PGE uygulanmış olup, dispne ve anksiyete skorlarında anlamlı azalma olurken kalp hızı ve pik ekspiratuar akım hızında değişiklik olmamıştır. Bir başka çalışmada, hastanede yatan KOAH hastalarında yalnızca iki seans PGE ve müzik uygulanarak değerlendirme yapılmış ve dispne, anksiyete, solunum ve kalp atım hızında azalma olduğunu ancak azalmanın müzik grubunda daha fazla olduğunu belirtilmiştir²⁹. KOAH hastalarında müzik ve PGE'nin daha uzun süreli uygulandığı çalışmaların yapılması önerilmektedir. Lolak ve arkadaşları²² pulmoner rehabilitasyon ile birlikte PGE uygulaması ve (PGE uygulama sayısı: 12) planlanmış bir pulmoner rehabilitasyon programına yapılandırılmış progresif gevşeme egzersizi eğitimi eklenmesinin, pulmoner rehabilitasyon alan hastalarda anksiyete ve depresyonun daha da azaltılmasında ek klinik fayda sağlamayacağını belirtmişlerdir²². Bu çalışma sonuçları PGE uygulama sayısının ve hasta izleminin

girişimlerin etkinliği bakımından önemli olduğunu göstermektedir. Çünkü PGE uygulama süresi 6-8 hafta ya da daha fazla olan ve hasta eğitim kitapçığı verilerek hasta izlemi yapılan çalışmalarda PGE'nin semptom kontrolünde daha etkili olabileceği düşünülmektedir^{24,25,27}.

Literatürde yer alan çalışmalarda hasta izlemi ev ziyareti^{34,36}, telefon ile takip³⁷⁻³⁹ ya da kliniğe çağırma²⁷ gibi farklı şekillerde yapılmış ve PGE'nin etkililiği bakımından farklı sonuçlar elde edilmiştir. Yılmaz ve arkadaşları³⁷ tarafından yaşlı inmeli hastalara bakım veren bireylere 8 hafta süre ile haftada 3 oturum PGE uygulanan çalışmada, haftada iki defa telefon ile arayarak bakım verenlerin izlemi yapılmıştır. Çalışma sonucunda bakım veren yükü ve depresyon düzeyinde müdahale ve kontrol grubu arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Buna karşılık Ghafari ve arkadaşları³⁸ iki ay boyunca haftada 2-3 kez telefon ile hasta izlemi yaptıkları çalışmalarında, PGE'nin yaşam kalitesini arttırdığını belirlemiştir. Literatürde^{40,41} ev ziyareti yoluyla verilen hemşirelik bakımının semptom kontrolünün sağlanmasında, hastaneye başvuruların azaltılmasında, bireylerin hastalık sürecine ve önerilen egzersiz programlarına uyumlarının ve motivasyonlarının artırılmasında etkili olduğu belirtilmektedir. Bal Özkaptan ve Kapucu¹⁸ KOAH'lı olan bireylerde ev ziyareti yoluyla öz-bakım modeline göre verilen hemşirelik bakımının hastaların semptom yönetiminde etkili olduğunu belirlemiştir. Ev ziyareti yaklaşımının, hastaya kendini daha değerli hissettirdiği, hasta motivasyonunda artış sağlayarak kalıcı davranış değişikliği oluşturması ve egzersiz programına uyumda artışa katkı sağladığı belirlenmiştir. Ayrıca ev ziyareti hastanın yaşadığı çevre ve olanakları hakkında araştırmacıya bilgi sağlamakta ve bu veriler ışığında yapılacak girişimlerin uygulanmasına engel durumların düzeltilmesine imkân vermektedir. Bunlara ek olarak ev ziyareti hasta birey için sağlık ekibi tarafından sağlanan bir sosyal destek olarak kabul edilebilir. Bu nedenle bundan sonraki araştırmalarda ev ziyareti, telefon ile izlem ve kliniğe çağırma gibi hasta izlem yaklaşımlarının birbiriyle karşılaştırıldığı çalışmaların yapılmasının önemli olabileceği düşünülmektedir.

İncelenen çalışmalarda, KOAH hastalarına uygulanan PGE'nin anksiyete, depresyon, yorgunluk, uyku sorunları semptomları ile fizyolojik parametreler üzerine etkili bir yöntem olduğu saptanmıştır. Ayrıca klinik alanda hemşireler tarafından bağımsız karar verip uygulanabilen bir yöntem olan PGE, hastalar tarafından da kolaylıkla uygulanabilen, ucuz ve etkili bir yöntem olması bakımından da önemlidir.

SONUÇ

Sonuç olarak, incelenen çalışmalar KOAH hastalarında görülen birçok semptomun yönetiminde PGE etkili yöntem olduğuna yönelik kanıtlar oluşturmuştur. İncelenen çalışmalarda PGE uygulanan hastaların dispne, yorgunluk, uyku sorunlarını azaltmada etkili olduğu belirlenmiştir. Bu nedenle hemşirelerin gevşeme egzersizlerinin uygulaması hakkında bilgilendirilmeleri, KOAH hastalarının rutin tedavi ve bakım sürecinde uygulanan hemşirelik girişimlerinin bir parçası olarak gevşeme egzersizlerini kullanmalarının desteklenmesi gerektiği düşünülmektedir. Ayrıca gevşeme egzersizlerinin hem kliniklerde hem de KOAH hastalarına yönelik hazırlanan ev tabanlı rehabilitasyon uygulamaları içinde yaygınlaştırılması, hemşirelerin kanıt temelli uygulamaları kullanarak profesyonelleşme sürecine katkı sağlayacağı öngörülmektedir. Bu nedenle hemşirelerin KOAH'lı hastaların semptom kontrolüne yardımcı olabileceği düşünülen PGE yöntemini klinikte, poliklinik ve ev ortamında bakım prosedürleri içinde kullanmasını ve hastaları bu yönden izlemesini önermekteyiz. Ayrıca randomize kontrollü çalışmalar yapılarak, hastaların PGE yöntemini etkin yapma koşullarının ve etkinliğinin belirlendiği araştırmaların yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. GOLD 2018, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease: Global Strategy For Diagnosis, Management and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease [Internet]. Updated 2018 [Erişim Tarihi 14 Ağustos 2018]. Erişim adresi: https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2017/11/GOLD-2018-v6.0-FINAL-revised-20-Nov_WMS.pdf.
2. Yürüktümen A, Karcıoğlu Ö, Topacıoğlu H, Karbek F. Dispne ile başvuran geriatrik olgularda yakınma şiddeti ile klinik ve laboratuvar verilerinin değerlendirilmesi. Türkiye Acil Tıp Dergisi. 2009; 9(4):163-168.
3. Türkiye İstatistik Kurumu ölüm nedenlerinin cinsiyete göre dağılımı, 2013-2014. www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=1885, Erişim: 30 Mart 2015.
4. Akgün D. Isparta il merkezinde KOAH öntanı prevalansı ve ilişkili faktörler. Türk Toraks Dergisi. 2013;14:43-47.
5. Deveci F, Deveci SE, Türkoğlu S ve ark. The prevalence of chronic obstructive pulmonary disease in Elazığ, eastern Turkey. European Journal of Internal Medicine. 2011;22(2):172-176.
6. Kocabaş A, Hancıoğlu A, Türkyılmaz S ve ark. Prevalence of COPD in Adana, Turkey (BOLD-Turkey Study). Proceedings of the American Thoracic Society. 2006;3:A543.
7. Arslan S, Öztunç G. The effects of a walking exercise program on fatigue in the person with COPD. Rehabilitation Nurs. 2016;41(6):303-312.
8. Wong CJ, Goodridge D, Marciniuk DD, Rennie, D. Fatigue in patients with COPD participating in a pulmonary rehabilitation program. International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. 2010;5(5):319-326.
9. Çınar S, Olgun N. Determining of fatigue and sleep disturbance in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Türkiye Klinikleri, Journal of Nursing Sciences. 2012;2(1):12-20.
10. Dayapoğlu N, Tan M. Evaluation of the effect of progressive relaxation exercises on fatigue and sleep quality in patients with multiple sclerosis. The Journal of Alternative and Complementary Medicine. 2012;18(10):983-987.

11. McDonnell LM, Hogg L, McDonnell L, White P. Pulmonary rehabilitation and sleep quality: a before and after controlled study of patients with chronic obstructive pulmonary disease. *NPJ Primary Care Respiratory Medicine*. 2014;10;24:14028.
12. Çiçek HS, Çiçek H, Deniz Ö ve ark. KOAH olan bireylerde yüksek protein içerikli beslenmenin arteriyel kan gazları, solunum fonksiyon testleri ve yorgunluk üzerine etkileri. *MN Dahili Tıp Bilimleri*. 2007;2(3-4): 95-105.
13. Garrow AP, Yorke J, Khan N et al. Systematic literature review of patient-reported outcome measures used in assessment and measurement of sleep disorders in chronic obstructive pulmonary disease. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2015;10:293-307.
14. Durna Z, Akın S. (2012). *Kronik Hastalıklar ve Bakım*. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul.
15. Çiçek HS, Akbayrak N. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerde solunum egzersizlerinin kan gazları ve solunum fonksiyon testlerine etkisi. *Gülhane Tıp Dergisi*. 2004;46(1): 1-9.
16. Polat H, Ergüney S. The effect of reflexology applied to patients with chronic obstructive pulmonary disease on dyspnea and fatigue. *Rehabil Nurs*. 2017; 42(1):14-21. doi: 10.1002/rnj.266.
17. Leite, MR, Ramos EM, Kalva-Filho CA, Freire AP, de Alencar Silva BS, Nicolino J, de Toledo-Arruda AC, Papoti M, Vanderlei LC, Ramos D. Effects of 12 weeks of aerobic training on autonomic modulation, mucociliary clearance, and aerobic parameters in patients with COPD. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2015;10:2549-557. doi: 10.2147/CO PD. S81363. eCollection 2015.
18. Özkaptan, BB, Kapucu, S. Home nursing care with the self-care model improves self-efficacy of patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Japan Journal of Nursing Science*. 2015;28.
19. Carrie-Kolhman V, Donesky-Cuenco D, Neuhaus J. Impact of brief or extended exercise training on the benefit of a dyspnea self-management program in COPD. *J Cardiopulm Rehabil*. 2005; 25: 275-284.
20. Demiralp M, Oflaz F, Komurcu S. Effects of relaxation training on sleep quality and fatigue in patients with breast cancer undergoing adjuvant chemotherapy. *Journal Clinical Nursing*. 2010;19(7-8):1073-1083.
21. Sun J, Kang J, Wang P, Zeng H. (2013). Self-relaxation training can improve sleep quality and cognitive functions in the older: a one-year randomised controlled trial. *Journal Clinical Nursing*. 2013;22(9-10):1270-280.
22. Lolak S, Connors GL, Sheridan MJ, Wise TN. Effects of progressive muscle relaxation training on anxiety and depression in patients enrolled in an outpatient pulmonary rehabilitation program. *Psychother Psychosom*. 2008;77(2):119-125.
23. Nahcivan N, Seçginli S. Sistematik derlemeye dahil edilen nicel araştırmaların metodolojik kalitesi nasıl değerlendirilir? *Türkiye Klinikleri Journal of Public Health Nursing-Special Topics*. 2017;3(1):10-19.
24. Chegeni PS, Gholami M, Azarsoon A, Hossein Pour AH, Birjandi M, Norollahi H. The effect of progressive muscle relaxation on the management of fatigue and quality of sleep in patients with chronic obstructive pulmonary disease: A randomized controlled clinical trial. *Complementary Therapies in Clinical Practice*. 2018;31:64-70.
25. Yılmaz CK, Kapucu S. The effect of progressive relaxation exercises on fatigue and sleep quality in individuals with COPD. *Holist Nurs Pract*. 2017; 31(6):369-377.
26. Patimah S, Kusnanto, Rayasari F. the effect of progressive muscle relaxation with pursed lips breathing towards fatigue, depression and lung function of COPD patients in provincial hospital of Jayapura. *International Journal of Science and Research (IJSR)*. 2319-7064. DOI: 10.21275/ART20177496.
27. Şahin ZA, Dayapoğlu, N. Effect of progressive relaxation exercises on fatigue and sleep quality in patients with chronic obstructive lung disease (COPD). *Complementary Therapies in Clinical Practice*. 2015; 21(4):277-281.
28. Naveen Jebakumar M, Porkodi A, Akila P. Effectiveness of progressive muscle relaxation on Psycho-physiological parameters among patients with copd at university teaching hospital. *Journal of Science*. 2014; 4(1):23-26.
29. Singh VP, Rao V, Prem V, Sahoo RC, Keshav Pai. Comparison of the effectiveness of music and progressive muscle relaxation for anxiety in COPD--A randomized controlled pilot study. *Chron Respir Dis*. 2009; 6(4):209-216.
30. Gift AG, Moore T, Soeken K. Relaxation to reduce dyspnea and anxiety in COPD patients. *Nursing Research*. 1992; 41(4): 242-246.
31. Akıncı ÇA, Pınar R. Kronik obstrüktif akciğer hastalarının günlük yaşam aktivitelerini yapma sırasında bağımlılık durumları ve etkileyen faktörler. *e-Journal of New World Sciences Academy*. 2011; 6(1).
32. Pathak P, Mahal R, Kohli A, Nimbran V. Progressive muscle relaxation: An adjuvant therapy for reducing pain and fatigue among hospitalized cancer patients receiving radiotherapy. *International Journal of Advanced Nursing Studies*. 2013; 2(2): 58-65.
33. Dehkordi A.H, Jalali A. Effect of progressive muscle relaxation on the fatigue and quality of life among Iranian aging persons. *Acta Med Iran*. 2016; 54(7): 430-436.
34. Li Y, Wang R, Tang J, Chen C, Tan L, Wu Z, et al. Progressive muscle relaxation improves anxiety and depression of pulmonary arterial hypertension patients. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*. 2015; 2015: 792895.
35. Saeedi M, Ashktorab T, Saatchi K, Zayeri F, Akbari SAA. The effect of progressive muscle relaxation on sleep quality of patients undergoing hemodialysis. *Iranian Journal of Critical Care Nursing*. 2012; 5(1): 23-28.
36. Yılmaz SG, Arslan S. Effects of progressive relaxation exercises on anxiety and comfort of Turkish breast cancer patients receiving chemotherapy. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2015;16(1):217-220.
37. Kütmeç Yılmaz C, Duru Aşiret G, Çetinkaya F, Oludağ G, Kapucu S. Effect of progressive muscle relaxation on caregiver burden and level of depression among caregivers of older stroke patients: a randomized controlled trial. *Japan Journal of Nursing Science*. Article DOI: 10.1111/jjns.12234.
38. Ghafari S, Ahmadi F, Nabavi M, Anoshirvan K, Memarian R, Rafatbakhsh M. Effectiveness of applying progressive muscle relaxation technique on quality of life of patients with multiple sclerosis. *Journal Clinical Nursing*. 2009; 18(15):2171-2179.
39. Nazik E, Öztunç G, Şahin B. Kemoterapi alan meme kanserli hastalarda progresif gevşeme egzersizlerinin uyku kalitesi ve ağrıya etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2014; 17:23.
40. Hermiz O, Comino E, Marks G, Daffurn K, Wilson S, Harris M. Randomized controlled trial of home-based care of patients with chronic obstructive pulmonary disease. *British Medical Journal*. 2002; 325(7370): 938-940.
41. Taylor SJ, Candy B, Bryar RM, Ramsay J, Vrijhoef HJ, Esmond G, Wedzicha JA, Griffiths CJ. Effectiveness of innovations in nurse led chronic disease management for patients with chronic obstructive pulmonary disease, systematic review of evidence. *British Medical Journal*. 2005; 331(485): 1-7.

Görme Engelli Çocukların Fiziksel Aktivite ve Obezite Düzeyleri

Physical Activity and Obesity Levels of Visually Impaired Children

(Araştırma)

Sümeysra Esra PINARBAŞI*, Filiz HİSAR**

ÖZ

Amaç: Bu araştırma, görme engelli öğrencilerin fiziksel aktivite ve obezite düzeylerini belirlemek amacıyla yapılmıştır. **Gereç ve Yöntem:** Tanımlayıcı bir çalışmadır. Bu araştırmanın evrenini 2015-2016 yılında Ankara'da bulunan görme engelliler ilk ve ortaokullarında bulunan öğrenciler oluşturmaktadır. Evrenin tamamı olan 151 kişiye ulaşılması hedeflenmiş ancak devamsızlık, sağlık problemleri, ailelerin izin vermemesi, öğrencilerin gönüllü olmaması gibi sebeplerden dolayı 134 kişiye anket ve tarama formu doldurulmuştur. Verilerin analizinde; sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, Mann Whitney U, Kruskal Wallis, Ki-kare testi ve Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Görme engelli öğrencilerin yaş ortalaması 10.72 ± 2.53 ve obezite prevalansı %23.9 olarak tespit edilmiştir. Erkek çocuklarda obezite oranı %25, kız çocuklarda ise %22.2 olarak bulunmuştur. Annesi ev hanımı olanlarda, ailesinin gelir durumu düşük olanlarda, fastfood tüketenlerde obezitenin daha fazla görüldüğü belirlenmiştir. Çocukların yaşı ile obezite arasında pozitif yönde bir ilişki bulunmuştur. Spor kulübüne gidenlerde obezite oranı %15 iken, gitmeyenlerde %27.7 olarak bulunmuştur.

Sonuç: Görme engelli çocuklarda obezite prevalansı sağlıklı çocuklara göre yüksek bulunmuştur. Fiziksel aktiviteye zaman ayıran çocuklarda obezite oranı daha düşüktür. Görme engelli çocuklara, ailelerine ve öğretmenlerine obezite ve fiziksel aktivitenin önemi hakkında bilgiler verilmeli ve obezite oranlarını azaltmak için önlemler alınmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Fiziksel aktivite, görme engelli, hemşirelik, obezite

ABSTRACT

Aim: This study was conducted to determine the physical activity and obesity status of visually impaired students.

Material and Methods: The universe of this descriptive study was consisted of the visually impaired primary and secondary school students who received education in 2015-2016 academic calendar in Ankara. The entire universe, 151 people in total, were targeted to reach, but, due to some reasons such as absenteeism, health problems, failure to get family's permission, not being volunteer for the study; only 134 persons were provided to fill out questionnaire and screening form. Number, percentage, mean, standard deviation, Mann-Whitney U test, Kruskal-Wallis test, Chi-square test and Spearman correlation analysis were used in the analysis of the data.

Results: The average age of the visually impaired students was determined as 10.72 ± 2.53 , and the prevalence of obesity as 23.9%. The obesity rate was 25% in boys and 22.2% in girls. It was determined that obesity was more common among the students whose mothers were housewives, whose families had low income and consumed fast food. A positive correlation was determined between the ages of the children and obesity. While the obesity rate was 15% for those who went to a sports club, it was 27.7% for those who did not.

Conclusion: The prevalence of obesity in children with disabilities was higher than healthy children. The obesity rate was lower in children who spend time on physical activity. Visually impaired children, their families and teachers should be informed about the importance of obesity and physical activity and measures should be taken to reduce obesity rates.

Key Words: Nursing, obesity, physical activity, visually impaired

* Sümeysra Esra Pınarbaşı Necmettin Erbakan Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Bölümü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Konya, Türkiye, E-mail: sumeyra-esra@hotmail.com, Tel. 0332 320 40 49, ORCID: 0000-0002-6876-4213

** Prof. Dr. Filiz Hisar Necmettin Erbakan Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Bölümü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Konya, Türkiye, E-mail: fhisar@konya.edu.tr, Tel. 0332 320 40 49, ORCID: 0000-0003-0640-0091

Geliş Tarihi: 16 Eylül 2018 Kabul Tarihi: 13 Mart 2019

Atıf/Citation: Pınarbaşı S.E., Hisar F. Görme Engelli Çocukların Fiziksel Aktivite ve Obezite Düzeyleri. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2019; 6(2):75-82. DOI: 10.31125/humhemsire.598520

GİRİŞ

Bir halk sağlığı sorunu olarak karşımıza çıkan, gün geçtikçe artma eğilimi gösteren engelliliğin varlığı insanlık tarihi kadar eskidir^{1,2}. Dünya nüfusunun yaklaşık %15'inin herhangi bir engelinin bulunduğu tahmin edilmektedir³. Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) 2011 yılında yapmış olduğu Nüfus ve Konut Araştırması (NKA) sonuçlarına göre, ülkemizdeki en az bir engeli olan üç yaş ve üstü nüfusun oranı %6.9'dur⁴. Engelli gruplardan biri de görme bozukluğu olan kişilerdir. 2010 yılında dünya genelinde 285 milyon olarak tahmin edilen görme engellilerin 39 milyonu tamamen görme engellidir⁵. Dünya genelinde ortalama 19 milyon 15 yaş altı çocuğun görme engeliyle karşı karşıya kaldığı ve 1.4 milyon 15 yaş altı çocuğun tamamen görme engelli olduğu tahmin edilmektedir⁶. NKA sonuçlarına göre ülkemizde gözlük veya lens kullanıyor olsalar dahi görmede çok zorlanan veya hiç göremeyen nüfusun oranı %1.4'tür⁴.

Görme engelli çocuklarda motor gelişimde gecikme olması ve görsel takip yetersizliği nedeniyle hareketlerde yavaşlama meydana gelmekte ve fiziksel aktivite düzeyi düşmektedir. Fiziksel aktivite, enerji harcanması gerektiren bir bedensel hareket olarak tanımlanmaktadır⁷. Egzersiz yapmayanların oranı 6-8 yaş grubunda %65.8 ve 9-11 yaş grubunda ise %52.7'dir⁸. Görme engelli çocuklarda motor gelişimde gecikme olması fiziksel aktiviteyi de yavaşlatmaktadır. Görme engelli çocuklarda hareket kısıtlılığı, yetersiz fiziksel aktivite, sağlıksız beslenme, bilgi eksikliği ya da yanlış beslenme nedeniyle obezite olabilir. Bu durum sağlıklı çocuklara oranla daha fazla olmaktadır⁶.

Obezite kişinin bedeninde sağlık durumunda risk teşkil edecek kadar anormal veya aşırı yağ birikmesidir. Bir kişinin ağırlığı boyunun karesine bölünmesi ile beden kütle indeksi (BKİ) belirlenmiş olur. BKİ 25 veya daha fazla olan fazla kilolu, 30 veya daha fazla olan obez olarak kabul edilir⁹. Dünya'da her yıl en az 2.8 milyon kişi aşırı kilo veya obezite sebebiyle ölmektedir¹⁰. Türkiye'de 0-5 yaş arası çocuklarda obezite sıklığı % 8.5, 6-18 yaş arasında ise obezite sıklığı % 8.2 olarak bulunmuştur⁸.

Dünya'da ve Türkiye'de çocuklarda obezite, fiziksel aktivite, engellilerde obezite, görme engelli çocuklarda fiziksel aktivite, görme engelli çocuklarda beslenme durumu gibi konularda birçok çalışma bulunmaktadır¹¹⁻¹⁷. Ancak görme engelli çocuklarda fiziksel aktivite ve obezite ile ilgili çalışmaya rastlanılmamıştır. Günümüzde fiziksel aktivitenin giderek azalması ve arabaların kullanılması nedeniyle yürüyüşlerin bırakılması ile gün içinde harcanan enerji miktarı azalırken alınan enerji miktarı aynı kaldığı için vücut ağırlığında artış olabilmektedir. Özellikle görme engelli çocuklarda etkileşimin az olması nedeniyle oyun aktiviteleri azalmakta ve fiziksel aktiviteleri diğer çocuklara oranla daha fazla kısıtlanmaktadır. Obezite gibi sağlık problemleri engellilik ve kronik hastalıkları artırdığı için özellikle engelli çocuklarda obezite konusunun araştırılması halk sağlığı hemşireliği için çok önemli bir konudur.

Bu çalışma görme engelli çocuklarda obezite ve fiziksel aktivite durumlarını değerlendirmek için yapılmıştır. Görme engelli çocuklarda obeziteyi ve obezitenin yol açacağı sağlık problemlerini engellemek, sedanter olan yaşamı daha aktif hale getirmek için bu araştırmanın yararlı olacağı ve halk sağlığı hemşireliği ile okul sağlığı hemşireliği alanında yol gösterici olabileceği düşünülmektedir.

GEREÇ ve YÖNTEM

Araştırmanın Türü

Bu araştırma, tanımlayıcı türde bir çalışmadır.

Araştırmanın Evreni ve Çalışma Grubu

Bu araştırmanın evrenini Ankara ili sınırları içinde bulunan görme engelliler ilk ve ortaokullarında bulunan 151 öğrenci oluşturmaktadır. Ancak devamsızlık yapan, sağlık problemiyle hastanede tedavi gören, araştırmaya katılmayı kabul etmeyen ve ailesi tarafından araştırmaya katılmasına izin verilmeyen öğrenciler olduğu için araştırmaya 134 kişi katılmıştır. Katılım oranı %89'dur. Tam sayım yöntemiyle evrenin tamamı araştırmaya dâhil edilmiştir¹⁸.

Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımsız değişkenlerini yaş, boy, kilo, cinsiyet, eğitim durumu, annenin-babanın eğitimi, mesleği, ailenin gelir durumu, kardeş sayısı, fastfood tüketim durumu, abur cubur atıştırma, öğün atlama, günlük bilgisayar ya da TV başında geçirilen süre, günlük uyku süresi, günlük açık alanda oynama süresi, spor kulübüne gitme, okula gitme şekli gibi tanımlayıcı bilgiler oluşturmaktadır. Araştırmanın bağımlı değişkenleri beden kütle indeksi ve persentil değerlerine göre belirlenen obez olma durumu olarak belirlenmiştir.

Veri Toplama Tekniği ve Araçları

Veri toplamada literatür taramaları sonucu araştırmacı tarafından oluşturulan Görme Engelli Öğrencilerin Fiziksel Aktivite ve Obezite Durumlarının İncelenmesi Anket Formu ve Tarama Formu kullanılmıştır. Görme Engelli Öğrencilerin Fiziksel Aktivite ve Obezite Durumlarının İncelenmesi Anket Formunda bölümlere başlamadan önce öğrencileri bilgilendirme amaçlı yönerge bulunmaktadır. Anket formu kapalı ve açık uçlu 35 sorunun bulunduğu 3 bölümden oluşmaktadır. Demografik özellikler bölümü 19 sorudan oluşmaktadır, beslenme özellikleri 7 sorudan ve fiziksel aktivite bölümü 9 sorudan meydana gelmektedir. Öğrencilerin tarama formu yaş, cinsiyet, kilo, boy ve beden kütle indeksi değerlerinin kaydedilmesi için oluşturulmuştur¹⁹⁻²¹. Veriler yüz yüze görüşme tekniğiyle 2015-2016 eğitim öğretim yılının ikinci yarısında toplanmıştır. Anket formu doldurulduktan sonra, taramalar yapılmış ve ölçüm sonuçları tarama formuna kaydedilmiştir. Bir öğrenci için anket doldurma ve tarama yapma işlemi 20 dk. sürmüştür. Araştırma, okul yönetiminin ve öğretmenlerin uygun gördüğü zaman diliminde, boş bir sınıfta uygulanmıştır.

Antropometrik Ölçümler

Obezite tanısında sıklıkla kullanılan antropometrik ölçümler kolay, hızlı, pratik ve ucuz ölçüm teknikleridir. Öğrencilerin boyunu ölçmek için duvara sabit bir şekilde yapıştırılmış olan mezura kullanılmıştır. Öğrencinin yalın ayak, ayaklar kapalı ve topuklar duvara değecek şekilde duvara yaslanması sağlanmış ve başın üzerinden temas ettirilerek uzatılan cetvelle boy ölçümü yapılmıştır. Kilo ölçümünde, öğrencilerin kilolarını tam olarak tespit edebilmek ve oluşabilecek hatalara fırsat vermemek için 100 gr hassasiyetli 150 kg kapasiteli elektronik baskül kullanılmış ve kalibrasyonu yapılmıştır. Aletin ayarı belli aralıklarla kontrol edilmiştir. Baskül düz ve sert bir zemine konulduktan sonra çocukların hareketsiz dik durumda ve karşıya bakar pozisyonda ölçümleri yapılmıştır. Ayrıca öğrencilerin ölçüm sırasında üzerinde sadece okul kıyafeti olacak şekilde ve ayakkabısız kalmaları sağlanmış ve ölçümler kg olarak kaydedilmiştir. Öğrencilerin tartı ve boy ölçümleri sonrası BKİ'leri hesaplanmış ve tarama formuna kaydedilmiştir. Yaş ve cinsiyete göre belirlenmiş çizelgelerde BKİ değeri; kilo, boy gibi ölçüm sonuçları ile değerlendirilerek persentil hesapları yapılmıştır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün yayınlamış olduğu persentil değerleri ile değerlendirme yapılmıştır²².

Verilerin İstatistiksel Değerlendirmesi

Veriler oransal olarak yüzde ile ayrıca ortalama, standart sapma ve ortanca değerlerle özetlenmiştir. Bağımlı değişkenlerin bağımsız değişkenlere göre farklılaşıp farklılaşmadığını ölçmek için; normal dağılımlarda t testi, normal dağılmayan değişkenlerde Mann Whitney U ve Kruskal Wallis testi yapılmıştır. Normal dağılıma Kolmogorow Smirnov, Skewnees-kurtosis, histograma bakılarak karar verilmiştir. Değişkenlerin yüzdeler arası karşılaştırması için ki kare analizi yapılmıştır. Değişkenler arasında ilişkiyi karşılaştırmak için pearson korelasyon analizi yapılmıştır. İstatistik analizleri IBM SPSS Statistics 22 bilgisayar programında yapılmıştır.

Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmaya başlamadan önce Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurulu onayı (2016/457) ile Ankara İl Milli Eğitim Müdürlüğü ve araştırmanın yapılacağı okulların bağlı olduğu İlçe Milli Eğitim Müdürlükleri'nden gerekli izinler alınmıştır. Velilere aydınlatılmış onam formu, izin belgesi gönderilmiş ve yazılı izinleri alınmıştır. Araştırmaya katılacak öğrencilere aydınlatılmış gönüllü onam formu okunmuş; öğrencilerin sözlü onamları alınmıştır.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Görme engelli öğrencilerde obezite ve fiziksel aktivite ile ilgili az sayıda çalışma bulunmaktadır. Görme engelli öğrenciler sağlık problemleri nedeniyle devamsızlık yapmaktadırlar. Bu nedenle çalışmaya katılım tam sağlanamamıştır. Gönüllülük esasına dayandığı için izin belgesi gönderilen bazı velilerin çalışmaya katılmayı onaylamaması sebebiyle bu öğrenciler çalışmaya alınamamıştır. Okulda bulunan görme engeli dışında başka engeli bulunan görme engelli çocuklar çalışmaya alınamamıştır. Çünkü çalışmamızda görme engelli çocuklarda obezite ve fiziksel aktivite durumu incelenmiştir.

BULGULAR

Yaş ortalaması 10.72±2.53 olan öğrencilerin %59.7'si erkektir. %69.4'ünün gelir durumu orta seviyedir ve %73.1'i fastfood tüketmektedir. %19.4'ünün günlük ekran başında geçirdikleri süre 2 saatten fazladır, %34.3'ünün günlük uyku süreleri 9 saatten azdır ve %47'sinin günlük açık alanda oyun oynama süreleri 1 saatten azdır. Öğrencilerin %59.7'si sporla ilgilenirken %29.9'u spor kulübüne gitmektedir (Tablo 1). Araştırmaya katılan öğrencilerin %15.7'si zayıf, %50'si normal kilolu, %10.4'ü kilolu ve %23.9'u obezdir.

Tablo 1. Görme Engelli Öğrencilerin Özellikleri (n:134)

Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Obez Olma Durumu		
Obez Değil	102	76.1
Obez	32	23.9
Ayda fastfood alma sayısı		
Hiç tüketmeyenler	36	26.9
Tüketenler	98	73.1
Günlük ekran başında geçirilen süre		
2 saat ve daha az	108	80.6
2 saatten fazla	26	19.4
Günlük uyku süresi		
9 saatten az	46	34.3
9 saat ve daha fazla	88	65.7
Günlük açık alanda oyun oynama süresi		
1 saatten az oynayanlar	63	47.0
1 saat ve daha fazla oynayanlar	71	53.0
Spor kulübüne gitme durumu		
Hayır	94	70.1
Evet	40	29.9

Çocukların ekran başında geçirdiği süre, spor kulübüne gitme, günlük uyku süresi ve açık alanda oynama süresi ile obez olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur (p=0,730). Spor kulübüne gitmeyenlerde ve sporla ilgilenmeyenlerde obez olma oranı daha yüksek bulunmuştur (Tablo 2).

Tablo 2. Öğrencilerin Fiziksel Aktivite Özelliklerine Göre Obezite Durumu

Özellikler	Obez Değil		Obez		X ²	p
	n	%	n	%		
Günlük ekran başında geçirilen süre						
2 saat ve daha az	82	75.9	26	24.1	.000	1.000*
2 saatten fazla	20	76.9	6	23.1		
Günlük uyku süresi						
9 saatten az	36	78.3	10	21.7	.043	.836*
9 saat ve daha fazla	66	75.0	22	25.0		
Günlük açık alanda oyun oynama süresi						
1 saatten az oynayanlar	46	73.0	17	27.0	.349	.555*
1 saat ve daha fazla oynayanlar	56	78.9	15	21.1		
Spor kulübüne gitme durumu						
Hayır	68	72.3	26	27.7	1.826	.177*
Evet						

*Yates Düzeltmeli Ki Kare

Çocuğun obez olma durumu ile çocuğun aylık tükettiği fastfood sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur (p=0,014). Obez olan çocukların aylık tükettiği fastfood sayısı obez olmayan çocukların tükettiğinden daha fazladır (Tablo 3).

Tablo 3. Çocuğun Aylık Fastfood Sayısı ile Çocuğun Obez Olma Durumu

Özellikler	n	Q(Q ₁ -Q ₃)*	MWU	t	p
Obez Olma Durumu					
Obez Değil	102	2(2-3)	1172.000	2.468	.014
Obez	32	2(2-3)			

*Nonparametrik Mann Whitney U-testi kullanıldığından çeyreklik değerleri (Q, Q₁, Q₃) verilmiştir.

Tablo 4'te çocuğun özellikleri ile BKİ persentil değerlerinin korelasyon analizi verilmiştir. Çocuğun yaşı ile BKİ persentil değerleri arasında pozitif yönlü, zayıf (düşük) düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($r=0.358$; $p=0.000$). Buna göre; çocuğun yaşı arttıkça BKİ persentil değerleri artmaktadır. Babanın ve annenin yaşı, ekran başında geçirilen süre, uyku süresi ile BKİ persentil değerleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir.

Tablo 4. Çocuğun Özellikleri ile BKİ Persentil Değerlerinin Korelasyon Analizi

Özellikler	r	p
Çocuğun Yaşı	0.358	0.000
Babanın Yaşı	-0.021	0.811
Annenin Yaşı	-0.017	0.842
Kardeş Sayısı	-0.044	0.617
Aylık Fastfood Sayısı	0.155	0.073
Ekran Başında Geçirilen Süre	0.147	0.090
Günlük Uyku Süresi	-0.068	0.437
Günlük Açık Alanda Oyun Oynama Süresi	-0.074	0.396

TARTIŞMA

Görsel uyaranlarındaki yetersizlikler bireylerin motor gelişiminde gecikmeye sebep olabilmektedir. Bu durumda fiziksel aktivitenin de kısıtlılığına neden olabilmektedir.

Çocukluk dönemi obezitesi 21. yyın en ciddi halk sağlığı problemlerinden biridir. Aşırı kilolu ve obez çocukların prevalansı 1990 yılında %5 iken 2012 yılında %7 olmuştur²³. Afrika'da aşırı kilolu veya obez olan çocukların sayısı 1990 yılından bu yana yaklaşık iki katına çıkmıştır ve 5.4 milyondan 10.3 milyona yükselmiştir²⁴. Türkiye'de obezite sıklığını göstermek için Sağlık Bakanlığı (SB) tarafından yayınlanan Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (TBSA) 2010 ön çalışma verilerine göre 6-18 yaş arasında obezite sıklığı (erkeklerde %8.2, kızlarda %7.3) % 8.2 olarak bulunmuştur⁸.

Çakmak ve arkadaşlarının²⁵ 2013 yılında görme engelli çocuklarla yapmış oldukları çalışmada obezite oranının %21.1 olduğu görülmektedir. Açıl'ın²⁶ (2015) görme engelli çocuklarda yapmış olduğu sağlık sorunları taramasında obezite oranının %17.6 olarak bulunmuştur. Araştırmaya katılan öğrencilerin obezite oranı bu çalışmalara kıyasla daha yüksektir. Araştırmaya katılan görme engelli çocukların %23.9'u obezdir. Bu sonuçların görme engelinin hareket kısıtlaması ve sedanter yaşamı artırması sebebiyle yüksek olabileceği düşünülmektedir. Sağlıklı çocuklarda yapılan çalışmalarla karşılaştırma yapıldığı zaman benzer sonuçlar olduğu görülmektedir^{17, 27-34}.

Ülkemizde 2013 yılında yapılan Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmasına (TNSA) göre 5 yaş altı erkek çocuklarda fazla kiloluluk/şişmanlık kız çocuklara göre daha fazladır. 7-8 yaş arası çocuklarda yapılan araştırmada erkek çocuklarda obezite oranı %10, kız çocuklarda %6.6'dır³⁵. Literatürde görme engelli çocuklarda cinsiyet ve obezite arasındaki ilişki ile ilgili çalışmaya ulaşılamamıştır. Sağlıklı çocuklarda cinsiyet ve obezite durumu ile ilgili çalışmalarla karşılaştırma yapılmıştır. Yapılan literatür taramalarında obezite bazı araştırmalarda kız çocuklarında fazla iken^{28,32,36} bazı araştırmalarda erkek çocuklarında daha fazladır^{29, 34, 37-47}. Bu çalışmada obezite oranı erkeklerde kız çocuklara göre daha fazla bulunmuştur. Bu durumun nedeni araştırma yerlerinin farklılığına bağlı olabilir. Araştırmaya katılan öğrencilerin %20.9'unun ailelerinin düşük gelire sahip olduğunu belirlenmiştir. Düşük gelirli aileye sahip çocukların %32.1'i obezdir. Bu çalışmada obezite düşük gelirli aileye sahip çocuklarda diğer gruplara göre daha fazla görülmektedir. İlğaz ve arkadaşlarının⁴⁸ (2015) yapmış olduğu çalışmada görme engelli çocuklardan aileleri düşük gelirli olanlarda obezitenin daha fazla olduğu görülmektedir. Günümüz standartlarında ucuz olan yüksek kalorili yiyeceklere ulaşmak kolay olmaktadır. Bu sebeple düşük geliri olan ailelerde obezite daha fazla görülebilmektedir. Yapılan literatür taramasında görme engelli öğrencilerde obezite ile ailelerinin sosyo-ekonomik durumu arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalara ulaşılamamıştır. Sağlıklı çocuklarda obezite ile ailelerinin sosyo-ekonomik durumu arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalara

bakıldığında sosyo ekonomik durumu yüksek olan ailelerde obezite daha fazla görülmektedir^{35,37}. Cruz ve arkadaşlarının³¹ (2014) yapmış olduğu araştırmada sosyo-ekonomik durum azaldıkça obezite oranı artmaktadır.

Araştırmaya katılan görme engelli öğrencilerden %73.1'i fastfood tüketmektedir (Tablo 1). Fastfood tüketen çocukların %24.5'i obezdir ve fastfood tüketmeyen çocuklara göre obezite oranı daha fazladır. Bu çalışmada fastfood tüketimi ile obezite arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (Tablo 3). Literatür taramasında görme engelli öğrencilerde obezite ve fastfood tüketimi ile ilgili çalışmalara rastlanmamıştır. Fastfood ile beslenme obezite gibi bazı sağlık problemlerine neden olabilmektedir. Fastfood tüketiminde bir öğünün enerji içeriği, 400 kaloriden başlayıp 1500 kaloriye kadar yükselebilmekte bu durum kilo alımına yol açabilmektedir⁴⁹. Sağlıklı çocuklarda fastfood tüketimi obeziteyi artırmaktadır^{17, 39, 50-53}.

Yeterli uyku somatik büyümeyi, olgunlaşmayı, homeostatik ve hormonal sistemlerin düzenlenmesini etkiler. Uyku süresinin enerji metabolizmasının üzerinde kesin ve karmaşık bir etkisi vardır. Son on yılda yapılmış epidemiyolojik çalışmalara göre kısa uyku süresi ve obezite arasında bir ilişki olduğu görülmüştür^{15,16}. Ancak bu çalışmada uyku süresi fazla olan öğrencilerde obezite oranı daha yüksek çıkmıştır. Bunun nedeni uyku süresi boyunca yavaşlayan metabolizma olabilir. Görme engelli öğrencilerde uyku süresi ile obezite arasında ilişkiyi inceleyen herhangi bir çalışmaya ulaşılamamıştır. Sağlıklı çocuklarda obezite ve uyku süresi arasındaki ilişkiye bakmak için literatür taraması yapılmıştır. Yaslı ve arkadaşlarının¹⁶ (2014) yapmış olduğu çalışmada 3. Sınıf öğrencilerinde uyku süresi arttıkça obezitenin arttığı görülmektedir. Ulutaş ve arkadaşlarının¹⁵ yapmış olduğu çalışmaya göre 6-18 yaş arası çocuklarda uyku süresinin kısa olmasının obeziteyi arttırmakta olduğu görülmektedir.

Bu araştırmada görme engelli çocukların yaşı ve BKİ persentil değerleri arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğu görülmektedir. Araştırmaya katılan görme engelli çocuklarda yaş arttıkça obezite artmaktadır (Tablo 4). Küçük yaşta çocukların beslenmelerini aileler sağlıklı bir şekilde planlanabilirken yaş arttıkça çocukların dışarıdan beslenme durumları artabilmektedir. Bu da yaşla beraber obezitenin artmasına neden olabilmektedir. Çocuklarda kilo ve boy arttıkça beden kütle indeksleri de artabilmektedir. Yapılan literatür taramasında görme engelli çocuklarda yaş ve obezite karşılaştırması ile ilgili çalışmaya ulaşılamamıştır. Sağlıklı çocuklarda yaş ve obezite ilişkisi ile ilgili literatür taraması yapıldığında yaş arttıkça obezitede artmaktadır^{33,38}. Daştan ve arkadaşlarının⁵⁴ (2014) 7-18 yaş arası çocuklarda yapmış oldukları çalışmada kızlarda 9-13 yaş grubu, erkeklerde 9-11 yaş grubunda obezite oranının diğer yaş gruplarına göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirtilmiştir.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Araştırmaya katılan görme engelli öğrencilerin %10,4'ü kilolu iken %23,9'u obezdir. Görme engelli öğrencilerde yaş arttıkça obezite de artmaktadır. Araştırmaya katılan görme engelli öğrencilerden; obez olan çocukların aylık tükettiği fastfood sayısı obez olmayan çocukların aylık tükettiği fastfood sayısından fazladır. Araştırmaya katılan görme engelli öğrencilerden spor kulübüne gitmeyenlerin obez olma durumları daha fazladır.

Görme engelli çocuklarda obezitenin ve fiziksel aktivitenin önemi hakkında öğretmenlere, ailelerine ve çocuklara bilgi verilmelidir. Okullarda sağlıklı beslenme ve hareketli yaşam konularında duyarlılığın artırılması ve bu konuda yapılan iyi uygulamaların desteklenmesi ile okul sağlığının daha iyi düzeylere çıkarılması için başlatılan Beslenme Dostu Okul Projesine etkin bir şekilde katılmaları önerilmelidir. Örneklem sayısını artırarak görme engelli öğrencilerde obezite, beslenme, fiziksel aktivite ile ilgili bireylerin bilgi ve farkındalıklarını artıracak çalışmalar yapılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Öztürk M. Engellilik Tarihi. Editör Serenli A. Türkiye'de Engelli Gerçeği İçinde. Müsiad Cep Kitapları: 30. Türkiye, İstanbul:2011. [Erişim Tarihi: 6 Ekim 2015].Erişim adresi: http://www.musiad.org.tr/F/Root/burcu2014/Ara%C5%9Ft%C4%B1rmalar%20Yay%C4%B1n/Pdf/Cep%20Kitaplar%C-4%B1/Turkiye%E2%80%99de_Engelli_Gercegi.pdf.
2. T. C. Milli Eğitim Bakanlığı (MEB). Görme Engellinin Tanımı [İnternet]. 2014 [Erişim Tarihi: 6 Ekim 2015]. Erişim adresi: http://mebk12.meb.gov.tr/meb_ys_dosyalar/34/22/746763/dosyalar/2014_01/28100120_grmeengellinntan%C4%B1m%C4%B1tehsves%C4%B1kl%C4%B1%C4%B1.doc.
3. World Health Organization (WHO). Obesity and Overweight [İnternet]. 2016 [Erişim Tarihi: 4 Haziran 2017]. Erişim adresi: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>.
4. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). Nüfus ve Konut Araştırması (NKA) [İnternet]. 2011 [Erişim Tarihi: 15 Eylül 2018]. Erişim adresi: http://www.tuik.gov.tr/Kitap.do?metod=KitapDetay&KT_ID=11&KITAP_ID=276.
5. World Health Organization (WHO). Universal Eye Health: A Global Action Plan 2014-2019[İnternet]. 2013 [Erişim Tarihi: 4 Haziran 2017]. Erişim adresi: <https://www.who.int/blindness/actionplan/en/>.
6. World Health Organization (WHO). Visual Impairment and Blindness [İnternet]. 2014 [Erişim Tarihi: 3 Haziran 2017]. Erişim adresi: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs282/en/>.

7. World Health Organization (WHO). Physical Activity [İnternet]. 2015 [Erişim Tarihi: 6 Ekim 2015]. Erişim adresi: http://www.who.int/topics/physical_activity/en/.
8. T. C. Sağlık Bakanlığı. Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (TBSA) 2010: Beslenme Durumu ve Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi Sonuç Raporu (Sağlık Bakanlığı Yayın No: 931), 2014, Ankara, Türkiye.
9. World Health Organization (WHO). Obesity [İnternet]. 2015 [Erişim Tarihi: 6 Ekim 2015]. Erişim adresi: <http://www.who.int/topics/obesity/en/>.
10. World Health Organization (WHO). 10 Facts On Obesity[İnternet]. 2017 [Erişim Tarihi: 3 Haziran 2017]. Erişim adresi: <http://www.who.int/features/factfiles/obesity/facts/en/>.
11. Atamtürk D. Alt Sosyoekonomik düzeyde yer alan çocuklarda aşırı kiloluğun ve obezitenin yaygınlığı. Gaziantep Tıp Derg. 2009;15(2):10-4.
12. Marcus C, Nyberg G, Nordenfelt A, Karpmyr M, Kowalski J, Ekelund U. A 4-year, cluster-randomized, controlled childhood obesity prevention study: STOPP. IJO. 2009;33:408-417.
13. Genç Kayıran P, Taymaz T, Kayıran S M, Memioğlu N, Taymaz B, Gürakan B. Türkiye'nin üç farklı bölgesinde ilköğretim okulu öğrencilerinde kilo fazlalığı, obezite ve boy kısalığı sıklığı. Ş.E.E.A.H. Tıp Bülteni. 2011;45(1):13-18.
14. Çelik F, Çakmak A, Özcebe H. Görme engelli çocuklarda beslenme durumu fiziksel aktivite ve diyet kalitesinin değerlendirilmesi [Poster]. 16. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi(UHSK); 2013; Antalya.
15. Ulutaş A P, Atla P, Say Z A, Sarı E. Okul çağındaki 6-18 yaş arası obez çocuklarda obezite oluşumunu etkileyen faktörlerin araştırılması. Zeynep Kamil Tıp Bült. 2014;45:192-196.
16. Yaslı G, Turhan E, Tözün M, Ahi A, Doğanay S, Ülken Y. İzmir ili Karşıyaka ilçesi'nde ilköğretim 3. sınıf öğrencilerinde obezite sıklığı ve etkileyen etmenler. Sürekli Tıp Eğitim Derg. 2014;23(5):168-173.
17. Amjad M, Zafar M I, Maan A A, Ali S. Obesity is a threat to our school going children. Pakistan Journal of Nutrition. 2015; 14 (2): 118-125.
18. Esin N. Örnekleme. Editörler: Erdoğan S, Nahcivan N, Esin N. Hemşirelikte Araştırma İçinde. İstanbul, Türkiye: Nobel Tıp Kitapevleri; 2014.
19. Can N. Çorlu merkezdeki ilköğretim çağındaki çocuklarda obezite görülme sıklığı, risk faktörleri ve benlik saygısı [Yüksek lisans tezi]. Edirne: Trakya Üniversitesi; 2011.
20. Önder Ö Z. Okul Öncesi 3-6 yaş arası çocuklarda obezitenin antropometrik verilerle incelenmesi [Yüksek lisans tezi]. Ankara: Ankara Üniversitesi; 2011.
21. Arğun Açıl D. Görme engelliler okulunda öğrenim gören öğrencilerin sağlık sorunlarının tarama ile belirlenmesi [Yüksek lisans tezi]. Ankara: Gazi Üniversitesi; 2012.
22. World Health Organization (WHO). Weight-For-Age. 2017d [Erişim tarihi: 1 Haziran 2017]. Erişim adresi: http://www.who.int/childgrowth/standards/weight_for_age/en/.
23. World Health Organization (WHO). World Health Statistics. 2014 [Erişim tarihi: 20 Temmuz 2019]. Erişim adresi: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112738/9789240692671_eng.pdf;jsessionid=37B514AA6238056E7FE8FD1F3D56477B?sequence=1.
24. World Health Organization (WHO). Report Of The Commission Ending Childhood Obesity. 2016 [Erişim tarihi: 20 Temmuz 2019]. Erişim adresi: <https://www.who.int/end-childhood-obesity/publications/echo-report/en/>.
25. Çakmak A, Çelik F, Özcebe H. Ankara'da görme engelliler okulunda öğrenim gören çocuklarda beslenme durumu ve fiziksel aktivite düzeyinin beden kitle indeksi üzerine etkisinin değerlendirilmesi [Poster]. 16. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi (UHSK); 2013; Antalya.
26. Açıl D, Ayaz S. Screening of visually impaired children for health problems. Asian Nursing Research. 2015;9:285-90.
27. Wojcicki J M, Cruz A, Gascon M, Schwartz N, Heyman M B. Bimodal distribution of risk for childhood obesity in urban baja California, Mexico. The New York Academy of Medicine 2012.89(4): 628-38.
28. Grydeland M, Bjelland M, Anderssen S, Klepp K, Bergh I, Andersen L, Ommundsen Y, Lien N. Effects of a 20-month cluster randomised controlled school-based intervention trial on BMI of school-aged boys and girls: the HEIA study. Br J Sports Med. 2014;48:768-773.
29. Adam B N, Topgül O H, Gökçe G, Ay Ç, Salmış J, Yağan E A, Çelebiler A. İzmir ili örneğinde konak ilçesine bağlı bir okulda 16-19 yaş arası obezite sıklık araştırması. İzmir Üniversitesi Tıp Dergisi. 2014; 2: 17-21.
30. Chari R, Warsh J, Ketterer T, Hossain J, Sharif I. Association between health literacy and child and adolescent obesity. Patient Education and Counseling. 2014;66: 61-66.
31. Cruz J, Ruiter I, Moleon J. Individual, family and environmental factors associated with pediatric excess weight in spain: a cross-sectional study. BMC Pediatrics. 2014; 14(3): 1-8.
32. Köksal E, Karaçil M. Okul çağı çocuklarında şeker tüketiminin beden kütle indeksine etkisinin değerlendirilmesi. Fırat Tıp Derg. 2014;19(3): 151-155.
33. Li X, Lin S, Guo H, Huang Y, Wu L, Zhang Z, Ma J, Wang H. Effectiveness of a school-based physical activity intervention on obesity in school children: a nonrandomized controlled trial. BMC Public Health. 2014; 14:1282.
34. Rosaneri C, Baena C, Auler F, Nakashima A, Oliveira E, Oliveira A, Souza L, Olandoski M, Neto J. Elevated blood pressure and obesity in childhood: a cross-sectional evaluation of 4,609 schoolchildren. Arq Bras Cardiol. 2014; 103(3):238-244.
35. T. C. Sağlık Bakanlığı, Türk Halk Sağlığı Kurumu, Obezite Diyabet ve Metabolik Hastalıklar Dairesi Başkanlığı, Türkiye Çocukluk Çağı (7-8 Yaş) Şişmanlık Araştırması (COSI-TUR) 2013 (T. C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 921), 2014, Ankara, Türkiye.
36. Mohammed H, Vuvor F. Prevalence of childhood overweight/ obesity in basic school in accra. Ghana Medical Journal. 2012; 46(3): 124-127.
37. Metinoğlu İ, Pekol S, Metinoğlu Y. Kastamonu'da 10-12 Yaş grubu öğrencilerde obezite prevalansı ve etkileyen faktörler. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Derg. 2012; 3 (2): 117-123.
38. Akçam M, Boyacı A, Pirgon Ö, Dündar B. Isparta ilindeki on okulda çocukluk çağı şişmanlık sıklığı değişiminin değerlendirilmesi. Türk Ped. Arş. 2013; 152-155.
39. Battaloğlu İnanç B, Say Şahin D, Oğuzöncül A F, Bindak R, Mungan F. Prevalence of obesity in elementary schools in mardin, south-eastern of turkey: a preliminary study. Balkan Med J. 2012; 29(4): 424-430.
40. Baydemir B. İlköğretim 2. kademe çocuklarında fiziksel aktivite düzeyi, kendini fiziksel tanımlama ve benlik saygısı [Yüksek lisans tezi]. Çanakkale: Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi; 2012.

41. Battaloğlu İnanç B. 7-15 years of age group children' hypertension and obesity. Journal of Clinical and Analytical Medicine. 2013;4(2):116-119.
42. Çınar S. Farklı Sosyoekonomik düzeylerdeki 7-14 yaş grubundaki çocuklarda obezitenin incelenmesi [Yüksek lisans tezi]. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2013.
43. Huang H, Chien L, Yeh T, Lee P, Chang P. Relationship between media viewing and obesity in school-aged children in Taipei, Taiwan. The Journal of Nursing Research. 2013; 21(3):195-203.
44. Navti L K, Ferrari U, Tange E, Pozza S, Parhofer K G. Contribution of socioeconomic status, stature and birth weight to obesity in sub-saharan africa: cross-sectional data from primary school-age children in cameroon. BMC Public Health. 2014; 14(320): 1-8.
45. Tütüncü İ. Kastamonu il merkezinde 13 ilköğretim okulunda 5-15 yaş grubu öğrencilerde fazla kiloluluk ve obezite prevalansı. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Derg. 2014; 5 (2): 141-151.
46. Uzun N. Ergenlerde sağlıklı yaşam biçimi davranışları, algılanan ebeveyn kontrolü ve depresyon ile obezitenin ilişkisi: obezite için koruyucu risk faktörleri [Yüksek lisans tezi]. Aydın: Adnan Menderes Üniversitesi;2014.
47. Ekiz E. Çocukluk çağı obezitesi ile ağız diş sağlığı arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi [Doktora tezi]. Ankara: Gazi Üniversitesi; 2016.
48. Ilgaz F, Aksan A, Özcebe H. Görme engelli çocuklarda beslenme durumu, fiziksel aktivite ve diyet kalitesinin değerlendirilmesi. J Food Health Sci. 2016; 2(2): 90-103.
49. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (THSK). Fast Food Beslenme. 2017b [Erişim Tarihi: 24 Mayıs 2017]. Erişim adresi: <http://beslenme.gov.tr/index.php?page=89>.
50. Gümüşsoy Ay E. Erzurum il merkezi okul çağı çocuklarda obezite prevalansı ve beslenme alışkanlıkları ile ilişkisi [Uzmanlık tezi]. Erzurum: Atatürk Üniversitesi;2014.
51. Savaşhan Ç, Sarı O, Aydoğan Ü, Erdal M. İlkokul çağındaki çocuklarda obezite görülme sıklığı ve risk faktörleri. Türk Aile Hek Derg. 2015;19 (1): 14-21.
52. Altıncı E E, Keskin B, Türksoy A, Güvendi B, Doğan G. İstanbul ili bayrampaşa uluğbey ilköğretim okulu 7 ve 8. sınıf öğrencilerinde beslenme davranışları ve spor aktivite durumlarının incelenmesi. İÜ Spor Bilimleri Dergisi. 2016; 6(4): 17-27.
53. Özlü P. İlköğretim 1. kademe öğrencilerinden obezite prevalansının belirlenmesi ve beslenme alışkanlıklarının incelenmesi [Yüksek lisans tezi]. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi; 2013.
54. Daştan İ, Çetinkaya V, Delice M E. İzmir ilinde 7-18 yaş arası öğrencilerde obezite ve fazla kilo prevalansı. Bakırköy Tıp Derg. 2014; 10: 139-146.

Kronik Hastalığı Olan Kadınların Üreme Sağlığı Davranışlarının İncelenmesi

Examining the Reproductive Health Behaviors of Women with Chronic Disease

(Araştırma)

Mesude DUMAN*, Sermin TİMUR TAŞHAN**, Emine KAPLAN SERİN***

ÖZ

Amaç: Araştırma kronik hastalığı olan kadınların üreme sağlığı davranışlarını incelemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma tanımlayıcı türdedir. 15 Ekim 2016- 15 Ekim 2017 tarihleri arasında Adıyaman'da özel bir hastanenin dâhili polikliniklerine başvuran veya dahili kliniklerinde yatan ve en az bir kronik hastalık tanısı konulmuş 160 evli kadın ile yürütülmüştür. Araştırmanın yapıldığı tarihlerde polikliniğe başvuran veya klinikte yatan, kronik bir hastalığı bulunan ve üreme çağında olan toplam kadın sayısı 297'dir. Araştırmada herhangi bir örneklem hesabına gidilmemiş olup örneklem seçim kriterlerine uyan ve araştırmaya kabul eden kadınların tamamı örnekleme alınmıştır. Verilerin toplanmasında "Katılımcı Bilgi Formu" kullanılmıştır. İstatistiksel analizde yüzdelik, aritmetik ortalama ve standart sapma kullanılmıştır. Araştırmanın yapılabilmesi için gerekli kurum izni ve etik kurul onayı alınmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan kadınların %88.1'i hastalıklarının gelecekte çocuk sahibi olma kararını etkilemediğini, %40'ı hastalık tanısı konulduktan sonra gebelik geçirdiğini, %63.8'i hastalıklarından ve kullandıkları ilaçlardan dolayı emzirme sürelerinin kısalacağını, %13.8'i hastalık tanısı konulduktan sonra perinatal kayıp yaşadığını ve %10'u cinsel yaşamının hastalıktan etkilendiğini belirtmiştir. Ayrıca kadınların %71.9'unun şu an modern bir korunma yöntemi kullandığı ve modern korunma yöntemleri kullanan kadınların %26.5'inin kondomu tercih ettiği belirlenmiştir.

Sonuç: Araştırma kronik hastalığın çocuk sahibi olma düşüncesini etkilemediğini ancak, emzirme sürelerini kısalttığını göstermiştir. Kronik hastalığı olan kadınlar yüksek oranda kontraseptif kullanmaktadır. Hemşirelerin kronik hastalığa sahip kadınlarda olası üreme sağlığı sorunlarına ilişkin daha duyarlı olması, üreme sağlığı sorunlarını daha dikkatli ele alması ve gerekli ek sağlık bakımı sunması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik, kadın, kronik hastalık, üreme sağlığı

ABSTRACT

Aim: This study was conducted to examine the reproductive health behaviors of women with chronic disease.

Material and Methods: This descriptive study was conducted between 15 October 2016-15 October 2017 with 160 married women who applied to internal medicine outpatient clinics or were hospitalized in internal diseases clinics of a private hospital in Adıyaman and were diagnosed with at least one chronic disease. During the study period, the total number of women with chronic disease in reproductive age who was applied to the internal medicine outpatient clinics and admitted to the internal clinics was 297. In the study, no sampling was performed and all women who met the sample selection criteria and accepted the study were included in the study. The data were collected using "Participant Information Form". Percentage, arithmetic mean and standard deviation were used in statistical analysis. The necessary permission was received from the institution where the study was conducted and ethical approval was received from the Non-interventional Clinical Studies Ethics Committee.

Results: 88.1% of the women who participated in the study reported that having a disease did not affect their decision of having a child in the future, 40% of them had pregnancy after being diagnosed with the illness, 63.8% of them had shortened the duration of breastfeeding due to their disease, 13.8% of them had a perinatal loss after the diagnosis and 10% of them reported that their sexual life was affected because of their illness. In addition, it was determined that 71.9% of women currently use a modern contraceptive method and 26.5% of women who use modern methods prefer condom.

Conclusion: The study results showed that having a chronic disease did not affect the desire of having children, shortening the duration of breastfeeding and the high rate of contraceptive use in women with chronic disease. It is recommended that nurses should be more susceptible to possible reproductive health problems in women with chronic diseases, consider reproductive health problems more carefully and provide the necessary additional health care.

Key Words: Chronic illness, nursing, reproductive health, woman

*Dicle Üniversitesi Atatürk Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü, Diyarbakır, Türkiye, E-mail: mesudeduman@hotmail.com, Tel: 04223773060/1124, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3421-0084>

**İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Malatya/Türkiye. E-mail: sermin.timur@inonu.edu.tr Tel: 042237730 60/1124, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-3421-0084>

***Munzur Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Tunceli/Türkiye. E-mail: emine_3354@hotmail.com Tel: 054554416 29, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-7327-9167>

Atıf/Citation: Duman M., Timur Taşhan S., Kaplan Serin E. Kronik Hastalığı Olan Kadınların Üreme Sağlığı Davranışlarının İncelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2019; 6(2): 83-91. DOI: 10.31125/humhemsire.598555

GİRİŞ

Kronik hastalıklar üretken dönemi kapsayan 20-64 yaş grubundaki ölümlerin önemli bir bölümünü oluşturmakta ve tüm dünya ülkelerinde kronik hastalıklara bağlı ölüm sayısı giderek artmaktadır^{1,2}. Kronik hastalıkların erken yaşlarda görülme oranındaki artış nedeniyle, üreme çağındaki kadınların üreme sağlığı olumsuz etkilenebilmektedir³⁻⁸. Ülkemizde kadınların ölüm nedenleri arasında olan ilk 10 hastalıktan beşini kronik hastalıklar oluşturmaktadır⁹.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), üreme sağlığını, üreme sistemi ile ilgili hastalık ve sakatlığın olmaması ile beraber biyolojik, psikolojik ve sosyal yönden tam bir iyilik halinin olması sonucu kişinin güvenli/tatmin edici cinsel yaşam ile kendi belirleyeceği zaman ve sıklıkta üreme hakkına sahip olması olarak tanımlamaktadır¹¹. Üreme sağlığı, aile planlaması gereksinimleri karşılama, istenmeyen/yüksek riskli gebelik ve gebeliğe bağlı hastalık ve ölümleri azaltıcı önlemler, emzirme, bilinçli, sağlıklı üreme ve cinsel davranış, cinsel yolla bulaşan hastalıkları önleme, tedavi yöntemlerini bulma, üreme hak ve sorumluluklarını kullanmak üzere gereksinim duyulan bilgi eğitim ve hizmetlere ulaşmayı kapsamaktadır¹¹.

Her gebelik ve doğum, kadınlar için bir sağlık riski taşımaktadır ve önceden var olan kronik tıbbi durumlar kadınlarda bu riski daha da artırabilmektedir^{4-6,12-14}. Ayrıca gebelik öncesi dönemdeki üreme sağlığı sorunları ve gebeliğin yol açtığı fiziksel değişimler kronik hastalıkları önemli ölçüde olumsuz etkileyebilmektedir. Bu durum gebelik ve postpartum dönemde hastaneye yatışı arttırmakta ve bireyin aktivitelerinin kısıtlanmasına yol açmaktadır^{6, 14}. Kronik hastalığa sahip kadınların gebelik durumunda pre-eklampsi, konjestif kalp yetmezliği, aritmi, erken doğum, intrauterin gelişme geriliği, büyüme geriliği, erken doğum ve düşük gibi komplikasyonlar yaşama riski %40 ila %70 arasında değişmektedir^{4-6, 16-18}. Tüm bu risklere rağmen literatürde gebelik arzusunun kronik hastalıktan etkilenmediği belirtilmektedir⁷. Ancak bazı araştırmalar da kronik hastalığa sahip kadınların, istenmeyen bir gebeliğe sahip olma olasılığının kronik hastalığı olmayan kadınlardan daha fazla olduğunu göstermiştir^{20, 21}. Gebelikte oluşan yüksek riskli durumlardan dolayı kronik hastalıkları olan kadınların üreme fonksiyonlarının ve gebeliklerinin iyi planlanması ve değerlendirilmesi büyük önem arz etmektedir^{16- 18, 22}.

Gebelikte eşzamanlı kronik hastalık varlığı kadınlarda gebelik, maternal ve perinatal morbidite ve mortalite riskini arttırmaktadır. Ancak bu riskler genellikle kontraseptif kullanımıyla ilişkili risklerden daha büyüktür. Genel olarak, kontrasepsiyon, kronik hastalığı olan kadınlar da dahil olmak üzere çoğu kadın için güvenlidir¹. Bu nedenle, önemli bir risk teşkil etmiyorsa, kronik hastalığı olan kadınlarda, kontraseptif yöntem kullanımı engellenmemelidir²³. Literatürde kronik hastalık ile kontraseptif yöntem arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalarda tutarsız sonuçlar elde edilmiştir^{20,24,25}. Bazı çalışmalarda kronik hastalıkların, kullanılan bazı kontraseptiflerin etkisini azalttığı²⁶, bazılarında ise kontraseptiflerin bazı kronik hastalıklara yol açtığı²⁷ veya hastalığın şiddetini arttırdığı belirtilmektedir²⁸. Ancak literatürde tüm doğum kontrol yöntemlerinin kullanılmasını engelleyen kronik bir hastalık tanımlanmamıştır²³. Her ne kadar kanıt düzeyleri düşük olsa da tüm bu çalışmalar^{4-6,12-14} kronik hastalık varlığında kontraseptif yöntem seçiminin özellikli olduğunu göstermektedir. Bu nedenle, kronik hastalıkları olan kadınlar için kontraseptif yöntem seçimine ilişkin kılavuzlar kanıta dayalı olmalıdır. Bu bağlamda Dünya Sağlık Örgütü'nün "Kontraseptif Kullanımı İçin Tıbbi Uygunluk Kriterleri", kronik hastalıklı kadınlara aile planlaması hizmeti veren sağlık personelleri için kapsamlı ve kanıt temelli bir kaynak oluşturmaktadır²⁹.

Literatürde görüldüğü üzere, kronik hastalığı olan kadınlar diğerlerine göre yaşamlarında güvenli gebelik, doğum ve aile planlaması için farklı sağlık hizmetlerine gereksinim duymaktadırlar. Bu nedenle kronik hastalığa sahip kadınlara yönelik doğurganlık çağında yaşayabileceği risklerle, durumlarla ve hastalıklarla ilgili olan, üreme sağlığı ve cinsel sağlık konularını da içeren eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin artırılması büyük önem arz etmektedir. Etkili bir danışmanlık için hemşirelerin hizmet verdikleri bireylerin özelliklerini göz önünde bulundurarak, bireye özgü danışmanlık hizmeti vermesi, kişilerin kendi durumlarını anlamalarını sağlayacak ve bu alanda verilen sağlık hizmetlerinin niteliğini arttıracaktır. Bu araştırma, üreme sağlığında yüksek riskli bir grup olması nedeniyle kronik hastalığı olan kadınların üreme sağlığı davranışlarını incelemek amacıyla yapılmıştır.

GEREÇ ve YÖNTEM

Araştırmanın Tipi ve Amacı

Araştırma kronik hastalığa sahip kadınların üreme sağlığı davranışlarını incelemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini 15 Ekim 2016- 15 Ekim 2017 tarihleri arasında Adıyaman'da özel bir hastanenin dâhili polikliniklerine başvuran ya da dahili kliniklerinde yatan, en az bir kronik hastalığa sahip, 15-49 yaş aralığındaki evli kadınlar oluşturmaktadır. Araştırmanın yapıldığı tarihlerde özel hastanenin dâhili polikliniklerine başvuran ve dahili kliniklerinde yatan, üreme çağında olan ve kronik hastalığı bulunan toplam kadın sayısı 297'dir. Kadınların 63'ü araştırmaya katılmayı kabul etmediği, 74'ü bekar olduğu için çalışmaya alınmamıştır. Araştırmanın örneklemini, araştırmanın yürütüldüğü tarihlerde ilgili polikliniğe başvuran veya klinikte yatan, en az altı ay önce ve en az bir kronik hastalık tanısı konulmuş araştırmaya katılmaya gönüllü 160 evli kadın oluşturmuştur.

Araştırmada herhangi bir örneklem hesabına gidilmemiş olup örneklem seçim kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden kadınların tamamı örnekleme dahil edilmiştir. Poliklinikteki kadınlar örnekleme dahil edilirken muayene sırasını kaçırma endişesi yaşayabilecekleri düşünülerek muayene sonrası veriler toplanmıştır. Ayrıca dahili kliniklerde yatmakta olan kadınların verileri toplanırken odada başka kişinin olmaması ya da kişinin verdiği bilgilerin başkası tarafından duyulmayacak şekilde güvenli bir ortam oluşturulması sağlanmıştır.

Araştırmaya Alınma Kriterleri:

- 15-49 yaş aralığında olmak
- Evli olmak
- En az altı ay önce ve en az bir kronik hastalık tanısı konulmuş olmak

Veri Toplama Araçları

Araştırmada verilerin toplanmasında, literatürden yararlanılarak araştırmacılar tarafından geliştirilen Veri toplama formu (Katılımcı Bilgi Formu) kullanılmıştır. Veriler 15 Ekim 2016- 15 Ekim 2017 tarihleri arasında hafta içi beş gün boyunca araştırmacılar tarafından yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplanmıştır.

Katılımcı Bilgi Formu: Araştırmacılar tarafından literatür^{13, 15, 18, 26, 28} taranarak geliştirilmiş olan bu form, hastalara ilişkin sosyo-demografik özelliklerin yanı sıra (yaş, öğrenim durumu, çalışma durumu, ekonomik durum); hastaların üreme sağlığı öyküsünü (çocuk sayısı, kronik hastalık tanısı konulduktan sonraki; prenatal kayıp sayısı, istenmeyen gebelik sayısı), çocuk sahibi olmayı düşünme durumlarını, kronik hastalığına/hastalıklarına ilişkin (tipi, tanı zamanı) bilgilerini, aile planlaması yöntemi kullanma ve danışmanlık alma durumlarını (kullanılan yöntemi, süresi... v.b) içeren toplam 33 sorudan oluşmaktadır.

Verilerin Analizi

Verilerin kodlanması ve istatistiksel analizleri, SPSS (Statistical Package for Social Science) 16 paket programında yapılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde, yüzdeler, aritmetik ortalama ve standart sapma kullanılmıştır.

Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmaya başlamadan önce Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay (No: 2016/310) alınmıştır. Ayrıca araştırmanın yapıldığı hastaneden kurum izni ve araştırmaya katılmayı kabul eden bireylerden ise yazılı bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

BULGULAR

Araştırmaya katılan kadınların sosyo-demografik özellikleri Tablo 1'de görülmektedir. Kadınların %55.6'sı 35-49 yaş grubu arasındadır. Katılımcıların %26.9'u lise mezunu ve çoğunluğu ev hanımıdır (%74.4). Kadınların %44.4'ünün algıladığı gelir düzeyi ortadır. Araştırmaya katılan kadınların %51.9'nun 3'den fazla çocuğu olduğu ve kadınların % 65.6'sının fazla kilolu olduğu belirlenmiştir. Kadınların en yüksek oranda endokrin sisteme (%34.4), sonrasında kardiyovasküler (%19.4), solunum (%18.8) ve sindirim (%6.2) sistemine ilişkin kronik hastalıklarının olduğu tespit edilmiştir. Araştırmada kadınların tıbbi tanı alma süresi ortalama 5.7±3.71 yıl bulunmuştur.

Tablo 1. Kadınların sosyo-demografik özellikleri (n=160)

Sosyodemografik Özellikler	n (%)
*Yaş	
15-24	13 (8.1)
25-34	58 (36.2)
35-49	89 (55.6)
Eğitim	
Okur yazar değil	17 (10.6)
Okur yazar	21 (13.1)
İlkokul	41 (25.6)
Ortaokul mezunu	15 (9.4)
Lise	43 (26.9)
Lisans ve üstü	23 (14.4)
Çalışma Durumu	
Çalışan	41(25.6)
Çalışmayan	119 (74.4)
Algılanan Gelir Düzeyi	
Kötü	54 (33.8)
Orta	71 (44.4)
İyi	35 (21.9)
Çocuk Sayısı	
Yok	13 (8.1)
1-2	64 (40.0)
3 ve üzeri	83 (51.9)
Bedен Kitle İndeksi	
Zayıf (<18.5)	1 (0.6)
Normal (18.5-24.99)	54 (33.8)
Fazla Kilolu (≥25)	105 (65.6)
Kronik Hastalığın Olduğu Sistem	
Endokrin sistem	55 (34.4)
Kardiovasküler sistem	31 (19.4)
Solunum sistemi	30 (18.8)
Sindirim sistemi	10 (6.2)
Hematolojik sistem	11 (6.9)
Sinir sistemi	19 (11.9)
Üriner sistem	4 (2.5)
Tanı süresi (yıl) (X±SS)	5.7±3.71

*Yaş ortalaması =35.09±7.33

Araştırmaya katılan kronik hastalığa sahip kadınların üreme sağlığına ilişkin özellikleri Tablo 2'de gösterilmektedir. Araştırmada kadınların %88.1'i aldığı tıbbi tanının gelecekte çocuk sahibi olma düşüncesini etkilemediğini belirtmiştir. Kadınların %40'ı kronik hastalık tanısı konulduktan sonra gebelik geçirdiğini ve %79.7'si isteyerek gebe kaldığını belirtmiştir. Kadınların %63.8'i kronik hastalıkları ve kullandıkları ilaçların bebeklerini emzirme sürelerini kısalttığını ifade ederken, %79.4'ü yakın zamanda çocuk sahibi olmayı düşünmediğini belirtmiştir. Kadınların %13.8'i kronik hastalık tanısı konulduktan sonra perinatal kayıp öyküsü olduğunu ve %10'u cinsel yaşamının kronik hastalıktan etkilendiğini belirtmiştir.

Tablo 2. Kronik Hastalığa Sahip Kadınların Üreme Sağlığına İlişkin Bazı Özellikler

Özellikler	n (%)
Hastalığı nedeniyle gelecek çocuk sahibi olma düşüncesinin etkilenme durumu	
Etkilenmeyen	141 (88.1)
Olumsuz Etkilene	19 (11.9)
Kronik hastalık tanısı konulduktan sonra gebe kalma durumu	
Evet	64 (40.0)
Hayır	96 (60.0)
Kronik hastalık tanısı konulduktan sonraki gebeliği isteme durumu (n=64)	
İsteyen	51 (79.7)
İstemeyen	13 (20.3)
Kronik hastalık ve buna bağlı kullanılan ilaçların emzirme süresini etkileme durumu	
Etkilene	112 (63.8)
Etkilenmeyen	58 (36.2)
Yakın zamanda çocuk sahibi olmayı düşünme durumu	
Düşünen	33 (20.6)
Düşünmeyen	127 (79.4)
Kronik hastalık tanısı konulduktan sonra perinatal kayıp öyküsü	
Evet	22 (13.8)
Hayır	138 (86.2)
Kronik hastalığın cinsel yaşamı etkileme durumu	
Olumsuz etkilene	16 (10.0)
Etkilenmeyen	144 (90.0)

Kadınların aile planlaması yöntemi kullanma durumlarına ilişkin özellikleri Tablo 3'de gösterilmektedir. Kadınların %85'inin modern olan veya olmayan en az bir kontraseptif yöntem kullandığı, %71.9'unun modern yöntemleri kullandığı belirlenmiştir. Modern yöntemleri kullanan 115 kadın arasında tercih edilen kontraseptif yöntemi olarak, en popüler yöntemin 36 (%26.5) kadınla kondom olduğu belirlenmiştir. Bunu sırasıyla, bakırlı rahim içi araç, hormon içeren yöntemler ve tüp ligasyonun takip ettiği belirlenmiştir. Kadınların %64.2'si kullandıkları yöntemi aile sağlığı merkezlerinden temin ettiğini, %55.1'i kullandıkları yönteme eşi ile birlikte karar verdiğini belirtmiştir. Ayrıca kadınların %69.4'ü kullandıkları yönteme başlarken sağlık personeline kronik hastalıklarından bahsettiklerini, %54.4'ü kullandıkları aile planlaması yöntemleri ile kronik hastalıkları arasındaki ilişkiye yönelik bilgi aldığını ve bilgi alanların %54'ü bu bilgiyi hemşire/ebeden aldığını belirtmiştir.

Tablo 3. Kadınların Aile Planlaması Yöntemi Kullanma Durumlarına İlişkin Özellikleri

Özellikler	n (%)
Aile Planlaması Yöntemi Kullanma Durumu (n=160)	
Modern Yöntem Kullanan	115 (71.9)
Modern Olmayan Yöntem Kullanan	21 (13.1)
Yöntem Kullanmayan	24 (15.0)
*Kullanılan Aile Planlaması Yöntemi (n=136)	
Kondom	36 (26.5)
Bakırlı RİA	30 (22.1)
Tüpligasyon	22 (16.2)
Geri çekme yöntemi	21 (15.4)
Hap /KOK	14 (10.3)
3Aylık enjeksiyonlar	7 (5.1)
1Aylık enjeksiyonlar	3 (2.2)
Hormonlu RİA	2 (1.5)
Vazektomi	1 (0.7)
Aile planlaması yöntemi temin edilen yer (n=119)	
Aile Sağlığı Merkezi	77 (64.2)
Devlet Hastanesi	33 (27.5)
Eczane	8 (6.7)
Özel Hastane	1(0.8)
Yöntem kullanımına karar veren kişi (n=136)	
Kendim	32 (23.5)
Eşim	15 (11.0)
Kendim ve eşim	75 (55.1)
Sağlık personeli	4 (2.9)
Sağlık personeli ile birlikte kendim	10 (7.5)
Kullanılan aile planlaması yöntemine başlarken mevcut kronik hastalıktan bahsetme durumu (n=134)	
Bahsedemeyen	93 (69.4)
Bahsetmeyen	41 (30.6)
Kullanılan aile planlaması yöntemi ile mevcut kronik hastalık arasındaki ilişkiye dair bilgi alma durumu	
Bilgi alan	87 (54.4)
Bilgi Almayan	73 (45.6)
Bilgi alınan kişi (n=87)	
Hastalığı takip eden doktor	14 (16.1)
Hemşire/Ebe	47 (54.0)
Aile Hekimi	24 (27.6)
Arkadaş	2 (2.3)

*Birden fazla cevap verilmiştir

TARTIŞMA

Kronik hastalıklar insan yaşamının farklı dönemlerinde görülebilmekte ve uzun bir dönemini kapsayabilmektedirler. Kronik hastalığı olan kadınlar, gebelik ile ilişkili morbidite, mortalite ve istenmeyen gebelik riskinin yüksek olması nedeniyle özellikle endişe duymaktadırlar^{30,31}. Bu dönemde oluşabilecek gebelikler gerek hastalık gerekse hastalığın tedavisinde kullanılan yöntemler nedeniyle riskli olabilmektedir. Oluşabilecek riskli durumlar kronik hastalığı olan kadınların gebeliklerini zorunlu olarak planlamalarına yol açabilmektedir.

Araştırmamızda kadınların büyük çoğunluğunu konulan tıbbi tanının gelecekte çocuk sahibi olma kararını etkilemediği belirlenmiştir. Araştırmamızın sonuçlarına benzer şekilde Hanson ve arkadaşlarının (2017) yaptığı çalışmada da kronik hastalığı olan kadınların gebelik arzusunun kronik hastalıktan etkilenmediği belirtilmektedir¹⁹. Çalışmamızın bulguları bu çalışma ile benzerlik göstermektedir. Kronik hastalığın gelecekte çocuk sahibi olma kararını etkilememesinin nedeni olarak evliliğin, çocuk sahibi olmakla eş değer tutulmasından ve kadının sağlık durumu ne olursa olsun çocuk doğurmamanın kadın için eksiklik ve ayıp olarak görülmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmada kadınların %40'ının kronik hastalık tanısı konulduktan sonra gebelik geçirdiği ve büyük çoğunluğunun isteyerek gebe kaldığı belirlenmiştir. Daha önce yapılmış çalışmalarda ise kronik hastalığı olan kadınların istenmeyen bir hamilelik geçirme olasılığının daha yüksek olduğu belirlenmiştir^{20, 41-43}.

Chor ve arkadaşlarının (2011) yaptığı çalışmada kronik hastalığı olan kadınlarda istenmeyen gebeliklerin sayısının fazla olmasının kadınların hastalıktan kaynaklı infertil olduklarını sanmaları ve bu nedenle doğum kontrolüne gerek duymamalarından kaynaklandığı belirtilmektedir²⁰. Araştırmamızda kadınların çoğu hastalık ve kontraseptif yöntem arasındaki ilişkiye ilişkin bilgi almışlardır. Bu nedenle istenmeyen gebelik oranı araştırma grubumuzda daha düşük bulunmuştur.

Araştırmamızda kadınların çoğu kronik hastalıklarının ve kullandıkları ilaçların emzirme sürelerini kısalttığını belirtmişlerdir. Solatani ve arkadaşlarının (2008) yaptığı kohort çalışmasında kadınların çoğu doğum sonrası 6. ayda hastalıklarından dolayı emzirmeyi kesitiğini belirtmişlerdir⁴³. Ülkemizde Ocaktan'ın yaptığı (2017) çalışmada da kronik hastalığı olan kadınların emzirmeye geç başladığı ve altı aydan az emzirme oranının yüksek olduğu belirtilmektedir⁴⁴. Araştırmamızın sonuçları bu çalışma ile benzerlik göstermektedir. Kronik hastalıklı kadınların hastalıkları ve kullandıkları ilaçların sütlerini olumsuz etkilediği düşüncesiyle emzirme konusunda daha fazla kaygılandığı ve kısa süre emzirdikleri düşünülmektedir. Bu nedenle emzirme konusunda olumsuz sonuçları azaltmak için kronik hastalıkların emzirme ile ilişkisi konusunda hemşirelerin bilgi sahibi olması ve kadınlara danışmanlık yapması oldukça önemlidir.

Araştırmamızda kadınların %13.8'inin kronik hastalık tanısı konulduktan sonra prenatal kayıp yaşadığı belirlenmiştir. Manaf ve arkadaşlarının (2012) yaptığı çalışmada ise kadınların %7.8'nin prenatal kayıp yaşadığı belirlenmiştir³. Klemetti ve arkadaşlarının (2015) yaptığı çalışmada ise kadınların %4.7'sinin prenatal kayıp yaşadığı belirlenmiştir⁴⁶. Araştırmamızda diğer iki gruba göre kronik hastalık çeşidinin fazla olmasından kaynaklı olarak prenatal kayıp oranının yüksek çıktığı düşünülmektedir. Çalışmamızdaki prenatal kayıp oranının yüksekliği hastalık ve gebelik arasındaki ilişkiye ilişkin kadınların doğru bir şekilde bilgilendirilmeleri gerekliliğinin önemini göstermektedir.

Literatürde^{1,45} kronik hastalığı olan kadınların bedensel ve zihinsel etkinliklerinin uyum içerisinde devam etmesinde cinselliğin önemli bir yeri olduğu ve çiftlerin gebe kalma korkusuyla cinsel sorun yaşadıkları belirtilmektedir. Çayan ve arkadaşlarının (2004) Kadın Cinsel Fonksiyon Ölçeğini kullanarak yaptığı çalışmada kronik hastalık varlığının kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluklarını 1.9 kez arttırdığı belirlenmiştir⁴⁷. Ancak araştırmamızda kadınların büyük çoğunluğu kronik hastalığın cinsel yaşamlarını etkilemediğini belirtmişlerdir. Aradaki farkın çalışmamızda kadınların kendi algıladıkları ölçüde cinselliklerini değerlendirmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmamızda kronik hastalığı olan kadınların çoğunun halen bir kontraseptif yöntem kullandığı ve kadınların %71.9'nun modern yöntemleri tercih ettiği belirlenmiştir. Yurdakul ve arkadaşlarının (2008) ülkemizde yaptığı çalışmada kadınların çoğu araştırmanın yürütüldüğü sırada en az bir yöntem kullandığını belirtmiş olmalarına rağmen en çok kullanılan yöntemin geri çekme yöntemi olduğu belirlenmiştir¹. Çalışmamıza benzer şekilde Michigan, İran ve İtalya'da yapılan araştırmalar, kronik hastalığı olan kadınlar arasında araştırmamızla benzer şekilde % 80, % 85 ve % 89 gibi yüksek oranlarda modern kontraseptif yöntem kullanım düzeylerini bildirirken, ³²⁻³⁴ Malezya'da bu oran %30.74, Etiyopya'da %53.9 gibi düşük oranlar bildirilmektedir³⁵. Bu ülkelerde yapılan çalışmaların katılımcı yaş gruplarının araştırmamıza katılanlardan daha büyük olmasının da bu farkın oluşmasında katkısı olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca çalışmamızdaki modern yöntem kullanım oranının çalışmamıza katılan kadınların çoğunun kullandıkları yönteme ilişkin sağlık personelinin bilgi almalarından kaynaklandığı düşünülmektedir. Kronik hastalıkların geniş bir nüfusu etkilemesinin yanında yarattığı sorunlar ve kontraseptif yöntemlerin çeşitliliği düşünüldüğünde bu kadınlarda modern kontraseptif yöntem seçimi önem kazanmaktadır. Bu nedenle gerek ayaktan gerekse yatarak tedavi gören bu hastalara hizmet veren hemşirelerin verdikleri tüm sağlık hizmetlerine aile planlaması hizmetlerini entegre etmesi önerilmektedir.

Araştırmamızda kadınların yarısından fazlasının kullanılan yöntem ve hastalıkları hakkında sağlık personelinin bilgi aldığı ve büyük çoğunluğunun modern yöntemleri tercih ettiği belirlenmiştir. Yurdakul ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında ise kadınların çoğu aile planlamasına ilişkin danışmanlık almadıklarını ve kadınlar tarafından en çok tercih edilen yöntemin geri çekme olduğu belirtilmektedir¹. Daha önce yapılan bazı çalışmalarda da kronik hastalığı olan çoğu kadınının sağlık personeli ile karşılaştıkları süre boyunca kendilerine herhangi bir tavsiyede bulunulmadığı için kontraseptif yöntem kullanmadıkları belirtilmektedir^{36,37}. Araştırmamızda modern yöntem kullanım oranının yüksek olmasının, araştırmamıza katılan kadınların çoğunun kullanılan yöntem ve hastalıkları hakkında sağlık personelinin bilgi almış olmalarından kaynaklandığı düşünülmektedir. Kronik hastalıkların bazılarında gebeliğin oluşması kadar uygunsuz kontraseptif yöntem kullanılması da kadının yaşamını tehdit eder⁶. Bu nedenle kronik hastalığı olan kadınlarda hastalığın tedavisi, izlemi ve rehabilitasyonu kapsamında uygun ve etkili kontraseptif yöntem kullanımı önemli bir gereksinim oluşturmaktadır. Bu kadınlarla çalışan hemşirelerin uygun ve etkili kontraseptif yöntemle ilgili doğru ve güvenilir bilgiyle donanımlı olarak kadınlara danışmanlık yapmaları büyük önem arz etmektedir.

Araştırmamıza katılan kadınların çoğu kullandıkları yöntemle başlarken sağlık personeline kronik hastalıklarından bahsettiklerini, kadınların yarısından fazlasının kontraseptif yöntemler ile kronik hastalıklar arasındaki ilişkiye yönelik bilgi aldığını ve en fazla bilgi kaynağının hemşire/ebe olduğunu belirtmişlerdir. Yurdakul ve arkadaşlarının (2008) yaptığı çalışmada ise çalışma grubunu oluşturan kadınlara aile planlaması hakkında bilgi alıp almadıkları sorulduğunda sadece %10.6'sı herhangi bir sağlık görevlisinden bilgi aldığını ve kadınların %63.6'sının hastalıklarının kullandıkları kontraseptif yöntemi etkileyip etkilemediğini bilmediğini belirtmişlerdir¹. Chuang ve arkadaşlarının (2010) Amerika'da yaptığı çalışmada da, kronik hastalığı olan kadınların genellikle hastalıkları ile gebelik sonuçları arasındaki etkileşimler hakkında bilgi sahibi olmadıkları belirlenmiştir¹³. Kronik hastalığı olan kadınlar kontrasepsiyon kullanıyor olsalar bile hastalıklarıyla ilişkili ilaçlar ve kontrasepsiyon arasındaki herhangi bir etkileşimin farkında olmayabilirler. Aile planlaması yöntemleri hakkında bilgi sahibi olmak hem gebeliği önleyici bir yöntem kullanıp kullanmama kararı, hem de hangi yöntemin kullanılacağı kararı açısından oldukça önemlidir. Doğurganlığın kontrolüne ilişkin olarak bilgi sahibi olunması, bu yöntemlere ulaşılması ve de uygun bir gebeliği önleyici yöntemin kullanılması için oldukça önemli bir adımdır. Sağlık hizmeti sağlayıcıları danışanları iyi bilgilendirdiğinde, kontraseptifleri başarılı bir şekilde seçip kullanmalarına yardımcı olduğu bilinmektedir^{23, 35, 38}.

Araştırmamıza katılan kadınların yarısından fazlasının kullandıkları yöntemle eşi ile birlikte karar verdiği belirlenmiştir. Literatürde^{39,40} kronik hastalığa sahip kadınların uygun kontraseptif yöntemi kullanması tartışılmalı bir konu olup, kararın eşlerle birlikte verilmesi gerektiği belirtilmektedir. Bazı kronik hastalıklarda gebeliğin kadın ve bebek hayatını tehlikeye attığı için, gebeliğin yol açacağı riskler ve kontraseptif yöntemin kullanım riskinin kadın ve eşi ile birlikte tartışılması ve kullanılacak yöntemle eşlerle birlikte karar verilmesi gerektiği düşünülmektedir.

Sınırlılıklar

Araştırmanın örneklemini yalnızca Adıyaman'da bir özel hastanenin dâhili polikliniklerine başvuran ya da dahili kliniklerinde yatan kronik hastalığı olan kadınlar arasından seçilmiştir. Diğer sağlık kuruluşlarında tedavi gören kadınlar arasında kontraseptif kullanımı ile ilgili bilgiler bu çalışma tarafından ele alınamamıştır. Bu nedenle araştırma sonuçları sadece bu gruba genellenebilir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmamızın sonuçları, odaklanarak kronik hastalığa sahip kadınların üreme sağlığı için olası zorlukları ve fırsatları ortaya koymaktadır. Bu sonuçlar doğrultusunda; kronik hastalığa sahip kadınlara hizmet veren hemşirelerin kronik hastalığın aile planlaması, cinsellik, gebelik ve emzirme süreci üzerine olumsuz etkisine yönelik farkındalıklarının artırılması gerektiği düşünülmektedir. Hemşireler kronik hastalığa sahip kadınlarda olası üreme sağlığı sorunlarına ilişkin daha fazla duyarlı olması ve üreme sağlığı sorunlarını daha dikkatli ele almalı ve gerekli ek sağlık bakımı sunmalıdır. Kronik hastalığa sahip kadınların üreme sağlığı sorunları açısından başvurdukları kurumlarda değerlendirilmeleri ve bu kadınlara yatarak ya da ayaktan verilen tedavi, bakım ve danışmanlık hizmetleri içine üreme sağlığı ve aile planlaması konularının entegre edilmesi önerilmektedir. Ayrıca hemşirelerin kronik hastalığı olan kadınlar için en iyi kontraseptif seçeneklerinin ve bunların potansiyel kontrendikasyonlarının farkında olması gerekmektedir. Türkiye'de kronik hastalığı olan kadınlara üreme sağlığı hizmet sunum sisteminin geliştirilmesinde hemşirelerin rolünü araştıran daha ileri çalışmalar yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Yurdakul M, Akçınar M, Akan N. Kronik hastalığı olan doğurgan çağdaki kadın hastaların aile planlaması danışmanlık gereksinimleri. İ.Ü.F.N. Hem. Der. 2008; 62:97-110.
2. Beaglehole R, Epping-Jordan J, Patel V, Chopra M, Ebrahim S, Kidd M, et al. Improving the prevention and management of chronic disease in low-income and middle-income countries: A priority for primary health care. Lancet. 2008;(372):940-949.
3. Drake JK. The growing chronic disease burden: implications for reproductive health. Outlook. 2009; 26(1):8.
4. Manaf RA, Ismail IZ, Latiff LA. Contraceptive use among women with chronic medical conditions and factors associated with its non-use in Malaysia. Global Journal of Health Science. 2012; 4(5):91-99.
5. Reddy SM, Ramachandran A, Cabral H, Kazis L. Provision of family planning to women with cardiovascular risk factors. The Journal of the American Board of Family Medicine. 2015 Jan 1;28(1):105-114.
6. Nojomi M, Morrovatdar N, Davoudi F, Hosseini S. Contraceptive use by Iranian women with hypertension, diabetes or obesity. Eastern Mediterranean Health Journal. 2013; 19 (7):638-643.
7. Pirkle CM, de Albuquerque Sousa AC, Alvarado B, Zunzunegui MV. Early maternal age at first birth is associated with chronic diseases and poor physical performance in older age: cross-sectional analysis from the international mobility in aging study. BMC Public Health. 2014 Dec;14(1):293.
8. Mittal P, Dandekar A, Hessler D. Use of a modified reproductive life plan to improve awareness of preconception health in women with chronic disease. The Permanente Journal. 2014;18(2):28-32.
9. Ünal B, Ergör G, Horasan GD, Kalaça S, Sözmen K. Türkiye kronik hastalıklar ve risk faktörleri sıklığı çalışması. Ankara: Sağlık Bakanlığı. 2013.
10. Erci B. Halk sağlığı hemşireliği. 2.bs. Elazığ: Anadolu Nobel Tıp Kitapevleri; 2016.
11. Akın A. Aile planlamasından üreme sağlığına geçiş, Aktüel Tıp Dergisi, 2001, 6(1):4-8.

12. Bonnema RA, McNamara MC, Spencer AL. Contraception choices in women with underlying medical conditions. *American Family Physician*. 2010 Sep 15;82(6):621-628.
13. Chuang CH, Velott DL, Weisman CS. Exploring knowledge and attitudes related to pregnancy and preconception health in women with chronic medical conditions. *Maternal and Child Health Journal*. 2010 Sep 1;14(5):713-719.
14. Rich-Edwards JW. Reproductive health as a sentinel of chronic disease in women. *Women's Health*. 2009; 5(2):101-105.
15. Thompson D, Thomas H, Solomon J, Nashef L, Kendall S. Chronic illness, reproductive health and moral work: women's experiences of epilepsy. *Chronic Illness*. 2008 Mar;4(1):54-64.
16. Watnick S. Pregnancy and contraceptive counseling of women with chronic kidney disease and kidney transplants. *Advances in Chronic Kidney Disease*. 2007 Apr 1;14(2):126-131.
17. Aksu H, Yurtsev E. Gebelik, Diyabet ve hemşirelik bakımı. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2009; 16(3):50-58.
18. Chor J, Oswald L, Briller J, Cowett A, Peacock N, Harwood B. Reproductive health experiences of women with cardiovascular disease. *Contraception*. 2012 Nov 1;86(5):464-469.
19. Hanson BM, Dorais JA. Reproductive considerations in the setting of chronic viral illness. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 2017 Jul 1;217(1):4-10.
20. Chor J, Rankin K, Harwood B, Handler A. Unintended pregnancy and postpartum contraceptive use in women with and without chronic medical disease who experienced a live birth. *Contraception*. 2011; 84:57-63.
21. Holing EV, Beyer CS, Brown ZA, Connell FA. Why don't women with diabetes plan their pregnancies? *Diabetes Care*. 1998 Jun 1;21(6):889-895.
22. DeNoble AE, Hall KS, Xu X, Zochowski MK, Piehl K, Dalton VK. Receipt of prescription contraception by commercially insured women with chronic medical conditions. *Obstetrics and Gynecology*. 2014 Jun;123(6):1213.
23. Millar SL, Cameron ST. Contraception in women with medical conditions. *Obstetrics, Gynaecology and Reproductive Medicine*. 2016 Nov 1;26(11):324-331.
24. Schwarz EB, Postlethwaite D, Hung YY, Lantzman E, Armstrong MA, Horberg MA. Provision of contraceptive services to women with diabetes mellitus. *J Gen Intern Med*. 2012; 27:196-201.
25. Perritt JB, Burke A, Jamshidli R, Wang J, Fox M. Contraception counseling, pregnancy intention and contraception use in women with medical problems: an analysis of data from the Maryland pregnancy risk assessment monitoring system (PRAMS). *Contraception*. 2013;88:263-268.
26. Mansour D. Implications of the growing obesity epidemic on contraception and reproductive health. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*. 2004; 30(4):209-211.
27. Lewis M, Heinemann L, MacRae K, Bruppacher R, Spitzer W. The increased risk of venous thromboembolism and the use of third generation progestagens: role of bias in observational research. The transnational research group on oral contraceptives and the health of young women. *Contraception*. 1996;54:5-13.
28. Neinstein L. Contraception in women with special medical needs. *Comp Ther*. 1998; 24:229-250.
29. World Health Organization. Medical eligibility criteria for contraceptive use. 4th ed. Geneva: WHO; 2009. Available from: http://apps.who.int/rhl/guidelines/Executive_summary_guideline_WHO_medical_eligibility_criteria/en/
30. Dunlop AL, Jack BW, Bottalico JN, Lu MC, James A, Shellhaas CS, Hallstrom LH, Solomon BD, Feero WG, Menard MK, Prasad MR. The clinical content of preconception care: women with chronic medical conditions. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 2008 Dec 1;199(6):310-327.
31. Nikolov A, Dimitrov A, Kolarov G, Todorova K, Mekhandzhiev T. Contraception in women with diabetes mellitus. *Akush Ginekol*. 2005; 44(5):47-52.
32. Cynthia H, Chuang A, Bensyl DM, Weisman CS. Contraceptive use by diabetic and obese women. *Women's Health Issue*. 2005;15(4):167-173.
33. Mazaheri E, Mostafazadeh F, Karimollahi M. Pattern of contraceptive use in diabetic women. *Maturitas*. 2009;63(1):128-150.
34. Janz N. Contraception in diabetic women: an Italian study. *Diabetes Res Clin Pract*. 2005; 67(3):267-272.
35. Mekonnen TT, Woldeyohannes SM, Yigzaw T. Contraceptive use in women with hypertension and diabetes: cross-sectional study in Northwest Ethiopia. *International Journal of Women's Health*. 2015;7:957.
36. Lakasing L, Khamashta M. Contraceptive practices in women with systemic lupus erythematosus and/or antiphospholipid syndrome: what advice should we be giving? *BMJ Sexual & Reproductive Health*. 2001 Jan 1;27(1):7-12.
37. Rogers P, Mansour D, Mattinson A, O'sullivan JJ. A collaborative clinic between contraception and sexual health services and an adult congenital heart disease clinic. *BMJ Sexual & Reproductive Health*. 2007 Jan 1;33(1):17-21.
38. Vahratian A, Barber J, Lawrence J. Family planning practice among diabetes, over weight and obese women in 2002 national survey for family growth. *Diabetes Care*. 2009; 32(6):1026-1031.
39. Durmuşoğlu F, Tomruk DG, Yıldırım A. Özel dönem ve durumlarda kontrasepsiyon, aile planlamasında temel bilgiler. *İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı, İstanbul*. 2002; 195-212.
40. Yıldırım A. Üreme sistemi ve cinsellik, aile planlamasında temel bilgiler. *İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı, İstanbul*. (2002);93-105.
41. Holton S, Thananjeyan A, Rowe H, Kirkman M, Jordan L, McNamee K, Bayly C, McBain J, Sinnott V, Fisher J. The fertility management experiences of Australian women with a non-communicable chronic disease: findings from the understanding fertility management in contemporary Australia survey. *Maternal and Child Health Journal*. 2018 Feb 6:1-11.
42. Veloz-Martínez MG, Hinojosa-Cruz JC, Vital-Reyes VS, Becerra-Alcántara GI, Delgado-Plascencia J. Contraception in women with chronic diseases. *Ginecología y Obstetricia de México*. 2015 Jul 15;83(07):393-399.
43. Soltani H, Dickinson FM, Kalk J, Payne K. Breast feeding practices and views among diabetic women: a retrospective cohort study. *Midwifery*. 2008 Dec 1;24(4):471-479.
44. Ocaktan C. İnsüline bağımlı diyabeti olan ve diyabeti olmayan kadınların emzirmeye ilişkin görüş ve uygulamalarının karşılaştırılması. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. 2017.
45. Josephson MA, McKay DB. Women and transplantation: fertility, sexuality, pregnancy, contraception. *Advances in Chronic Kidney Disease*. 2013 Sep 1;20(5):433-440.
46. Klemetti MM, Laivuori H, Tikkanen M, Nuutila M, Hiilesmaa V, Teramo K. Obstetric and perinatal outcome in type 1 diabetes patients with diabetic nephropathy during 1988–2011. *Diabetologia*. 2015;58(4):678-686.
47. Çayan S, Akbay E, Bozlu M, Canpolat B, Acar D, Ulusoy E. The prevalence of female sexual dysfunction and potential risk factors that may impair sexual function in Turkish women. *Urologia Internationalis*. 2004;72(1):52-57.

Pediatric Nurses' Empathic Tendency, Emotional Labor Behaviors and Burnout Levels: The Relationship

The Relationship Between Empathic Tendencies, Emotional Labor Behaviors and Burnout Levels of Pediatric Nurses (Research)

Gamze YILMAZ*, **Gülbeyaz BARAN DURMAZ****

ÖZ

Amaç: Çalışma pediatri hemşirelerinin empatik eğilim, duygusal emek davranışları ve tükenmişlik düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı tipte gerçekleştirilmiştir.

Gereç ve Yöntem: Araştırma, herhangi bir örneklem seçimine gidilmeden, Ağrı il merkezi ve pediatri servisi bulunan ilçe hastanelerinde çalışan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 66 pediatri hemşiresi ile yürütülmüştür. Araştırmada veri toplama aracı olarak "Tanıtıcı Bilgi Formu", "Empatik Eğilim Ölçeği", "Duygusal Emek Ölçeği" ve "Maslach Tükenmişlik Ölçeği" kullanılmıştır.

Bulgular: Pediatri hemşirelerinin yaş ortalaması 28.36±6.13'dür. Hemşirelerin %54.5'inin kadın, %60.6'sının evli, %62.1'inin lisans mezunu olduğu, %43.9'unun 2-5 yıldır pediatri hemşiresi olduğu bulunmuştur. Pediatri hemşirelerinin orta düzeyde empatik eğilime sahip olduğu; duygusal emek ölçeğinde duygusal çaba ve yüzeysel davranış alt boyutlarının daha çok kullandığı; duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt boyutunda orta düzeyde, kişisel başarı boyutunda ise yüksek düzeyde tükenmişlik yaşadığı belirlenmiştir. Hemşirelerin empatik eğilim ve tükenmişlik puan ortalamaları arasında ve yüzeysel davranış ile duygusal tükenme arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde negatif yönde bir ilişki olduğu saptanmıştır (p<0.05).

Sonuç: Yüksek empatik eğilimin ve yüzeysel davranış göstermenin pediatri hemşirelerinin tükenmişlik düzeylerini azalttığı sonucuna ulaşılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Duygusal emek, empati, pediatri hemşiresi, tükenmişlik

ABSTRACT

Aim: This study was conducted as a descriptive study to determine the relationship between the empathic tendency, emotional labor behaviors, and burnout levels of pediatric nurses.

Material and Methods: The study was carried out without any sample selection with 66 pediatric nurses working in hospitals in Ağrı province center and in district hospitals with pediatric service and who agreed to participate in the study. "Introductory Information Form", "Empathic Tendency Scale", "Emotional Labor Scale" and "Maslach Burnout Scale" were used as data collection tools.

Results: The average age of participating pediatric nurses was found to be 28.36±6.13. 54.5% of them were female, 60.6% of them were married, 62.1% had bachelor's degree, 43.9% of them worked as a pediatric nurse for 2-5 years. It was determined that the pediatric nurses had moderate empathic inclination and used emotional effort and superficial behavior sub-dimensions more on emotional labor scale. It was found that the nurses experienced moderate burnout in the emotional exhaustion and desensitization sub-dimension and high-level burnout in personal success dimension. There was a statistically significant negative correlation between empathic tendency and average burnout scores of nurses and between superficial behavior and emotional exhaustion (p<0.05).

Conclusion: High empathic tendency and superficial behavior have been found to reduce burnout levels of pediatric nurses.

Key Words: Burnout, emotional labor, empathy, pediatric nurse

*Ağrı İbrahim Çeçen Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü, Ağrı, Türkiye, E-mail: gamzeyilmaz@live.com, Tel:04722154000, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0417-170X>

**Dicle Üniversitesi Atatürk Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü, Diyarbakır, Türkiye, E-mail: rozbaran@gmail.com, Tel:04122488037, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5591-3710>

Geliş Tarihi: 4 Ocak 2018 Kabul Tarihi: 17 Nisan 2019

Atıf/Citation: Yılmaz G., Baran Durmaz G. Pediatric Nurses' Empathic Tendency, Emotional Labor Behaviors and Burnout Levels: The Relationship. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2019; 6(2): 92-100. DOI: 10.31125/humhemsire.598563

***Bu çalışma 29 Kasım-2 Aralık 2017 tarihleri arasında Antalya Xanadu Resort Hotel'de gerçekleştirilen 6. Ulusal 1. Uluslararası Pediatri Hemşireliği Kongresi'nde Sözlü Bildiri olarak sunulmuştur.

GİRİŞ

Duygusal emek, günümüzde birçok hizmet alanı ve mesleğin vazgeçilmez bir kavramı olarak karşımıza çıkmaktadır¹. Meslek yaşamında fiziksel ve zihinsel emeğin yanında insan davranışının bir parçası olan duygular da emek gücü olarak ele alınmaktadır². Duygusal emeğin hemşirelik mesleği için zorunlu olduğu ve sağlık bakımında hizmet kültürünün ayrılmaz bir parçası olduğu savunulmaktadır³. Duygusal emek “duygu” ve “emek” kavramlarından yola çıkılarak “insanın bilinçli olarak giriştiği çalışma sürecinin, kendi iç dünyasında uyandırdığı izlenim” olarak tanımlanmaktadır¹. Duygusal emek kavramını 1979’da ilk defa gündeme getiren Hochschild duygusal emeği “duyguların, iş gereği insanlar tarafından gözlenecek şekilde düzenlenerek yüzeysel ve bedensel gösterimde bulunulması” olarak ifade etmektedir⁴. Bu kavram, çalışanların işyerlerinde veya çalışma esnasında gerçek duygularından farklı olarak, kendilerinden beklenen duyguları sergilemeleri şeklinde de açıklanmaktadır⁵. Duygusal emek, insanları anlama çabası, insanların hissettiklerini önemseme, onların duygularıyla ilgilenme ve kendi duygularımış gibi hissetme, yani empati kurma yeteneği olarak da tanımlanmaktadır^{6,7}. Empatinin ve empatik yeteneğe sahip olmanın duygusal emek gerektiren işlerde oldukça önemli olduğu ve en fazla duygusal emek kullanan meslek gruplarından birinin hemşireler olduğu belirtilmektedir^{4,7,8}. Hemşirelik, bireylerin fiziksel, sosyal ve duygusal gereksinimlerini tanımaya ve bunların karşılanmasına odaklanan bir bakım ve yardım mesleği olması itibarı ile empati hemşirelik bakımının dolayısıyla yardım edici ilişkinin en temel bileşeni olarak ele alınmaktadır^{9,10}. Hemşireler hastalara empatik bir tutumla yaklaştıkları takdirde hastayı doğru anlayabilir, hastaların gereksinimlerinin, istek ve ihtiyaçlarının neler olduğunu daha doğru saptayabilir, dolayısıyla daha kaliteli hemşirelik bakımı sunabilir¹¹. Empati sayesinde hemşire kendisini hastasının yerine koyarak, onun duygu ve düşüncelerini anlamaya çaba gösterirken, kendi duygularını da düzenleyerek, o anda yansıtması gereken duyguyu gerçekte de hissetmek için çaba harcamaktadır. Hissettiği duygu ve sergilemek zorunda olduğu duygu birbirinden farklı olduğu halde, hemşire empati aracılığı ile duygularını değiştirme ve şartlara uydurma yolunu seçmektedir. Yüksek empatik eğilim özelliği olanlar daha olumlu uyum deneyimleri yaşamakta ve düşük empatik eğilimi olanlara göre daha az duygusal emek sarf etmektedir¹². Hemşirenin işini yaparken kendisinden beklenen duyguları sergilemesi yani duygusal emek göstermesi beklenmektedir. Ancak hemşire gerçekte hissettiği duygular ile ondan beklenen duygular arasında “çatışma” yaşadığında karşılaştığı “duygusal uyumsuzluk” durumunu azaltmak için aşırı çaba sarf etmekte, bu durum onun üzerindeki gerilimi, baskıyı, stresi arttırmakta ve sürekli rol yapma nedeniyle duygusal kaynaklarının tükenmesi sonucu duygusal olarak yıpranma ve tükenmişlikle karşı karşıya kalmaktadır^{4,13-15}. Tükenmişlik “iş gereği yoğun duygusal taleplere maruz kalan ve sürekli diğer insanlarla yüz yüze çalışmak durumunda olan kişilerde görülen fiziksel bitkinlik, uzun süreli yorgunluk çaresizlik ve umutsuzluk duygularının, yapılan işe, hayata ve diğer insanlara karşı olumsuz tutumlarla yansması ile oluşan bir sendrom” olarak tanımlanmaktadır¹⁶. Duygular uygun şekilde yönetilmedikçe ve desteklenmedikçe, hasta memnuniyetini sağlamak için hemşirelerin yoğun şekilde kullandıkları duygusal emek mesleki stres ve tükenmişlikle sonuçlanacaktır^{14,17,18}. Yüksek duygusal emek düzeyinin hemşirelerde tükenmişliğe neden olduğu veya tükenmişliği artırdığı yapılan çalışmalarda da belirtilmektedir¹⁹⁻²¹. Duygularının farkında olup duygularını yönetebilen ve başkalarının duygularını anlayabilen kişilerin daha az tükenmişlik yaşamaları empatinin, empatik kabiliyete sahip olabilmelerinin ve duyguları yönetebilmelerinin hemşirelik bakımında önemini ortaya çıkarmaktadır. Ülkemizde hemşirelerde duygusal emek ve tükenmişlik arasındaki ilişkiyi^{20,22,23}, empatik eğilim ile duygusal emek¹² ve empatik eğilim ile tükenmişlik ilişkisini²⁴ inceleyen çalışmaların çok az olması, aynı zamanda empatik eğilim, duygusal emek ve tükenmişlik ilişkisini birlikte inceleyen çalışma olmaması nedenleriyle bu çalışma literatür oluşumuna katkı sağlama açısından önemlidir. Bu çalışma pediatri hemşirelerinin empatik eğilim, duygusal emek davranışları ve tükenmişlik düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tipte gerçekleştirilmiştir.

GEREÇ ve YÖNTEM

Araştırmanın Tipi

Tanımlayıcı ve ilişki arayıcı nitelikte bir çalışmadır.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini 31 Temmuz–31 Ağustos 2017 tarihleri arasında Ağrı Kadın-Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi’nde ve pediatri servisi bulunan ilçe hastanelerinde çalışan 82 pediatri hemşiresi oluşturmuştur. Çalışmada örneklem seçim yöntemine gidilmemiş olup belirtilen tarihler arasında ulaşılan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 66 pediatri hemşiresi araştırma kapsamına alınmıştır. Ağrı il

merkezindeki Kadın-Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde 48 pediatri hemşiresi görev yapmaktadır. Bir ilçe hastanesi dışında altı ilçe hastanesinde pediatri servisi bulunmakta ve 34 pediatri hemşiresi görev yapmaktadır. Araştırmanın verileri, araştırmaya katılmayı kabul eden pediatri hemşireleri ile yüz yüz görüşme yöntemi kullanılarak araştırmacılar tarafından elde edilmiştir.

Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama aracı olarak hemşirelerin mesleki ve sosyo-demografik özelliklerini içeren "Tanıtıcı Bilgi Formu", "Empatik Eğilim Ölçeği", "Duygusal Emek Ölçeği" ve "Maslach Tükenmişlik Ölçeği" kullanılmıştır.

Tanıtıcı Bilgi Formu

Araştırmacılar tarafından literatür^{12,14} incelenerek hazırlanan bu formda hemşirelerin yaş, cinsiyet, medeni durum, öğrenim durumu, çalışma yeri, hemşirelik deneyimi, bulunduğu klinikte çalışma süresi gibi soruları içeren toplam 11 soru bulunmaktadır.

Empatik Eğilim Ölçeği

Dökmen²⁵ tarafından geliştirilen, 20 maddeden oluşan beşli likert tipindeki ölçek bireyin kendisiyle ilgili olarak olaylar karşısında duygusal duyarlılığını ölçmeye yönelik hazırlanmıştır. Ölçekten elde edilen en düşük puan 20, en yüksek puan ise 100' dür. Empatik eğilim puanları düşük (45-67), orta (68-78) ve yüksek (79-95) puan olarak gruplanmaktadır. Toplam puanın yüksek olması empatik eğilimin yüksek olduğunu; düşük olması ise empatik eğilimin düşük olduğunu göstermektedir¹².

Duygusal Emek Ölçeği

Grandey²⁶ tarafından beşli likert tipinde geliştirilen ve 26 maddeden oluşan ölçek derin davranış, yüzeysel davranış ve samimi davranış olmak üzere üç alt boyuta sahiptir. Boothby ve Tunç¹⁸ tarafından, Türkçeye uyarlanarak hemşireler üzerinde geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılan ölçekte 13 soru analizden çıkartılmış ve samimi davranış alt boyutunu ölçen ifadelerde analiz dışı bırakılarak duygusal çaba alt boyutunu dahil etmişlerdir. Ölçek, hissetmediği halde hissediyormuş gibi davranmaya neden olan Yüzeysel Davranış (8, 9, 10, 11, 12, 13. sorular), hemşirelerin hastalarla iletişimleri sırasında karşısındaki bireyin hissettiklerini hissetmek için duygularını yönetme çabasına girmesi olarak tanımlanan Duygusal Çaba (4, 5, 6, 7. sorular) ve hemşirenin hastaya gösterdiği duygularla uyum içinde olması olarak tanımlanan Derinlemesine Davranış (1, 2, 3. sorular) alt boyutlarından oluşmaktadır. Ölçekten alınabilecek puanlar, yüzeysel davranış alt boyutunda 0-24 puan, derinlemesine davranış boyutunda 0-12 puan, duygusal çaba boyutunda 0-16 puandır. Alınan puanlar hangi boyutta yüksek ise o boyutun daha çok kullanıldığı belirtilmektedir^{18,23}.

Maslach Tükenmişlik Ölçeği

Ergin²⁷ tarafından Türkçe'ye uyarlanan ölçek, duygusal tükenme (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20. sorular), duyarsızlaşma (5, 10, 11, 15, 22. sorular) ve kişisel başarıda düşme (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21. sorular) olmak üzere üç alt boyutu kapsayan 22 maddeden oluşmaktadır. Duygusal tükenme alt boyutu için 27 puan ve üstü yüksek, 17-26 puan arası değerler orta, 17 ve altı puan ise düşük kabul edilmektedir. Duyarsızlaşma alt boyutu için 13 ve üzeri puan yüksek, 7-12 arası orta, 6 ve aşağısı düşük grup olarak değerlendirilmektedir. Kişisel başarı alt boyutundan alınan 0-31 arası puan yüksek, 32-38 arası orta, 39 ve üzeri puan ise düşük düzeyde tükenmişliği belirtmektedir. Duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt boyutları puan ortalamasının yüksek, kişisel başarı alt boyutu puan ortalamasının düşük olması tükenmişliği göstermektedir²³.

Verilerin Analizi

Çalışmanın verileri SPSS paket programında analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzde dağılımı, ortalama, ANOVA, student t testi ve Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. ANOVA testi sonrası Levene's testi ($p>0.05$) ile grupların homojen dağılımı saptanmıştır ve gruplar arasındaki farkın tespitinde post-hoc çoklu karşılaştırma tekniği kullanılmıştır.

Araştırmanın Etik Yönü

Çalışmanın yapılabilmesi için kurumlardan resmi izin (87853587-799 sayılı yazı) alınmıştır. Çalışmanın verileri toplanmadan önce hemşireler araştırmanın amacıyla ilgili bilgilendirilmiş olup, sözel ve yazılı

olarak onamları alındıktan sonra çalışmaya katılmayı kabul eden hemşirelere soru formları uygulanmıştır. Çalışma Helsinki Bildirgesi ilkelerine uygun olarak yürütülmüştür.

BULGULAR

Pediyatri hemşirelerinin yaş ortalaması 28.36 ± 6.13 olup, %54.5'i kadın, %60.6'sı bekarıdır. Hemşirelerin %71.2'sinin çocuk sahibi olmadığı ve %62.1'inin lisans mezunu olduğu bulunmuştur (Tablo 1). Pediyatri hemşirelerinin %60.6'sının il merkezinde çalıştığı, %39.4'ünün 2-5 yıldır hemşirelik yaptığı, %43.9'unun ise 2-5 yıldır pediyatri servisinde çalıştığı belirlenmiştir (Tablo 2).

Tablo 1. Pediyatri hemşirelerinin sosyo-demografik özellikleri

Yaş (ort±ss) (min-maks)	28.36±6.13 (21-50)	
Cinsiyet	Sayı	%
Kadın	36	54.5
Erkek	30	45.5
Medeni durum		
Bekar	40	60.6
Evli	26	39.4
Çocuk sahibi olma		
Çocuğu olan	19	28.8
Çocuğu olmayan	47	71.2
Öğrenim durumu		
Sağlık meslek lisesi	16	24.2
Ön lisans	9	13.6
Lisans	41	62.1
Toplam	66	100

Tablo 2. Pediyatri hemşirelerinin mesleki özellikleri

Çalışma yeri	Sayı	%
İl merkezi	40	60.6
İlçe	26	39.4
Hemşirelik deneyimi (yıl)		
1 yıl ve altı	16	24.2
2-5 yıl	26	39.4
6-9 yıl	5	7.6
10 yıl ve üzeri	19	28.8
Çalıştığı birimdeki deneyimi (yıl)		
1 yıl ve altı	28	42.4
2-5 yıl	29	43.9
6-9 yıl	9	13.6

Pediyatri hemşirelerinin empatik eğilim ölçeği puan ortalaması 68.75 ± 9.11 olarak bulunmuştur. Duygusal emek ölçeğinin alt boyutları incelendiğinde hemşirelerin yüzeysel davranış alt boyutundan 9.36 ± 5.25 , derinlemesine davranış alt boyutundan 6.93 ± 2.87 , duygusal çaba alt boyutundan ise 9.45 ± 3.32 puan aldığı belirlenmiştir. Pediyatri hemşirelerinin Maslach tükenmişlik ölçeğinde duygusal tükenme alt boyutundan 19.13 ± 7.83 , duyarsızlaşma alt boyutundan 6.96 ± 5.06 , kişisel başarı alt boyutundan 8.31 ± 4.67 puan aldığı bulunmuştur (Tablo 3).

Tablo 3. Pediatri Hemşirelerinin Empatik Eğilim Ölçeği Puan Ortalaması, Duygusal Emek Ölçeği ve Maslach Tükenmişlik Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamaları

	$\bar{X} \pm SS$	Min-Maks.
Empatik Eğilim	68.75±9.11	46-93
Duygusal Emek Ölçeği		
Yüzeysel davranış	9.36 ±5.25	0-21
Derinlemesine davranış	6.93±2.87	0-12
Duygusal çaba	9.45±3.32	0-16
Maslach Tükenmişlik Ölçeği		
Duygusal Tükenme	19.13±7.83	3-36
Duyarsızlaşma	6.96±5.06	0-20
Kişisel Başarı	8.31±4.67	0-18

Pediatri hemşirelerinin empatik eğilim ölçeği ile duygusal emek ölçeği ve tükenmişlik ölçeği alt boyutları arasındaki ilişkiye bakıldığında, hemşirelerin empatik eğilim ölçeği ile duygusal emek ölçeği alt boyutları puan ortalamaları arasında herhangi bir ilişki olmadığı saptanmıştır ($p>.05$), (Tablo 4). Pediatri hemşirelerinin empatik eğilim ve tükenmişlik puan ortalamaları arasında ise negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur ($p<.05$). Duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı puan ortalamaları arttıkça empatik eğilim puan ortalamaları azalmaktadır (Tablo 5).

Tablo 4. Pediatri Hemşirelerinin Empatik Eğilim Ölçeği ve Duygusal Emek Ölçeği Alt Boyutları Arasındaki İlişkinin Dağılımı

Duygusal Emek Ölçeği	Empatik Eğilim Ölçeği
Yüzeysel davranış	r=.010* p=.937
Derinlemesine davranış	r=.142* p=.254
Duygusal çaba	r=.201* p=.106

*Pearson korelasyon katsayısı bakılmıştır.

Tablo 5. Pediatri Hemşirelerinin Empatik Eğilim Ölçeği ve Maslach Tükenmişlik Ölçeği Alt Boyutları Arasındaki İlişkinin Dağılımı

Maslach Tükenmişlik Ölçeği	Empatik Eğilim Ölçeği
Duygusal Tükenme	r= -.406* p=.001**
Duyarsızlaşma	r=-.330* p=.007
Kişisel Başarı	r=-.345* p=.005

*Pearson korelasyon katsayısı bakılmıştır. **0.01 düzeyinde anlamlı

Pediatri hemşirelerinin duygusal emek ölçeği ve tükenmişlik ölçeği alt boyutları puan ortalamaları arasındaki ilişkiye bakıldığında, duygusal emek ölçeğinin alt boyutlarından yüzeysel davranış ile tükenmişlik ölçeğinin alt boyutlarından duygusal tükenme arasında negatif yönde bir ilişki olduğu bulunmuştur ($p<.05$), (Tablo 6).

Tablo 6. Pediatri Hemşirelerinin Duygusal Emek Ölçeği ve Maslach Tükenmişlik Ölçeği Alt Boyutları Arasındaki İlişkinin Dağılımı

Duygusal Emek Ölçeği	Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin Alt Boyutları		
	Duygusal Tükenme	Duyarsızlaşma	Kişisel Başarı
Yüzeysel davranış	r= -.273* p=.027**	r= -.089* p=.476	r= - 187* p=.134
Derinlemesine davranış	r= .103* p=.411	r= .004* p=.974	r= - 089* p=.476
Duygusal çaba	r= -.177* p=.155	r= -.210* p=.091	r= - 190* p=.126

*Pearson korelasyon katsayısı bakılmıştır. **0.05 düzeyinde anlamlı

Pediatri hemşirelerinin sosyo-demografik ve mesleki özelliklerine göre empatik eğilim ölçeği, duygusal emek ölçeği ve tükenmişlik ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında, duygusal emek ölçeği alt boyutlarından yüzeysel davranış ve duygusal çaba ile hemşirelerin eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<.05$). Lisans mezunu hemşirelerin yüzeysel davranış (14.26 ± 4.11) ve duygusal çaba (12.95 ± 2.95) alt boyutlarını daha sık kullandığı belirlenmiştir. Pediatri hemşirelerinin tükenmişlik ölçeği alt boyutlarından duyarsızlaşma ile çalışma yılı arasında da anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır ($p<.05$). 6-9 yıldır çalışan hemşirelerin duyarsızlaşma alt boyutundan (12.00 ± 6.20) yüksek puan alarak yüksek düzeyde tükenmişlik yaşadığı belirlenmiştir. Empatik eğilim ölçeği puan ortalaması ile medeni durum ve pediatri servisinde çalışma yılı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<.05$). Evli hemşirelerin (72.19 ± 8.66) ve pediatri servisinde 6-9 yıldır çalışan hemşirelerin (74.55 ± 11.50) empatik eğilim puan ortalamasının daha yüksek olduğu ve pediatri servisinde çalışma yılı arttıkça empatik eğilimin arttığı saptanmıştır (Tablo 7).

Tablo 7. Pediatri Hemşirelerinin Sosyo-demografik ve Mesleki Özelliklerine Göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği, Duygusal Emek Ölçeği ve Empatik Eğilim Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Özellikler	Maslach Tükenmişlik Ölçeği			Duygusal Emek Ölçeği			Empatik Eğilim Ölçeği
	Duygusal Tükenme	Duyarsızlaşma	Kişisel Başarı	Yüzeysel davranış	Derinlemesine davranış	Duygusal çaba	
Öğrenim durumu	F:3.11 p=.051	F:2.15 p=.124	F:4.97 p=.611	F:5.22 p=.008	F:2.60 p=.772	F:5.014 p=.010	F:1.467 p=.314
Lise	15.31±7.85	4.81±4.10	7.31±5.35	12.87±6.36	7.37±3.50	11.56±2.60	71.25±12.68
Önlisans	18.22±7.88	6.77±5.21	8.88±4.98	8.33±5.67	6.88±3.10	8.77±4.23	71.11±8.79
Lisans	20.82±7.42	7.85±5.22	8.58±4.67	14.26±4.11	9.75±2.62	12.95±2.95	67.26±7.28
Medeni durum	t:-1.015 p=.314	t:-1.574 p=.121	t:.146 p=.884	t:-.782 p=.434	t:.137 p=.891	t:.692 p=.491	t:2.574 p=.012
Evli	17.92±8.68	5.76±4.68	8.73±4.83	8.73±4.62	7.00±2.88	9.80±2.40	72.19±8.66
Bekar	19.92±7.23	7.75±5.20	8.25±4.62	9.77±5.64	6.90±2.89	9.22±3.82	66.52±8.78
Çalıştığı klinik	t:-.081 p=.929	t:.622 p=.536	t:-1.634 p=.107	t:1.029 p=.307	t:.182 p=.856	t:.760 p=.450	t:.562 p=.576
Çocuk servisi	19.08±7.81	7.20±5.37	7.75±4.53	9.77±5.42	6.97±3.02	9.64±3.69	69.14±9.74
Yoğun Bakım	19.27±8.11	6.33±4.20	9.83±4.82	8.27±4.73	6.83±2.50	8.94±2.07	67.72±7.29
Çalışma yılı	F:2.703 p=.053	F:5.819 p=.001	F:8.54 p=.470	F:1.441 p=.240	F:1.363 p=.263	F:1.972 p=.127	F:1.781 p=.160
1 yıl ve altı	19.81±5.99	4.93±3.51	7.62±4.03	7.25±4.44	6.43±2.06	7.75±3.04	66.37±9.67
2-5 yıl	20.46±7.91	8.80±5.04	9.42±4.83	10.65±5.04	7.61±2.88	10.11±3.09	67.34±7.92
6-9 yıl	24.40±10.08	12.00±6.20	6.80±5.16	8.80±6.97	8.00±3.53	10.20±2.86	69.00±6.36

10 ve üzeri	15.36±7.50	4.84±4.25	7.78±4.87	9.52±5.51	6.15±3.16	9.78±3.30	72.63±10.08
Çocuk kliniğinde çalışma yılı	F:2.096 p=.131	F:2.95 p=.059	F:3.49 p=.707	F:1.032 p=.362	F:5.78 p=.564	F:2.436 p=.096	F:4.472 p=.015
1 yıl ve altı	20.28±7.05	6.32±4.46	8.42±4.60	8.28±5.19	6.85±2.62	8.42±3.16	65.42±8.40
2-5 yıl	19.51±8.29	8.44±5.53	8.58±4.80	10.10±5.39	7.27±3.11	10.27±3.42	70.17±7.92
6-9 yıl	14.33±7.64	4.22±3.99	7.11±4.78	10.33±4.92	6.11±2.93	10.00±2.45	74.55±11.50

TARTIŞMA

Çalışmada pediatri hemşirelerinin orta düzeyde empatik eğilim (68.75±9.11) gösterdiği belirlenmiştir (Tablo 3). Yapılan diğer çalışmalarda da hemşirelerin orta düzeyde empatik eğilime sahip oldukları görülmektedir^{12,24,28,29}. Empati eğiliminin yüksek olması, hastayı ve ailesini anlama, etkili iletişim kurma, kaliteli bakım ve hasta memnuniyeti açısından oldukça önemlidir. Bu nedenle empatik eğilimi orta düzeyde olan pediatri hemşirelerinin empatik becerilerini yüksek düzeye ulaştırmak için geliştirmeleri gerektiği söylenebilir.

Çalışmada duygusal emek ölçeğinin alt boyutları incelendiğinde hemşirelerin en yüksek puanı duygusal çaba alt boyutundan (9.45±3.32), ikinci olarak yüzeysel davranış alt boyutundan (9.36±5.25), en düşük puanı ise derinlemesine davranış alt boyutundan (6.93±2.87) aldığı belirlenmiştir (Tablo 3). Tunç'un¹² çalışmasında hemşirelerin duygusal çabayı, Yılmaz'ın²³ çalışmasında ise yüzeysel davranışı daha sık kullandıkları bulunmuştur. Pediatri hemşirelerinin duygusal çaba ve yüzeysel davranış alt boyutlarını daha çok kullanmaları, gerçekte hissetmedikleri duyguları hissediyormuş gibi davrandıklarını ve hastalarla iletişimlerini sırasında karşısındaki bireyin hissettiklerini hissetmek için duygularını yönetme çabasına girdiklerini göstermektedir.

Pediatri hemşirelerinin duygusal tükenme (19.13±7.83), duyarsızlaşma (6.96 ±5.06) ve kişisel başarı (8.31±4.67) alt boyutlarından aldığı puanlar hemşirelerin duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt boyutunda tükenmişliği orta düzeyde yaşadığını, kişisel başarı boyutunda ise düşük puan alarak tükenmişliği yüksek düzeyde yaşadığını göstermektedir (Tablo 3). Yapılan çalışmalarda da hemşirelerin duygusal tükenme^{23,24,30,31} ve duyarsızlaşma^{23,30,31} boyutunda orta düzeyde, kişisel başarı^{24,30,31} boyutunda yüksek düzeyde tükenmişlik yaşadıkları bulunmuştur. Bu bulgular doğrultusunda duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma yaşayan hemşirelerin kendilerini kişisel yönden başarısız algıladıkları, yetersiz gördükleri, sorumluluklarını yerine getirmede başarısız olacağı düşüncelerinin hakim olduğu söylenebilir. Çalışmada pediatri hemşirelerinin empatik eğilim ölçeği ve duygusal emek ölçeği alt boyut puan ortalamaları arasında herhangi bir ilişki olmadığı saptanmıştır (p>.05), (Tablo 4). Tunç'un¹² hemşirelerle yaptığı çalışmada da empati eğilimi açısından duygusal emek stratejilerinde anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Halbuki empatik eğilim düzeyi arttıkça derinlemesine ve samimi davranış düzeylerinin artması, duygusal çaba düzeylerinin azalması gerekmektedir¹². Çalışma bulgumuz doğrultusunda orta düzeyde empati eğilimi gösteren hemşirelerin yüksek düzeyde duygusal çaba gösterdikleri görülmektedir. Hemşirelerin yaşam riski olan, yoğun bakım ve tedavi gerektiren, hasta ve ailelerinin de yer aldığı, iş yükü yoğun ve stresli ortamda çalışmalarının sonucu olarak duygusal emek üretmeye devam ettikleri ve yoğun duygusal çaba gösterdikleri düşünülmektedir.

Çalışmada empatik eğilim ölçeği ve tükenmişlik ölçeği puan ortalamaları arasında negatif yönde bir ilişki olduğu (p<.05), pediatri hemşirelerinin duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı puan ortalamaları arttıkça empatik eğilim puanlarının azaldığı bulunmuştur (Tablo 5). Köksal'ın²⁴ hemşirelerle yaptığı çalışmasında empatik eğilim ile duygusal tükenme ve duyarsızlaşma arasında negatif bir ilişki bulunmuştur. Hemşire örnekleminde yapılan diğer çalışmalarda da empati ile duygusal tükenme³² ve duyarsızlaşma alt boyutu³³ arasında negatif yönlü bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Dolayısıyla empatik anlayışın hasta ve ailesiyle olan ilişkileri ve iletişimi kolaylaştırarak tükenmişliği önlediğini söylemek mümkündür.

Çalışmada duygusal emek ölçeği yüzeysel davranış alt boyutu ile tükenmişlik ölçeğinin duygusal tükenme alt boyutu arasında negatif yönde bir ilişki olduğu bulunmuştur (p<.05), (Tablo 6). Duygusal emeğin olumsuz sonuçları olan stres ve tükenmişlik genellikle yüzeysel davranışla ilişkilendirilmektedir¹². Çalışmada yüzeysel davranış göstermenin hemşirelerin duygusal tükenme seviyelerini düşürdüğü sonucuna ulaşılmıştır. Çaldag'ın³⁴ çalışmasında duygusal emek alt boyutlarından yüzeysel davranış ve duygusal çaba ile tükenmişlik arasında ters yönde ilişki bulunmuştur. Bu sonuçlar doğrultusunda duygusal emek göstermenin bireye her zaman psikolojik olarak zarar vermediği söylenebilir. Ancak bazı çalışmalarda^{20,23} ise çalışma bulgumuzun aksine duygusal emeğin tükenmişliğe yol açtığının ortaya konması konuyla ilgili daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulduğunu göstermektedir.

Çalışmada lisans mezunu hemşirelerin duygusal çaba alt boyutunu daha sık kullandığı bulunmuştur ($p<.05$). Yapılan bir çalışmada³⁵ lise mezunu hemşirelerde derinlemesine davranış puan ortalaması daha yüksek bulunmuş, başka çalışmalarda^{12,19,20,36} ise öğrenim durumuna göre duygusal emek boyutlarında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. 6-9 yıldır çalışan hemşirelerin duyarsızlaşma alt boyutundan yüksek puan alarak yüksek düzeyde tükenmişlik yaşadığı belirlenmiştir ($p<.05$), (Tablo 7). Öztürk ve arkadaşlarının³¹ çalışmasında meslekte 7-9 yıldır çalışan hemşirelerin duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt boyut puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Kaya ve arkadaşlarının³⁷ çalışmasında 6-11 yıldır çalışan hemşirelerde, Yang'ın¹⁹ çalışmasında ise 5-10 yıldır çalışan hemşirelerde tükenmişliğin yüksek olduğu bulunmuştur. Yapılan başka çalışmalarda^{20,23} ise hemşirelerin çalışma yılına göre tükenmişlik boyutlarında anlamlı bir farklılık bulunmadığı görülmüştür. Hemşirelerin yaşları ve çalışma yılları arttıkça mesleğini daha çok benimsemesi, iş koşullarına daha çok uyum sağlaması ve stresle baş etmede deneyim kazanması sonucu daha az tükenmişlik yaşamaları gerektiği düşünülse de; çalışma bulgumuzda hemşirelerin çalışma yılı arttıkça tükenmişlik düzeyinin artmasının, çalışma ortam ve koşulların iyileştirilememesi, iş yükünün giderek artması, uzun yıllar aynı klinikte çalışmak zorunda kalmaları, motivasyon ve ödüllendirme yetersizliği gibi nedenlere bağlı olduğu düşünülmektedir.

Çalışmada, evli hemşirelerin ve pediatri servisinde 6-9 yıldır çalışan hemşirelerin empatik eğilim puan ortalamasının daha yüksek olduğu ($p<.05$) ve pediatri servisinde çalışma yılı arttıkça empatik eğilimin arttığı saptanmıştır (Tablo 7). Aynı birimde uzun süredir çalışan hemşirelerin mesleki yeterlilik ve deneyimlerinin yüksek olması ve dolayısıyla yeterli düzeyde empati kurabilmeleri beklenmektedir. Özcan'ın²⁹ çalışmasında da çalışmamızla uyumlu olarak evli hemşirelerin empatik eğilimlerinin anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu görülmüştür. Hekimlerle yapılan bir çalışmada³⁸ evli olanların empatik eğilimleri anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Bu sonucun evli bireylerin kişilerarası ilişkilere daha farklı yaklaşımları, kişiler arası ilişkilerde krizlerle başa çıkmada ve sorun çözmeye daha deneyimli olmalarına bağlı olduğu düşünülmektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmada pediatri hemşirelerinin orta düzeyde empatik eğilime sahip olduğu; duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt boyutunda tükenmişliği orta düzeyde, kişisel başarı boyutunda ise tükenmişliği yüksek düzeyde yaşadığı ve hemşirelerin empatik eğilimleri arttıkça tükenmişlik düzeylerinin azaldığı sonuçlarına ulaşılmıştır.

Elde edilen sonuçlar doğrultusunda hemşirelerin yeterli düzeyde empati kurabilen, etkin iletişim sağlayabilen, kendini motive edebilen, duygularının farkında olup duygularını yönetebilen, duygusal emek davranışı gelişmiş, empatik yaklaşımlarıyla çocuklara model sağlık profesyoneli olabilmelerinin gerekliliği dikkat çekmektedir. Hemşirelerin empatik eğilimleri, duygusal emek ve tükenmişlik düzeyleriyle ilgili verilerin yönetici hemşireler tarafından düzenli izlenerek hemşirelere iyi bir çalışma ortamı sağlanması, hemşirelerin kendilerini geliştirmelerine imkan tanıyacak fırsatların sunulmasıyla gerekli desteğin verilmesi ve konuyla ilgili hizmet içi eğitim programlarının düzenlenmesi önem taşımaktadır. Aynı zamanda hemşirelik müfredat programlarına da empati ve duygusal emek kavramlarıyla ilgili içerikler konulması önerilmektedir.

Bu çalışma, ülkemizde pediatri hemşirelerinde empati eğilimi, duygusal emek ve tükenmişlik ilişkisini inceleyen ilk çalışma olması nedeniyle elde edilen sonuçların bu alanda ve daha geniş örneklemelerle yapılacak başka çalışmalarla da desteklenmesi gerekmektedir.

KAYNAKLAR

1. Basım NH, Beğenirbaş M. Çalışma yaşamında duygusal emek: bir ölçek uyarlama çalışması. Yönetim ve Ekonomi: Celal Bayar Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi.2012;19(1):77-90.
2. Güngör M. Duygusal emek kavramı: süreci ve sonuçları. Kamu-İş. 2009;11(1):167-183.
3. Gray B, Smith P. Emotional labour and the clinical settings of nursing care: the perspective of nurses in east London. Nurse Education in Practice. 2008;9 (4): 253-261.
4. Hochschild AR. The Managed Heart: Commercialization of Human Feeling. Berkeley: University of California Press. 1983.
5. Deadrick DL, McAfee RB. Service with a smile legal and emotional issues. Journal of Quality Management. 2001;6:99-110.
6. England P, Farkas G. Households, employment, and gender: a social, economic, and demographic view. New York. Aldine Pub Co;1986.
7. James N. Emotional labour: skill and work in the social regulation of feelings. Sociological Review. 37(1)15-42.
8. Gray B, Smith P. Reassessing the concept of emotional labour in student nurse education: Role of link lecturers and mentors in a time of change. Nurse Education Today. 2001;21:230-237.
9. Terakye G. Hasta Hemşire İlişkileri. Ankara: Zirve Ofset Ltd; 1998.
10. Özcan A. Hasta Hemşire- Hasta İlişkisi ve İletişim. Ankara: Sistem Ofset; 2006.
11. Mete S, Gerçek E. PDÖ yöntemiyle eğitim gören hemşirelik öğrencilerinin empatik eğilim ve becerilerinin incelenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi.2005;9(2):11-17.
12. Tunç P. Yoğun bakım hemşirelerinin hastalarla ilişkilerinde duygusal emek olarak empati. İstanbul Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi. 2012.

13. Grandey AA. When the show must go on: surface acting and deep acting as determinants of emotional exhaustion and peer-rated service delivery. *Academy of Management Journal*. 2003;46(1):86-96.
14. Değirmenci S. Hemşirelerde duygusal emek davranışı ve etkileyen faktörler. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi. 2010.
15. Bulgurcu Gürel E, Çetinkaya Bozkurt Ö. Duyguların yönetilmesinin, iş tatmini ve duygusal tükenmişlik düzeyi üzerine etkileri. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 2016;8(14):133-147.
16. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour*. 1981;2:99-113.
17. Kaya E, Tekin A. Duygusal emek kavramı çerçevesinde sağlıkta yeniden yapılanma. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 2013;5(8):110-119.
18. Boothby M, Tunç P. Duygusal emek ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanması ve psikometrik özellikleri. *Psikolojik Danışma ve Eğitim Dergisi*. 2015;1(2): 1-11.
19. Yang YK. A study on burnout, emotional labor, and self-efficacy in nurses. *J Korean Acad Nurs Adm*. 2011;17:423-431.
20. Yıldırım MH, Erul EE. Duygusal emek davranışının işgörevlerin tükenmişlik düzeylerine etkisi. *Organizasyon ve Yönetim Bilimleri Dergisi*. 2013;5(1):89-97.
21. Lee KR, Kim JM. Effects of emotional labor on burnout in nurses: focusing on the moderating effects of social intelligence and emotional intelligence. *J Korean Acad Nurs Adm*. 2016;22:22-32.
22. Altuntaş S, Altun Şahin Ö. The relationship between emotional labor behaviors and burnout levels of nurses. *Journal of Health and Nursing Management*. 2015;2(1):37-43.
23. Yılmaz E. Dahili kliniklerde çalışan hemşirelerin tükenmişlik düzeyi ve duygusal emek davranışı ile ilişkisi. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi. 2016.
24. Köksal H. Hemşirelerin empatik eğilim ve tükenmişlik düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilimdalı, Yüksek lisans Tezi. 2009.
25. Dökmen Ü. Empatinin yeni bir modele dayanılarak ölçülmesi ve psikodrama ile ölçülmesi. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Dergisi*. 1988;21(1-2):155-190.
26. Grandey AA. The effects of emotional labor: employee attitudes, stress and performance. Colorado: Colorado State University. 1999.
27. Ergin C. Doktor ve hemşirelerde tükenmişlik ve MTÖ'nin uyarlanması, VII. Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları, VII. Ulusal Psikoloji Kongresi Düzenleme Kurulu ve Türk Psikoloji Derneği Yayını; 1992, Ankara.
28. Dizer N, İyigün E. Yoğun bakım hemşirelerinde empatik eğilim düzeyleri ve etkileyen faktörler. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2009; 12(1): 9-19.
29. Özcan H. Hemşirelerin empatik eğilim ve empatik becerileri: Gümüşhane örneği. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2012;1(2):60-68.
30. Kebapçı A, Akyolcu N. Acil birimlerde çalışan hemşirelerde çalışma ortamının tükenmişlik düzeylerine etkisi. *Türkiye Acil Tıp Derg*. 2011;11(2): 59-67.
31. Öztürk S, Özgen R, Şişman H, Baysal D, Sarıakçalı N, Aslaner E et al. Burnout of nurses working in a university hospital and the effect of social support. *Cukurova Medical Journal*. 2014;39(4):752-764.
32. Lee H, Song R, Cho YS, Lee GZ, Daly BA. Comprehensive model for predicting burnout in Korean nurses. *Journal of Advanced Nursing*. 2003; 44(5): 534-545.
33. Omdahl BL, O'Donnell C. Emotional contagion, empathic concern and communicative responsiveness as variables affecting nurses' stress and occupational commitment. *Journal of Advanced Nursing*. 1999;29(6):1351-1359.
34. Çaldag MA. Duygusal emek davranışlarının sağlık çalışanlarında iş sonuçlarına etkileri. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. 2010.
35. Doğan A, Sığır Ü. Duygusal emek: hemşireler üzerine bir çalışma *İş ve İnsan Dergisi* 2017;4(2):114-126.
36. Seçer Ş, Tınar MY. İş yerinde tükenmişlik kaynağı olarak duygusal emek: hemşireler üzerinde yapılan bir araştırma. 9. Ulusal Ergonomi Kongresi Bildiriler; 2004; Denizli.
37. Kaya N, Kaya H, Erdoğan-Ayık S, Uygun E. Bir devlet hastanesinde çalışan hemşirelerde tükenmişlik. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*. 2010;7:402-419.
38. Akgöz S, Özçakır A, Atıcı E, Altınsoy Y, Tombul K, Kan İ. The emphatic tendency of physicians employing in health, application and research center (suam) of Uludağ University. *Türkiye Klinikleri J Med Ethics*. 2005;13(2):97-104.

Kadınların Meme Kanserinin Erken Tanısına Yönelik Farkındalıklarının ve Uygulamalarının Belirlenmesi

Determination of Women's Awareness and Practices on Early Diagnosis of Breast Cancer (Araştırma)

Neriman GÜZEL*, Nurhan BAYRAKTAR**

ÖZ

Amaç: Bu araştırma, kadınların meme kanserinin erken tanısına yönelik farkındalıklarının ve uygulamalarının saptanması amacıyla tanımlayıcı olarak gerçekleştirilmiştir.

Gereç ve Yöntem: Bir vakıf üniversitesinde çalışan 122 kadın personel araştırmaya dâhil edildi. Araştırmanın verileri Aralık 2015-Şubat 2016 tarihleri arasında literatüre dayalı olarak geliştirilen "Kadınların Meme Kanserinin Erken Tanısına Yönelik Farkındalıklarının ve Uygulamalarını Belirleme" anketi ile öz bildirim yöntemi ile toplandı. Araştırmanın yapılabilmesi için üniversite Etik Kurulu'ndan ve Rektörlüğü'nden izin; araştırma kapsamına alınan kadınlardan bilgilendirilmiş onam alındı. Araştırmada elde edilen veriler SPSS 20 istatistik programı kullanılarak; sayı, yüzdeler, dağılım, aritmetik ortalama ve ki kare testi yöntemleri ile değerlendirildi.

Bulgular: Kadınların meme kanserinin erken tanısına yönelik farkındalıklarının ve uygulamalarının istenen düzeyde olmadığı belirlendi. Kadınların konuya ilişkin bilgi almış olmalarının ve eğitim düzeylerinin yüksek olmasının meme kanserinin erken tanısına ilişkin farkındalık ve uygulamalarını olumlu yönde etkilediği saptandı.

Sonuç: Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda, kadınların konuya ilişkin farkındalıklarının ve uygulamalarının geliştirilmesine yönelik politikaların ve çalışmaların geliştirilmesi önerildi.

Anahtar Kelimeler: Erken tanı, farkındalık, hemşirelik, meme kanseri

ABSTRACT

Aim: This study was conducted with descriptive design to determine the awareness and practices of women on the early diagnosis of breast cancer.

Material and Methods: One hundred and twenty-two women employees in a foundation University were included in the study. The data were collected between December 2015 and February 2016 using the questionnaire titled 'Determination of Women's Awareness on Early Diagnosis of Breast Cancer and Their Practices' which was developed according to the literature via self-administration method. Permissions were obtained from the University Human Research Ethics Committee in Social Sciences and the University Rectorate and informed consent was obtained from the women included in this study. Statistical analyses of the data were performed using SPSS Statistics 20 software. Frequency, percentage distribution, arithmetic mean, and chi-square test were used in data analyses.

Results: Awareness and practices of the women on the early diagnosis of breast cancer were not inadequate level. It was found that being informed about the subject and having high education level had a positive effect on their awareness and practices regarding the early diagnosis of breast cancer.

Conclusion: In line with the findings of the study, it was proposed to develop policies and studies aimed at improving women's awareness and practices on the subject.

Key Words: Awareness, breast cancer, early diagnosis, nursing

* Orhan Sevinç MTAL Şehitkamil, Gaziantep, E-mail: nrnm-gzl@hotmail.com Tel: 05055938383, ORCID: 0000-0003-1457-3224

**Yakın Doğu Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Lefkoşa, KTC, Tel: 05366073412 E-mail: nurhner@gmail.com, ORCID: 0000-0002-3072-5788

Geliş Tarihi: 2 Nisan 2018 Kabul Tarihi: 13 Mart 2019

Atıf/Citation: Güzel N., Bayraktar N. Kadınların Meme Kanserinin Erken Tanısına Yönelik Farkındalıklarının ve Uygulamalarının Belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2019; 6(2): 101-110. DOI: 10.31125/humhemsire.598568

GİRİŞ

Kanser, tüm dünyada olduğu gibi Türkiye’de de kardiyovasküler hastalıklardan sonra ikinci ölüm sebebi olması nedeniyle en önemli sağlık problemlerindedir. Kanser, dünyada ölüm nedenleri arasında ikinci sırada iken 2030 yılına kadar artarak birinci sıraya yerleşeceği öngörülmektedir¹. Linsdey ve arkadaşlarının Uluslararası Kanser Ajansı (IARC)’ından aktardığına göre dünya çapında meme kanserinin kadınlarda tüm kanser vakalarının %25’ini, kanserden ölümlerinin de %15’ini oluşturduğu belirtilmektedir². Meme kanserinin dünyada ortalama insidansı yüz binde 43.8 iken Avrupa’da bu oran yüz binde 66-67 yüz binde 40 civarındadır³. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), meme kanserinin kadınlarda kansere bağlı ölüm nedenleri arasında birinci sırada olduğunu bildirmektedir⁴. Amerika Birleşik Devletleri’nde her sekiz kadından biri (%12) hayatının bir döneminde meme kanseri tanısı almakta olup 2014 yılında 40.000 kadın meme kanseri nedeniyle hayatını kaybetmiştir⁵. Globocan verilerine göre dünyada, Avrupa Birliğine bağlı 28 ülke, Amerika Birleşik Devletleri ve ülkemizde, meme kanseri kadın kanserleri arasında birinci sıradadır³. Ülkemizde meme kanseri insidansı 100 binde 40.7 olup her yıl yaklaşık 15.000 kadın meme kanserine yakalanmaktadır¹. Türkiye’de 2013 yılı içerisinde tanı konulan her 4 kadın kanserinden biri meme kanseri olup bir yıl içinde toplam 17.531 kadına meme kanseri teşhisi konulmuştur³. Kanser insidansı ve mortalitesindeki artış, kanserin erken teşhis ve tedavisinin önemli olduğunu göstermektedir⁶. Meme kanserinde tarama programları yürüterek erken teşhis ve tedavi mümkündür¹.

Meme kanserinde erken tanı, sağ kalımı artırmada ve tedavinin başarısında büyük önem taşımaktadır^{4,7-9}. Hastalığa karşı kesin koruyucu bir yöntem bulunmadığından erken dönemde tanı önemlidir¹⁰. Meme kanseri olgularının %20’sinin risk faktörlerine sahip olması ve bunların da önemli bir kısmının değiştirilemeyen faktörler olması, erken tanının önemini arttırmaktadır¹¹. Son yıllarda kanserle savaşta, hastalığa yakalanmamak için alınan önlemler ve tarama yöntemleri daha ön plandadır¹².

Meme kanserinde tarama programları yürüterek erken teşhis ve tedavi mümkündür¹. Sistematik tarama programlarının; meme kanserinin erken tanısında, hastalığın toplumdaki yükünü azaltmasında ve ölüm oranının düşürülmesinde etkili olduğu bildirilmektedir^{6,13,14}. Erken tanı yöntemlerinin uygulanmasıyla gelişmiş ülkelerde meme kanserinde yaşam süresinin uzadığı bildirilmektedir¹⁵. Son 20 yılda gelişmiş ülkelerde meme kanserine yakalananların hayatta kalma şansı gittikçe artmıştır¹⁶.

Meme kanserinde erken tanı yöntemleri: Kendi kendine meme muayenesi (KKMM), klinik meme muayenesi (KMM) ve mamografidir¹⁵. Amerikan Kanser Birliği tarafından 20 yaşın üzerindeki kadınların her ay KKMM uygulaması, 20-40 yaş arasında üç yılda bir, 40 yaşından sonra yılda bir kez KMM yaptırması ve 40 yaşından sonra iki yılda bir mamografi çekilmesi önerilmektedir⁵. Ülkemizde de Sağlık Bakanlığı, Üniversiteler ve meme sağlığı ile ilgili dernekler meme kanserinin erken tanı ve tedavisine yönelik çalışmalar yürütmektedir. Bu kapsamda ülkemizde 2004 yılından Ulusal Meme Kanseri Tarama Rehberi yayınlanmış, ve Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM) hizmete açılmıştır. Türkiye’de Sağlık Bakanlığı önerilerine göre; kadınların 20 yaşın üzerinde her ay düzenli KKMM yapması; 20 yaş üzeri iki yılda bir, 40 yaşından itibaren yılda bir kez KMM yaptırması; 40-69 yaş arası da iki yılda bir mamografi çekilmesi gerekmektedir³.

KKMM ve KMM’nin ise kadınlarda meme kanseri farkındalığını artırmada yararlı olduğu bilinmektedir¹⁵. KKMM’nin kolay uygulanabilmesi, zararsız ve ekonomik olması bu yönteme üstünlük kazandırmaktadır⁹. KKMM’nin kanser mortalitesini azaltmadaki etkisi tartışılmakla birlikte kadınlarda meme kanseri farkındalığı oluşması açısından önerilen bir yöntemdir¹⁵. Memedeki kitlelerin %90’nın kadının kendisi tarafından saptandığı ve bu kitlelerin %20-25’inin malign olduğu tahmin edilmektedir¹⁷. KMM ise mamogramda görülemeyen kanserlerin tespit edilmesini sağlayan bir tarama yöntemidir. Klinik muayene ile kanserlerin yaklaşık %26’sı mamografi ile saptanamayan kitlelerin ise %10-15’i belirlenebilmektedir¹⁸. Mamografi meme kanserinde mortaliteyi %30 oranında azaltan önemli tarama bir tarama yöntemidir. Mamografi, henüz klinik bulgusu olmayan tümörlerin erken dönemde tespitini sağlar ve erken tanılama oranı %80-90’dır¹⁷. Bu yöntem hassas olup kesine yakın sonuç verebilmektedir¹⁹.

Kadınların meme kanseri konusunda bilinçlendirilmesi, erken tanı yöntemlerinin düzenli olarak uygulanmasını sağlayabilir. Meme kanserine yönelik farkındalığın artırılabilmesi için kadınların planlı olarak eğitilmesi önemlidir^{3,15}. Sağlık ekibi içinde yer alan hemşireler, hastalarla sürekli iletişim içerisinde olmaları nedeniyle toplumun meme kanseri tarama yöntemlerine ilişkin eğitilmesi için anahtar konuma sahiptirler. Hemşirelerin meme kanserinin erken tanısında mamografi, KKMM ve KMM uygulanma sıklığı ve yöntemi konusunda toplumu eğitmeleri erken tanı için son derece önemlidir^{20,21}.

Türkiye’de yapılan çalışmalar, meme kanseri tarama programlarının yeterince kullanılmadığını göstermektedir¹³⁻¹⁵. Ulusal kanser tarama programı kapsamında erken tanı ve tarama hizmetleri ulaşılabilir ve ücretsiz olsa bile kadınların meme kanseri taramalarına katılım düzeyi oldukça düşüktür²². Ülkemizde tanı konulan meme kanserlerinin çoğunluğunun evre III-IV düzeyinde olduğu belirlenmiştir.

Bu kapsamda ulusal tarama programının geliştirilmesi ve bölgesel farklılıklar dikkate alınarak uygulanması önem taşımaktadır¹.

Ülkemizde konuya ilişkin çalışmalar yapılmış olmakla birlikte Gaziantep ilinde bu konuda yapılan çalışmaların sınırlı olduğu görülmüştür. Kültürel değerler kadınların meme kanserine yönelik davranışlarını önemli ölçüde etkilemektedir. Gaziantep ilinde kadınların meme kanserinin erken tanısına yönelik farkındalıklarının ve uygulamalarının belirlenmesinin bu konudaki eğitim çalışmalarına yol gösterici olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı kadınların meme kanserinin erken tanısına yönelik bilgilerinin/farkındalıklarının ve uygulamalarının belirlenmesidir.

Araştırma soruları aşağıdaki şekilde belirlenmiştir:

- Kadınların meme kanserinin erken tanısı konusundaki bilgileri/farkındalıkları nasıldır?
- Kadınların meme kanserinin erken tanısı konusundaki uygulamaları nelerdir?
- Kadınların tanıtıcı özellikleri ile meme kanserinin erken tanısı konusundaki farkındalıkları ve uygulamaları arasında ilişki var mıdır?

GEREÇ ve YÖNTEM

Araştırmanın Şekli

Araştırma kadınların meme kanserinin erken tanısına yönelik farkındalıklarının ve uygulamalarının belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak gerçekleştirildi.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini bir vakıf üniversitesinde çalışan idari ve akademik toplam 150 kadın personel oluşturdu. Çalışmada örneklem seçimine gidilmeyip evrenin tümüne ulaşılması hedeflendi. Ancak; çeşitli nedenlerle görevde olmayan (izinli, raporlu, görevli izinli) ve araştırmaya katılmayı reddeden toplam 28 kadın araştırma kapsamına alınamadığından çalışmanın örneklemi 122 kadın oluşturdu. Çalışmaya katılım oranı %81.3 idi.

Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verilerinin toplanmasında ilgili literatürün incelenmesi sonucunda oluşturulan “Kadınların Meme Kanserinin Erken Tanısına Yönelik Bilgilerinin/Farkındalıklarını ve Uygulamalarını Belirleme” formu kullanıldı^{23-25,15}. Farkındalık bilgi ile yakından ilişkili bir kavram olduğundan, çalışmamızda bilgi ve farkındalığa ilişkin soruları aynı bölümde yer aldı. Formun birinci bölümü kadınların tanıtıcı özelliklerine yönelik toplam 19 soru; ikinci bölümü ise kadınların meme kanserinin erken tanısına yönelik bilgilerine/farkındalıklarına ilişkin 11, uygulamalarına ilişkin 11 olmak üzere toplam 22 sorudan oluştu.

Ön Uygulama

Formun anlaşılabilirliğini değerlendirmek üzere 30 Kasım 2015 tarihinde 10 kadın üzerinde ön uygulama yapıldı. Ön uygulama sonucunda anlaşılmayan soru olmadığı görüldü.

Araştırmanın Uygulanması

Veri toplama formları, üniversitenin tüm birimlerinde çalışan, çalışmaya katılmayı kabul eden ve ulaşılabilen 122 kadına 30 Kasım 2015-29 Şubat 2016 tarihleri arasında uygulandı. Araştırma kapsamına alınan kadınların, çalışmanın amacına ilişkin bilgilendirilmesinin ardından veri toplama formları dağıtıldı. Kişisel bilgilerin gizliliğini sağlamak açısından formlar kadınlara kapalı zarf içerisinde dağıtıldı. Formların doldurulması yaklaşık 15 dakika sürdü. Dağıtılan formlar bir gün sonra toplandı.

Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımsız değişkenleri; katılımcıların tanıtıcı özellikleri, bağımlı değişkenleri ise kadınların KKMM, KMM ve mamografi bilgi düzeyleri, KKMM, KMM ve mamografi uygulama durumlarıdır.

Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen veriler SPSS 20 istatistik programı kullanılarak; sayı, yüzdeler, dağılım, aritmetik ortalama ve ki kare testi yöntemleri ile değerlendirildi. Meme kanserinin erken tanı yöntemlerine ilişkin

bilgi ve uygulamaların değerlendirilmesinde; kadınların ifadelerine göre yönetime ilişkin bilginin hatasız olması durumunda “biliyor”, eksik olması durumunda “kısmen biliyor/uyguluyor” ve yanlış olması durumunda ise “bilmiyor/ yanlış uyguluyor” olarak kabul edildi.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın uygulanabilmesi için; Üniversitenin Sosyal Bilimlerde İnsan Araştırmaları Etik Kurulundan 27.11.2015 tarih ve 38196035-605.01/172 sayılı onay, Rektörlüğü’nden gerekli kurumsal izin ve çalışma kapsamına alınan kadınlardan bilgilendirilmiş onam alındı.

BULGULAR

Araştırma kapsamına alınan kadınların yaş ortalaması 30.59 ± 8.04 olup, yarıdan fazlasının (%53.3) 20-29 yaş grubunda; çoğunluğunun (%88.7) üniversite mezunu, %55.7’sinin akademik personel, %56.6’sının evli olduğu; %73.8’nin sağlık alanı dışında görev yaptığı belirlendi. Kadınların %29.7’sinin çocuğunun olmadığı; çocuğu olan kadınların en fazla bir (%27) ya da iki (%24.4) çocuklarının olduğu saptandı. Araştırmaya katılan kadınların büyük çoğunluğu (%96.7) daha önce herhangi bir meme hastalığı geçirmediğini buna karşılık %3.3’ü meme hastalığı geçirdiğini ifade etti.

Kadınların %63.1’i meme kanserinin erken tanısına yönelik bilgi sahibi olduğunu ifade etmekle birlikte; %68’i bu konuda eğitim almak istediğini belirtti. Meme kanserinin erken tanısına yönelik bilgi sahibi olduğunu ifade eden kadınların en çok internetten (%31.1) ve televizyondan (%30.3) bilgi edindikleri saptandı.

Çalışmaya katılan kadınların %70.5’i ailede meme kanseri öyküsü, %69.7’si sigara içme, %68’i alkol kullanımı ve %60.7’si ileri yaşın meme kanseri olasılığını artırdığını belirtirken; %73.8’ü ilk adetin erken yaşta olmasının, %71.3’ü geç yaşta menopozun meme kanseri olasılığını artırmadığını ifade etti.

Kadınların meme kanserinin belirtilerine ilişkin ifadeleri incelendiğinde; sırası ile memede kitle (%61.5), meme görünümünde değişiklik (%23.8) ve memede ağrı (%23) ilk üç sırada yer aldı. Meme kanserinin erken tanı yöntemleri olarak; kadınların %51.6’sı KKMM’yi, %34.4’ü mamografiyi, %32.8 klinik muayeneyi ifade ederken, %9’u bu konuda bilgi sahibi olmadığını belirtti. Meme kanserinde erken teşhisin yararları ile ilgili olarak; kadınların çoğunluğu (%69.7) tedavide başarı şansını artırdığını, %36.9’u yaşam süresini uzattığını ifade etti (Tablo 1).

Tablo 1. Kadınların Meme Kanserinin Belirtilerine, Erken Tanı Yöntemlerine ve Erken Tanının Yararlarına İlişkin İfadeleri

Meme Kanserinin Belirtileri*	Sayı	%
Memede kitle	75	61.5
Meme başında akıntı	22	18
Meme görünümünde değişiklik	29	23.8
Memede renk değişikliği	11	9
Yara	10	8.2
Ağrı	28	23
Meme Kanserinin Erken Tanı Yöntemleri*		
KKMM	63	51.6
Mamografi	42	34.4
Klinik muayene	40	32.8
Bilmediğini ifade eden	11	9
Meme Kanserinde Erken Teşhisin Yararları*		
Tedavide başarı şansının artırır	85	69.7
Yaşam süresini uzatır	45	36.9
Mortaliteyi azaltır	2	1.6

* Soruya birden fazla yanıt verilmiş olup, yüzdeler “n” (122) üzerinden alınmıştır.

Kadınların KKMM’ye ilişkin bilgileri incelendiğinde; KKMM’ye başlama yaşını %58.2’sinin bilmediği; KKMM uygulama sıklığını %45.9’unun bilmediği; KKMM uygulama yöntemini ise %42.6’sının hiç bilmediği saptandı. Kadınların KKMM’yi uygulama durumları değerlendirildiğinde ise, yarısının KKMM’yi uyguladığı; KKMM uygulayan kadınların %36’sının uygulamaya 20 yaşında, %45.9’unun ise 20 yaşından

sonra başladı; %36.1'inin ayda bir, %63.9'unun ara sıra uyguladığı; %16.4'nün yöntemine uygun bir şekilde, %72.1'inin kısmen uygun şekilde uyguladığı, %11.5'inin ise yanlış uyguladığı belirlendi.

Tabloda yer almamakla birlikte kadınların KKMM uygulamama nedenleri incelendiğinde; %49,2'sinin bilgi eksikliği, %47.5'inin ihmal, %32.8'inin ise sorun olmaması nedeniyle uygulamadığı saptandı. KMM uygulamama nedenleri arasında ihmal (%52.4), sorun olmaması (%36.2) ve bilgi eksikliğinin ilk üç sırada yer aldığı belirlendi. Kadınların mamografi yaptırmama nedenleri değerlendirildiğinde ise; %31.8'inin ihmal, %18.2'sinin sorun olmaması ve %18.2'sinin gerektiğine inanmama nedeniyle mamografi yaptırmadığı görüldü.

Kadınların KMM'ye ilişkin bilgileri incelendiğinde; KMM'ye başlama yaşını %25.4'nün; KMM uygulama sıklığını %9.8'nin bildiği saptandı. Kadınların KMM'ye ilişkin uygulamaları incelendiğinde; %86.1'i oluşturan büyük çoğunluğu KMM için doktora gitmediğini ifade ederken; doktor muayenesine gittiğini ifade eden kadınların ise %35.3'ünün yılda bir gittiği belirlendi. Kadınların mamografi uygulamasına ilişkin bilgileri incelendiğinde; mamografi yaptırmaya başlama yaşını kadınların %31.0'ının bilmediği saptandı. Kadınların %54.1'ünün mamografi yaptırmama sıklığını bilmediğini belirlendi. Mamografi uygulaması ile ilgili olarak; 40 yaş üstü olan toplam 25 kadından %88.0'ı mamografi yaptırmadığını belirtti.

Bu çalışmada kadınların meme kanserinin erken tanısına yönelik bilgi alma durumları ile konuya ilişkin bilgi ve uygulamaları karşılaştırıldı. Meme kanserinin erken tanısına ilişkin bilgi alan kadınlarda meme kanserinde erken tanının tedavinin başarısını artıracaklarını ifade etme oranı (%77.9), meme kanseri belirtilerinden kitle (%77.9), meme başında akıntı (%26.0), meme başında çekilme (%35.1) ve memede renk değişikliği (%13.0) ifade ettikleri (Tablo 2); bunun yanı sıra, erken tanı yöntemi olarak KKMM'yi (%68.8), mamografiyi (%48.1) ve KMM'yi (%45.5) ifade etme oranının almayanlara göre daha yüksek olduğu ve bu farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi (p <0.05) (Tablo 3).

Tablo 2. Kadınların Meme Kanserinin Erken Tanısına Yönelik Bilgi Alma Durumlarına Göre Meme Kanserinin Belirtilerine İlişkin İfadeleri

Bilgi Alma Durumları	Meme Kanserinin Belirtilerine Yönelik İfadeler													
	Memede Kitle		Meme Başında Akıntı		Meme Başında Çekilme		Memede Renk Değişikliği		Ağrı		Ülserasyon		Bilmediğini İfade Eden	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Bilgi Alan (n:77)*	60	77.9	20	26.0	27	35.1	10	13.0	19	24.7	8	10.4	4	5.2
Bilgi Almayan (n:45)*	15	33.3	2	4.4	2	4.4	1	2.2	9	20.0	2	4.4	9	20.0
P	0.00		0.003		0.00		0.045		0.554		0.248		0.011	

*Soruya birden fazla yanıt verilmiş olup yüzdeler n üzerinden alınmıştır.

Tablo 3. Kadınların Meme Kanserinin Erken Tanısına Yönelik Bilgi Alma Durumlarına Göre Erken Tanı Yöntemlerine İlişkin İfadeleri

Meme Kanserinin Erken Tanısına Yönelik Bilgi Alma Durumları	Meme Kanserinin Erken Tanı Yöntemlerine Yönelik İfadeler					
	Kendi Kendine Meme Muayenesi		Mamografi		Klinik Muayene	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Bilgi Alan (n:77)*	53	68.8	37	48.1	35	45.5
Bilgi Almayan (n:45)*	10	22.2	5	11.1	5	11.1
P	0.00		0.00		0.00	

*Soruya birden fazla yanıt verilmiş olup yüzdeler n üzerinden alınmıştır.

Meme kanserinin erken tanısına yönelik bilgi alan kadınların KKMM'ye başlama yaşını (%50.6), KKMM'yi uygulama sıklığını (%67.5) ve yöntemini (%14.3) bilme; KKMM uygulama (%69.4) oranlarının bilgi almayanlara göre daha yüksek olduğu belirlendi (Tablo 4). Meme kanserinin erken tanısına yönelik bilgi alan kadınların (%32.5) KMM'ye başlama yaşını bilme; ve uygulama sıklığını (%14.3) bilme oranı bilgi almayan kadınlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 5). Aynı şekilde mamografinin başlama yaşını bilme oranlarının (%32.5) konuya ilişkin bilgi almayan kadınlara göre daha yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak da anlamlı olduğu saptandı (p <0.05) (Tablo 6).

Tablo 4. Kadınların Meme Kanserinin Erken Tanısına Yönelik Bilgi Alma Durumlarına Göre Kendi Kendine Meme Muayenesine İlişkin Bilgi ve Uygulamaları

Erken Tanıya Yönelik Bilgi Alma Durumu	KKMM'ye Yönelik Bilgi										KKMM Uygulama					
	Başlama Yaşı			Uygulama Sıklığı			Yöntem				Uygulayan		Uygulamayan		P	
	Bilen		P	Bilen		P	Bilen		Kısmen Bilen		P	Sayı	%	Sayı		%
	Sayı	%		Sayı	%		Sayı	%	Sayı	%						
Bilgi Alan (n:77)*	39	50.6	0.014	52	67.5	0.00	11	14.3	49	63.6	0.00	50	69.4	27	35.1	0.00
Bilgi Almayan (n:45)*	12	26.7		8	17.8		0	0.0	10	22.2		11	24.4	34	75.6	

*Yüzdeler n üzerinden alınmıştır.

Ayrıca eğitim düzeyi yüksek olanların diğer eğitim düzeylerinde olanlara göre, sağlık alanında çalışan ve akademik personel olan kadınların diğer çalışma gruplarına göre meme kanserinin erken tanısının yararlarını, risk faktörlerini, belirtilerini, erken tanı yöntemlerini bilme, KKMM'ye ilişkin bilgi ve uygulama, KMM'ye ilişkin bilgi oranlarının diğerlerine göre daha yüksek olduğu ve farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p < 0.05$).

Tablo 5. Kadınların Meme Kanserinin Erken Tanısına Yönelik Bilgi Alma Durumlarına Göre Klinik Meme Muayenesine Yönelik Bilgi ve Uygulamaları

Erken Tanıya Yönelik Bilgi Alma Durumu	KKMM'ye Yönelik Bilgi								KKMM Uygulama				
	Başlama Yaşı			Uygulanma Sıklığı					Yaptıran		Yaptırmayan		P
	Bilen		P	Bilen		Kısmen Bilen		P	Sayı	%	Sayı	%	
	Sayı	%		Sayı	%	Sayı	%						
Bilgi Alan (n:77)*	25	32.5	0.019	11	14.3	27	35.1	0.004	14	18.2	63	81.8	0.076
Bilgi Almayan (n:45)*	6	13.3		1	2.2	8	17.8		3	6.7	42	93.3	

*Yüzdeler n üzerinden alınmıştır.

Tablo 6. Kadınların Meme Kanserinin Erken Tanısına Yönelik Bilgi Alma Durumlarına Göre Mamografiye Yönelik Bilgi ve Uygulamaları

Erken Tanıya Yönelik Bilgi Alma Durumu	Mamografiye Yönelik Bilgi						Mamografi Uygulaması**				
	Başlama Yaşını Bilen			Uygulanma Sıklığını Bilen			Çektiren		Çektirmeyen		P
	Sayı	%	P	Sayı	%	P	Sayı	%	Sayı	%	
Bilgi Alan (n:77)*	25	32.5	0.00	9	11.7	0.18	3	3.9	16	20.8	0.30
Bilgi Almayan (n:45)*	2	4.4		2	4.4		0	0.0	6	13.3	

*Yüzdeler n üzerinden alınmıştır.

**n, 40 yaş üzeri olan 25 kadını içermektedir.

TARTIŞMA

Meme kanseri kadınlar arasında en sık görülen kanser türü olup kansere bağlı ölüm nedenleri arasında ilk sıralarda yer almakla birlikte, genellikle yavaş bir gelişme hızı göstermektedir ve erken tanı durumunda oldukça başarılı tedavi sonuçları elde edilebilmektedir. Bu nedenle meme kanserinde erken tanı ve tedavinin önemi büyüktür²⁵.

Kadınların meme kanseri konusundaki farkındalığının artırılması erken tanı yöntemlerinin düzenli olarak uygulanmasını sağlayabileceğinden konuya ilişkin eğitilmeleri son derece önemlidir^{20,26}. Araştırma kapsamında yer alan kadınların yarısından fazlası meme kanseri konusunda bilgi sahibi olduğunu ifade etmekle birlikte çoğunluğunun konuya ilişkin bilgiye ihtiyacı olduğunu ifade etmesi, kadınların sahip oldukları bilgileri yeterli bulmadığını düşündürmektedir. Kadınların meme kanserine ilişkin bilgi kaynakları değerlendirildiğinde sırasıyla en çok internetten, televizyondan, okuldan, kitap ve dergilerden bilgi aldıkları saptandı. Doktordan ve hemşireden bilgi aldığını ifade eden kadın oranının çok düşük olduğu dikkati çekmektedir. Literatürde de çeşitli çalışmaların sonuçlarının bulgularımız ile paralellik gösterdiği görülmektedir^{23,27}. Örneğin; Özyayın ve ark.'nın (2009) yaptıkları çalışmada kadınların tamamına yakını (%98.4) "meme kanseri ile ilgili herhangi bir şey duyduğunu/okuduğunu" ifade etmiştir. Aynı çalışmada kadınlar çoğunlukla televizyondan, gazetelerden, doktorlardan ve arkadaş/akrabalarından bilgi edindiklerini belirtmişlerdir. İnternet, kitap, broşür/poster ve hemşire bu bilginin kaynakları arasında son sıralarda yer almaktadır²⁸. Genel olarak literatürde yer alan çalışmalarda meme kanserinin erken tanısına yönelik bilgi kaynakları benzerlik göstermekle birlikte bizim araştırmamızda internet, kitap, dergi gibi bilgi kaynaklarının diğer çalışmalara göre daha fazla bulunmasının, kadınların üniversite çalışanları olmaları nedeniyle eğitim düzeylerinin yüksekliği ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Günümüzde internet ve televizyon gibi kaynakların kolay ulaşılabilir olmaları nedeniyle hastalıkların erken tanısına yönelik eğitimde önemli yeri olduğu söylenebilir. Ayrıca, literatürdeki çalışmalara benzer şekilde araştırmamızda da hemşirelerin meme kanserinin erken tanısına yönelik bilgi kaynakları arasında son sıralarda yer aldığı dikkati çekmektedir^{23,27}. Oysa hemşireler, hastalarla sürekli iletişim halinde olmaları nedeniyle kadınların meme kanserinin erken tanısına yönelik farkındalığının artırılmasında anahtar role sahiptirler^{26,29}.

Araştırma kapsamındaki kadınların meme kanserinin risk faktörleri ile ilgili bilgileri incelendiğinde; en fazla ailede meme kanseri öyküsünü, en az oranda da ilk adetin erken yaşta olmasını ifade ettikleri belirlendi. Benzer olarak Özen ve ark. (2013)'nin yaptıkları araştırma sonucunda en fazla ailede meme kanseri öyküsü olmasının ve en az oranda da 12 yaşından önce adet olmanın kadınlar tarafından risk faktörü olarak ifade edildiği saptanmıştır³⁰.

Kadınların meme kanserinin belirtileri ile ilgili bilgileri araştırıldığında, en fazla memede kitleyi ifade ettikleri belirlendi. Özen ve ark. (2013)'nin yaptıkları araştırmada da kadınlar meme kanserinin belirtilerinden en fazla memede ele gelen kitleyi ifade etmişlerdir. Yılmaz ve Aksüyek (2012)'in yaptıkları bir çalışmada da kadınlar meme kanserinin belirtisi olarak en fazla meme ve/veya koltuk altında ele gelen kitleyi gördüklerini belirtmişlerdir^{31,6}. Bu çalışmaların sonuçlarının bulgularımız ile benzerlik gösterdiği görülmektedir.

Meme kanserinin erken dönemde tanılanması tedavinin başarı olasılığını artırmaktadır²⁹. Yaptığımız araştırmada kadınlar meme kanserinin erken teşhisinin yararlarına ilişkin %69.7 oranında "tedavide başarı şansını artırır" görüşünü ifade ettikleri saptandı. Benzer şekilde Biçen Yılmaz ve Aksüyek (2012)'in Bursa ilinde yaptıkları bir araştırmada kadınların %81.5'ü erken teşhisin hayat kurtardığını ifade etmişlerdir³¹.

Kadınların meme kanserinin erken tanısı için gerekli olan KKMM, KMM ve mamografiye ilişkin farkındalıkları, bu yöntemlerin uygulanması için temeldir^{20,21}. Araştırmamızda meme kanserinin erken tanı yöntemleri olarak; kadınların %51.6'sı KKMM'yi, %34.4'ü mamografiyi, %32.8'i KMM'yi ifade ederken, %9'u bu konuda bilgi sahibi olmadığını ifade etti. Özyayın ve arkadaşlarının (2009) kadınların meme kanserinin erken tanı yöntemleri hakkındaki bilgilerinin belirlenmesine yönelik araştırmalarında; kadınlar en fazla kendi kendine meme muayenesi ile erken tanının mümkün olduğu yanıtını vermişlerdir²⁸. Özen ve ark.'nın (2013) genç kadınların meme kanseri ve KKMM ile ilgili tutum ve davranışlarının belirlenmesine yönelik çalışmalarında da kadınların %64.4'ünün KKMM'nin meme kanserinin erken tanısında önemli olduğunu ifade ettikleri saptanmıştır³⁰. Bu çalışmaların sonuçları bulgularımız ile benzerlik göstermektedir. Demir Yıldırım ve Özyayın'ın (2014) yaptığı çalışmada ise bulgularımızdan farklı olarak, mamografi en fazla ifade edilen erken tanı yöntemi olarak belirlenmiştir²⁷.

Kendi kendine meme muayenesi meme kanserinde doğrudan tanı konulmasını sağlayan bir yöntem olmayıp, kadınlarda meme kanserine yönelik farkındalık yaratması bakımından önemli kabul edilmektedir^{32,5}. Araştırmamızda kadınların KKMM'ye ilişkin bilgileri incelendiğinde; KKMM'nin başlama yaşını %41.8'inin, sıklığını %49.2'sinin, yöntemini %9'unun bildiği belirlendi. Kadınların KKMM'ye ilişkin uygulamaları değerlendirildiğinde ise; yarısının KKMM'yi uyguladığı belirlenmekle birlikte sadece

%16.4'ünün yöntemine uygun olarak uyguladığı saptandı. Literatürde çeşitli çalışmaların bulguları, sonuçlarımız ile benzerlik göstermektedir^{33-35,23}. Solak Kabataş, Kızıl ve Duman'ın çalışmasında (2010) KKMM'yi öğretmenlerin %62.5'inin bildiği, %44.3'ün uyguladığı saptanmıştır. Benzer çalışmada kadınların sadece %17.9'unun KKMM'yi doğru uyguladığı belirlenmiştir³⁵. Bu sonucun bilgi/farkındalık eksikliğinin yanı sıra kaynaklara ulaşma gücü ya da kültürel faktörlerle ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Klinik meme muayenesi (KMM) meme kanserinin erken tanısı için önerilen başlıca yöntemlerdendir. Yaptığımız araştırmada kadınların KMM'nin başlangıç yaşını ve uygulama sıklığını bilme oranlarının düşük olduğu saptandı. Kadınların büyük çoğunluğu KMM için doktora gitmediğini ifade etti. Koç ve Sağlam'ın yaptıkları çalışmada (2009) KMM'ye başlama yaşını kadınların %23'ünün, uygulama sıklığını ise %19'unun bildiği saptanmıştır. Aynı çalışmada kadınların %76'sının KMM yaptırmadığı tespit edilmiştir. Akgün Şahin ve Kardeş Özdemir'in (2015) gerçekleştirdikleri bir araştırmada ise kadınların %74.8'inin KMM yaptırmadığı saptanmıştır. Bulgularımızın bu çalışmaların sonuçları ile paralellik gösterdiği görülmektedir³⁶.

Kadınların mamografi ile ilgili bilgileri değerlendirildiğinde; %32.1'inin 40 yaşından itibaren mamografi çektirilmesi gerektiğini ifade ettiği; mamografi çektirme sıklığını ise kadınların yarıdan fazlasının bilmediği saptandı. Kırk yaş üzerindeki kadınların büyük çoğunluğu (%88) mamografi çektirmediğini belirtti. Bulgularımıza benzer olarak Koç ve Sağlam'ın yaptıkları çalışmada da (2009) mamografiyi kadınların %97'sinin bilmediği, %86'sının çektirmediği saptanmıştır³³. Koç ve arkadaşlarının (2014) yaptığı bir çalışmada 40 yaş üzeri hemşirelerin %97.5'inin mamografi çektirmediği belirlenmiştir⁶.

Araştırma kapsamında yer alan kadınların KKMM, KMM ve mamografi uygulamama nedenleri değerlendirildiğinde; "bilgi eksikliği", "ihmal", "sorun olmaması" ve "gerektiğine inanmamanın" ilk sıralarda yer aldığı saptandı. Literatürde yer alan çeşitli çalışmalarda da benzer sonuçlara ulaşıldığı görülmektedir^{6,13}. Örneğin, Açıköz ve arkadaşlarının gerçekleştirdiği çalışmada kadınların %52.5'i bilmediği ve %43.8'i ihmal ettiği için KKMM uygulamadığını belirtmiştir¹⁵. Mamografi çektirmeyen kadınlar bu davranışlarının nedenleri sorulduğunda %46.2'si bilmediğini, %31.7'si ihmal ettiğini, %12.5'i gerekliliğine inanmadığını ifade etmiştir. Araştırmamızdan elde edilen bulgular ve literatürdeki diğer çalışmaların sonuçları kadınların meme kanserinin erken tanısına yönelik farkındalığının artırılmasının yanı sıra erken tanı yöntemlerinin uygulanmasındaki engellerin belirlenmesine ve giderilmesine yönelik çalışmalar yapılmasına gereksinim olduğunu düşündürmektedir.

Araştırmamızda meme kanserinin erken tanısına yönelik bilgi alan kadınların; meme kanserinde erken tanının ve tedavinin başarısını artıracaklarını belirtme, risk faktörlerini bilme, meme kanserinin belirtilerini ifade etme, KKMM'yi bilme ve uygulama, KMM ve mamografiyi bilme oranlarının konuya ilişkin bilgi olmayan kadınlara göre daha yüksek olduğu saptandı. Bulgularımız, literatürde yer alan çeşitli çalışmaların sonuçları ile de benzerlik göstermektedir^{22,15,37-39}. Kolutek ve Aydın Avcı'nın (2015) gerçekleştirdiği çalışmada kadınların eğitim öncesinde meme kanserinin belirtilerini, korunmayı ve erken tanı uygulamalarını bilmediği; kadınlara verilen eğitim ve yapılan ev ziyaretleri ile bilgi düzeylerinin arttığı saptanmıştır²². Dündar ve arkadaşları meme kanseri hakkında yeterli bilgiye sahip olmanın KKMM uygulama durumunu olumlu yönde etkilediğini saptanmışlardır⁴⁰. Erkal Aksoy ve arkadaşlarının çalışmasında (2015) mamografi konusunda bilgisi olan kadınların mamografi çektirme oranları, bilgisi olmayanlara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur¹³. Bu sonuçlar, meme kanserinin erken tanısına yönelik bilgilendirmenin, kadınların konuya ilişkin bilgi ve uygulamalarını geliştirmede etkili olduğunu göstermektedir.

Araştırma kapsamına alınan kadınların tanıtıcı özelliklerine göre meme kanserinin erken tanısına yönelik farkındalık ve uygulamalarını yansıtan ifadeleri değerlendirildiğinde; eğitim düzeyi yüksek olanların diğer eğitim düzeylerinde olanlara göre sağlık alanında çalışan ve akademik personel olan kadınların diğer çalışma gruplarına göre meme kanserinin erken tanısının yararlarını, risk faktörlerini, belirtilerini, erken tanı yöntemlerini bilme, KKMM'ye ilişkin bilgi ve uygulama, KMM'ye ilişkin bilgi oranlarının diğerlerine göre daha yüksek olduğu ve farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi (p<0,05). Literatürde çeşitli sosyo-demografik özelliklerin kadınların meme kanserinin erken tanısına ilişkin bilgi ve uygulamalarını etkilediğini gösteren çalışmalar olduğu gibi etkilemediğini gösteren araştırmalar da mevcuttur^{10,15,25,28,41}. Norouznia'nın çalışmasında kadınların eğitim durumları ile mamografi yaptırmama arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır²⁵. Altuncan ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında eğitim düzeyi ve ailesinde meme kanseri öyküsü olma durumlarının KKMM uygulama durumunun ile ilişkili olduğu saptanmıştır¹⁰. Araştırmamızda kadınların yaş ve medeni durum gibi diğer sosyo-demografik özelliklerinin meme kanserinin erken tanısına yönelik farkındalıklarını ve uygulamalarını etkilemediği saptandı.

Gaziantep ilinde yapılan bu çalışma sonucunda; kadınların meme kanserinin erken tanısına yönelik farkındalıklarının ve uygulamalarının belirlenmesine yönelik elde edilen bulgular, kadınların meme

kanserinin erken tanısına yönelik farkındalıklarının ve uygulamalarının istenen düzeyde olmadığını göstermektedir. Kadınların konuya ilişkin bilgi almış olmalarının ve eğitim düzeylerinin yüksek olmasının meme kanserinin erken tanısına ilişkin farkındalık ve uygulamaları olumlu yönde etkilediği saptanmıştır. Ayrıca, kadınların çoğunluğunun meme kanserinin erken tanısına yönelik bilgi gereksinimi olduğunu ifade ettiği belirlenmiştir. Bu bulgular, kadınların meme kanserinin erken tanısına yönelik farkındalığının artırılmasının önemini göstermesi bakımından önemlidir.

ÖNERİLER

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda:

- Kadınların meme kanserinin erken tanısına yönelik farkındalıklarının ve uygulamalarının geliştirilmesine yönelik politikaların ve çalışmaların geliştirilmesi,
- Kadınların meme kanserinin erken tanısı konusundaki farkındalıkların artırılması için planlanacak eğitimlerde internet, TV gibi iletişim araçlarının etkin olarak kullanılması,
- Sağlık ekibi içinde hastaya en yakın meslek mensubu olan hemşirelerin, kadınların meme kanserinin erken tanısı konusundaki farkındalıkların artırılması için etkin rol almaları,
- Meme kanserinin erken tanısına ilişkin kadınların farkındalıklarının ve uygulamalarının geliştirilmesi amacıyla farklı yöntemlerin uygulandığı deneysel çalışmaların gerçekleştirilmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Sağlık Bakanlığı: [http://www.iccp-portal.org/sites/default/files/plans/Ulusal Kanser Kontrol Planı 2013-2018](http://www.iccp-portal.org/sites/default/files/plans/Ulusal%20Kanser%20Kontrol%20Planı%202013-2018.pdf). Erişim Tarihi:10.08.2018.
2. Lindsey AT, Bray F, Siegel LH, Ferlay J, Tieulent JL, and Jemal A. Global Cancer Statistics, 2012 A Cancer Journal for Clinicians 2015;65(2):87-108.
3. Kanser Daire Başkanlığı. Erişim:<http://kanser.gov.tr/daire-faaliyetleri/kanser-istatistikleri/1793-2013-y%C4%B1%C4%B1-t%C3%BCrkiye-kanser-istatistikleri.html>. Erişim Tarihi:10.03.2018
4. World Health Organisation- WHO (2017). 10 Facts About Cancer. Available from: <http://www.who.int/features/factfiles/cancer/en/>. 22.01.2018.
5. American Cancer Society 2014 Breast Cancer Prevention and Early Detection. Available from: URL:<http://www.cancer.org/cancer/breastcancer/moreinformation/breastcancerearlydetection/index>. 22.01. 2018.
6. Koç Z, Çelebi P, Memiş A, Sağlam Z, Beyhan F. Hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının meme kanseri erken tanı metotlarından yararlanma durumları üzerine etkisinin belirlenmesi. Meme Sağlığı Dergisi. 2014;10:166-73.
7. Neal RD, Tharmanathan P, France B, Din NU, Cotton S, Fallon Ferguson J. et al. Is increased time to diagnosis and treatment in symptomatic cancer associated with poorer outcomes Systematic review. British Journal of Cancer. 2015; 112: 92-107.
8. Anderson BO, Yip CH, Smith RA, Shyyan R, Sener SF, Eniu A. at all. Guideline implementation for breast healthcare in low-income and middle-income countries. Overview of the breast health global initiative global summit_2007. Cancer. 2008; 113(8 Suppl);2221-2243.
9. Kılıç S, Uçar M, Seymen E, İnce S, Ergüvenli Ö, Yıldırım A. Kendi kendine meme muayenesi bilgi ve uygulamasının GATA Eğitim Hastanesinde görevli hemşire, hemşirelik öğrencileri ve hastaneye müracaat eden kadın hastalarda araştırılması. Gülhane Tıp Dergisi. 2006;48:200-204.
10. Altunkan H, Akın B, Ege E. 20-60 Yaş arası kadınların kendi kendine meme muayenesi uygulama davranışları ve farkındalık düzeyleri. Meme Sağlığı Dergisi. 2008;4:84-91.
11. Gençtürk N. Kadının sağlık profesyonellerinin meme kanseri erken tanı yöntemlerini bilme ve uygulama durumları. Meme Sağlığı Dergisi. 2013;9(1):5-9.
12. Kanbur A, Çapık C. Servikal kanserden korunma, erken tanı-tarama yöntemleri ve ebe/hemşirenin rolü. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2011;61:72.
13. Erkal Aksoy Y, Çeber Turfan E, Sert E, Mermer G. Meme kanseri erken tanı yöntemlerine ilişkin engeller. J Breast Health. 2015;11:26-30.
14. Yılmaz M, Durmuş T. Health beliefs and breast cancer screening behavior among a group of female health professionals in Turkey. J Breast Health. 2016;12:18-24.
15. Açıköz A, Çehrelî R, Ellidokuz, H. Hastanede çalışan kadınların meme kanseri konusunda erken tanı yöntemlerine yönelik bilgi ve davranışlarının belirlenmesi, uygulanan planlı eğitimin etkinliğinin incelenmesi. Meme Sağlığı Dergisi. 2015;11:31-38.
16. American Cancer Society, 2015. Available from: [http://www.cancer.org/healthy/findcancerearly/screeningguidelines/American Cancer Society Guidelines for the early detection of cancer](http://www.cancer.org/healthy/findcancerearly/screeningguidelines/American%20Cancer%20Society%20Guidelines%20for%20the%20early%20detection%20of%20cancer). 21.10.2015.
17. Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. 12.Baskı. Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık; 2014. syf. 691.
18. Kaymakçı Ş. Meme Hastalıkları. In: Karadakovan A, Eti Aslan F, Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Geliştirilmiş 2. Baskı, Adana: Nobel Tıp Kitabevi; 2011. syf: 978-987.
19. Pisano ED, Gatsonis C, Hendrick,E, Yaffe M, Baum JK, Acharyya S. et al. Diagnostic performance of digital versus film mammography for breast-cancer screening. N Engl J Med. 2005;353-8(17):1773.
20. Karayurt Ö, Coşkun A, Cerit K. Hemşirelerin meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesine ilişkin inançları ve uygulama durumu. Meme Sağlığı Dergisi. 2008;4(1):15-19.
21. Kaymakçı Ş. Meme Hastalıkları, In: Karadakovan, A, Eti Aslan, F., Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım, Geliştirilmiş 3. baskı, Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi; 2014. syf: 917-945.
22. Kolutek R, Aydın Avcı İ. Eğitim ve evde izlemin, evli kadınların meme ve serviks kanseri ile ilgili bilgi düzeylerine ve uygulamalarına etkisi. J Breast Health. 2015;11:155-162.
23. Öktem A. Afyon Kocatepe Üniversitesi'nde sağlıklı ilgili bölümler dışındaki 3. ve 4. sınıf kız öğrencilerin meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesi hakkında bilgi düzeylerinin ve uygulama durumlarının belirlenmesi. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. 2012.

24. İlhan N, Çöl AG, Tanboğa E, Şengül A, Batmaz M. Sağlıkla ilgili bölümlerde okuyan üniversite öğrencilerinin meme kanserinin erken tanısına yönelik davranışları. J. Breast Health. 2015;10:1471-1453.
25. Norouznia S. Meme kanseri korkusunun kadınların erken tanı davranışları üzerinde etkisinin incelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. 2014.
26. Kaymakçı Ş. Meme hastalıkları. In: Karadakovan A, Eti Aslan F, Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım.1. Baskı, Adana: Nobel Tıp Kitabevi; 2010. syf: 977-987.
27. Demir Yıldırım A, Özaydın AN. İstanbul/ Moda'da oturan kadınların meme kanseri ile ilgili bilgileri, bilgi kaynakları ve meme kanseri taramalarına katılımları. J Breast Health. 2014;10(1): 47-56.
28. Özaydın AN, Güllüoğlu BM, Ünal PC, Gorpe S, Cabioglu N, Öner BR ve ark. Bahçeşehir'de oturan kadınların meme kanseri bilgi düzeyleri, bilgi kaynakları ve meme sağlığı ile ilgili uygulamaları. Meme Sağlığı Dergisi .2009;5(4):216-223.
29. Karayurt Ö, Erol Ursavaş, Çömez S. Meme cerrahisinde bakım. In: Eti Aslan, F., Cerrahi Bakım: Vaka analizleri ile birlikte, Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi. 2016; Syf: 583-599.
30. Özen B, Zincir H, Kaya Erten Z, Özkan F, Elmalı F. Genç kadınların meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesi konusunda bilgi ve tutumları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları. Meme Sağlığı Dergisi. 2013;9:200-204.
31. Yılmaz HB, Aksüyek H. Bursa ilinde meme kanserinin erken tanısında farkındalığın önemi-alan çalışması. Meme Sağlığı Dergisi. 2012;8(2):76-80.
32. Koca B. Kendi kendine meme muayenesini bilmenin kadın sağlığı açısından önemi. Yeni Tıp Dergisi 2010;27(1): 10-14.
33. Koç Z, Sağlam Z. Kadınların meme kanseri, koruyucu önlemler ve kendi kendine meme muayenesi ile ilgili bilgi ve uygulamalarının belirlenmesi ve eğitimin etkinliği. Meme Sağlığı Dergisi. 2009;5(1):25-32.
34. Balaman P, Pehlivan E, Güneş G. Malatya il merkezinde 18 Yaş üzeri kadınların kanserle ilgili bazı tutumları ve kendi kendine meme muayenesi uygulamaları. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2010;17(2):107-112.
35. Solak Kabataş, M, Kızıl H, Duman D. Bayan öğretmenlerin meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesi hakkında bilgi, tutum ve davranışlarının incelenmesi. Meme Sağlığı Dergisi. 2010;6(4):152-154.
36. Akgün Şahin Z, Kardaş Özdemir F. Kars'ta yaşayan kadınların kendi kendine meme muayenesi uygulamasına yönelik bilgi, inanç ve tutumlarının değerlendirilmesi. Tıp Araştırmaları Dergisi. 2015;13(2):54-61.
37. Elshamy, K.F., Shoma, A.M. Knowledge and practice of breast cancer screening among egyptian nurses. Afr J Haematol Oncol. 2010;1(4): 122-128.
38. Gölbaşı Z, Çetin R, Kalkan S, Durmuş T. Üniversite öğrencisi kızların meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesi ile ilgili bilgi ve davranışları. Meme Sağlığı Dergisi. 2010;6(2):69-73.
39. Alpteker H, Gümüş D, Doğan S, Bilir S, Önal M. Kız öğrencilerin meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesi bilgi ve uygulamalarının incelenmesi. Meme Sağlığı Dergisi. 2011;7(3):177-180.
40. Dündar E, Özmen D, Öztürk B, Haspolat G, Akyıldız F, Çoban S, Çakıroğlu G. The knowledge and attitudes of breast self-examination and mammography in a group of women in a rural area in western Turkey. BMC Cancer. 2006;6(43):1-9.
41. Kunt H, Sel RB. Kütahyalı kadınlarda meme kanseri sıklığının ve risk faktörlerinin belirlenmesi: 2010-2011 yılı tarama sonuçları. J. Breast Health. 2013;9:130-134.

Kolostomisi Olan Bireylerde Yaşam Kalitesi: Sorunlar ve Hemşirelik Girişimleri

Quality of Life of Persons with Colostomy: Problems and Nursing Interventions

(Derleme)

Burcu DULUKLU*, **Sevilay ŞENOL ÇELİK****

ÖZ

Kolorektal kanserler, kadınlarda ve erkeklerde en sık görülen kanser türlerinden biri olup; bu kanserlerin tedavisinde cerrahi tedavi, radyoterapi ve kemoterapi yer almaktadır. Karsinomun bulunduğu alana göre rezeksiyon sonrasında uç uca anastomoz yapılmakta ya da kolostomi açılmaktadır. Bireylerin daha uzun süre yaşamalarını sağlamak, sağlıklı ve üretken bir yaşama dönemlerine yardımcı olabilmek için oluşturulan kolostomi, aynı zamanda bu bireylerin fiziksel, sosyal, bilişsel ve duygusal açıdan birçok sorun yaşamasına neden olabilmektedir. Bu sorunlar stomalı bireyin yaşam kalitesini olumsuz olarak etkilemektedir. Bu derleme, stoma cerrahisinin bireyin hayatına etkilerini ve stoma açılması sonrasında karşılaşılan sorunlara yönelik hemşirelik girişimlerini ortaya koymak amacıyla yazılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik bakımı, kolorektal cerrahi, kolostomi, yaşam kalitesi

ABSTRACT

Colorectal cancers are one of the most common types of cancer in women and men and surgical treatment, radiotherapy and chemotherapy are the treatment of these cancers. Due to the area of carcinoma, end-to-end anastomosis or colostomy is performed after resection. Colostomy, which is created to help individuals live longer and help them to return to a healthy and productive life, can also cause many physical, social, cognitive and emotional problems. These problems negatively affect the quality of life of persons with colostomy. This review article has been written in order to reveal the effects of stoma surgery on individual's life and the nursing interventions for encountered problems after opening a stoma.

Key Words: Colorectal surgery, colostomy, nursing care, quality of life

*Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği ABD, Ankara, Türkiye, E-mail: duluklu@hacettepe.edu.tr / duluklu@gmail.com, GSM: 0533 473 2070, ORCID ID: orcid.org/0000-0002-6955-2538

** University Kyrenia Faculty of Health Sciences Nursing Department, Girne, KKTC, E-mail: sevilays@hotmail.com, Tel: +90 392 650 26 00, ORCID: orcid.org/0000-0002-1981-4421

Geliş Tarihi: 5 Ocak 2018 Kabul Tarihi: 19 Eylül 2018

Atıf/Citation: Duluklu B., Senol Çelik S. Kolostomisi Olan Bireylerde Yaşam Kalitesi: Sorunlar ve Hemşirelik Girişimleri. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2019; 6(2), 111-119. DOI: 10.31125/humhemsire.598616

GİRİŞ

Kolorektal karsinomlar dünya genelinde en sık görülen üçüncü kanser türü olup, gastrointestinal sistemin en çok rastlanan tümörlerindedir ve 2012 yılında yaklaşık 1.4 milyon yeni kanser olgusuyla karşılaşmıştır. Bu oranın, 2035'e kadar yıllık ortalama 2.4 milyon yeni olguya çıkması beklenmektedir^{1,2}. Dünyada kolorektal kanser görülme sıklığı 2008-2012 yılları arasında %8.0'den %9.7'ye çıkmıştır^{3,4}. Türkiye'de Sağlık Bakanlığı'nın 2014 verilerine göre, kolorektal kanserler tüm kanser türleri içinde kadınlarda %8.0 ve erkeklerde %9.3 ile üçüncü sırada yer almaktadır⁵.

Dünyada ve Türkiye'de görülme sıklığı yüksek olan kolorektal kanserlerin tedavisinde hemikolektomi, total kolektomi, alt/üst anterior rezeksiyon ya da abdominoperineal rezeksiyon (APR) şeklinde uygulanan cerrahi tedavi, radyoterapi veya kemoterapi yer almaktadır. Karsinomun bulunduğu alana göre rezeksiyon sonrasında uç uca anostomoz yapılmakta ya da kolostomi açılmaktadır. Acil durumlarda hayatı kurtarmak ya da anostomoz hattını korumak için açılabilen kolostomi, uygulanacak cerrahi girişimde anüsü tamamen ortadan kaldırma gerekliliği varsa ya da cerrahi sonrası anüsün kullanılmaması gerekiyorsa da açılabilir⁶⁻⁸.

Dünyada ve Türkiye'de yapılan kolostomi ameliyatlarının oranları incelendiğinde; Avrupa Birliği Komisyon Üyesi Ülkelerde 2011 yılında her yaş grubundan olmak üzere yaklaşık 700.000 bireyde stoma (ileostomi, kolostomi ya da ürostomi) bulunduğu bildirilmiştir. Bu bireylerin %56.0'sında kalıcı türde stoma bulunmakta olup; kolostomi, %0.07 oranı ile en çok uygulanan stoma türüdür⁹. Çin'de ise yaklaşık 1 milyon kişide kalıcı kolostomi bulunduğu belirtilmiştir¹⁰. Dünyada olduğu gibi ülkemizde de her yıl kolorektal kanser nedeniyle stoma cerrahisine ihtiyaç duyulmaktadır. Ülkemizde kolostomi açılan olgu sayısına ilişkin veriler yetersiz olmakla birlikte, Aksoy ve ark.¹¹ tarafından yapılan çalışmada; hastaların %55.0'ine kolostomi açıldığı belirtilmiştir. Karadağ ve ark.¹² tarafından yapılan çalışmada; hastaların %57.1'inin kalıcı kolostomiye sahip oldukları bulunmuştur.

Bireylerin daha uzun süre yaşamalarını sağlamak; sağlıklı ve üretken bir yaşama dönmelerine yardımcı olabilmek; yaşam kalitesini arttırmak ve altta yatan patolojiyi iyileştirmek için oluşturulan stoma, aynı zamanda bireyin yaşamında fiziksel, sosyal, bilişsel ve duygusal açıdan birçok soruna neden olabilmektedir^{6,13-17}. Bu sorunlar stoma ile yaşama uyum sürecini ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilmektedir^{12,15,18}.

Kolostomi sonrası hastaların yaşadıkları sorunları ve yaşam kalitelerini belirlemeye yönelik yapılan çalışmalar incelendiğinde; Salome ve ark.¹⁹ tarafından Brezilya'da yaşayan stomalı bireylerin yaşam kalitesi puan ortalamasının 26.16 (en yüksek puan 105) olduğu bulunmuştur. Thamilselvam ve ark.²⁰ tarafından Malezya'da yapılan çalışmada; 90 hasta toplumun onları kabul etmediğini düşündüğü için sosyal aktivitelere ve kutlamalara katılmadığını; 60 hasta aile üyeleri tarafından ihmal edildiğini; 65 hasta partneriyle cinsel paylaşımının olmadığını ifade etmişlerdir. Ayrıca aynı çalışmada; stomalı bireyler tarafından deneyimlenen bu sorunların, yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilediği belirtilmiştir. Gooszen ve ark.²¹ tarafından Hollanda'da yapılan çalışmada; hastaların %12.0'si ameliyat sonrası ilk üç ay içinde kendilerini sosyal faaliyetlerden tamamen izole ettiklerini; bu hasta grubu içinde hastaların %72.0'si sızıntı, irritasyon, giyim ve diyet gibi stoma bakımıyla ilgili sorunlar; %38.0'i prolapsus ve retraksiyon gibi komplikasyonlar yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Dabirian ve ark.²² tarafından İran'da yapılan çalışmada; bireyler aile içi ilişkiler, beslenme, fiziksel aktivite, seyahat etme, dini konular, cinsel fonksiyonlar, bedensel ve psikolojik değişiklikler, ekonomik zorluklar ve sosyal aktivitelerle ilgili sorunlar yaşadıklarını dile getirmişlerdir.

Farklı ülkelerde yapılan çalışmalarda ortaya konulduğu gibi, ülkemizde de stoma cerrahisi sonrasında bireylerin yaşam kalitelerinin etkilendiği görülmektedir. Ülkemizde Celasin ve ark.²³ tarafından yapılan çalışmada; hastaların ameliyattan önce ve ameliyat sonrası 15-18. aylarda yapılan yaşam kalitesi ölçümlerinde, ameliyat öncesi fiziksel fonksiyon puanları ortalama 90 iken, ameliyat sonrası dönemde 85 puan olduğu bulunmuştur. Hastaların ameliyat öncesi dönemde fiziksel rol kısıtlılığı puanları 37.5 ve enerji puanları 55 iken, bu puanlar ameliyat sonrası dönemde sırasıyla 25 ve 50 puana düşmüştür.

Bu derleme, günümüzde sıklıkla kullanılmakta olan stoma cerrahisinin, bireylerin hayatlarına etkilerini ve stoma açılması sonrasında bireylerin karşılaştıkları sorunlara yönelik hemşirelik girişimlerini ortaya koymak amacıyla yazılmıştır.

Kolostomisi Olan Bireylerin Yaşam Kalitelerini Etkileyen Sorunlar ve Bu Sorunlara Yönelik Hemşirelik Girişimleri

Kolostomisi olan bireyler sıklıkla yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkileyen sızıntı, koku, diyare ve konstipasyon ile ilgili fiziksel; ibadet etme, beden imgesinin bozulması, banyo yapma, fiziksel aktivite, seyahat etme, giyinme ve cinsellik ile ilgili psikososyal sorunlarla karşılaşmaktadırlar. Bu sorunların gelişmesini önlemeye ve gelişen sorunların çözümlerine yönelik olarak hemşireler bakım verici, eğitici,

danışman, destekleyici, yetiştirici ve kolaylaştırıcı rollerini kullanarak taburculuk eğitimi ve bakım vermeli, evde izlem yapmalıdır. Bu doğrultuda verilen hizmet ile hastaların süreci daha hızlı kabulleneceği, stoma bakımı konusunda destek alacağı, fiziksel ve psikososyal sorunlarla baş etme yöntemlerini öğreneceği, böylelikle kendi bakımını bağımsızca gerçekleştirebileceği bildirilmektedir^{13-17,24-26}. Bu bölümde yaşam kalitesini olumsuz etkileyen sorunlar ve bu sorunların çözümüne yönelik hemşirelik girişimleri ele alınmıştır.

Fiziksel Sorunlar

1. Diyare ve Konstipasyon

Kolostomisi olan bireylerin ameliyat öncesi ve sonrası dönemde konstipasyon ya da diyare şikâyetleri olabilmektedir. Hareketsizlik, lifli ve posalı gıdaların az alınması, yetersiz sıvı alımı ve kodein gibi bazı ağrı kesici ilaçlar konstipasyona neden olurken; bakteriyel ya da viral enfeksiyonlar, iyi yıkanmamış sebze ve meyve tüketimi, antibiyotik/ kemoterapi/ radyoterapi tedavisi alıyor olmak ise diyareye yol açabilmektedir. Literatürde kolostomisi olan bireylerde konstipasyon ve diyare sorunlarına çok sık rastlanmadığı ifade edilmektedir^{27,28}. Grumann ve ark.²⁸ tarafından yapılan çalışmada; kolostomisi olan bireylerin ameliyat öncesi ve sonrası dönemde konstipasyon ve diyare yaşama oranları karşılaştırılmıştır. Bu çalışmada APR ameliyatı olan bireylerin ameliyat öncesi dönemde ortalama 7.5'inde konstipasyon ve ortalama 16.6'sında diyare görülürken, kolostomi açılmasından 6-9 ay sonra ortalama 1.6'sında konstipasyon ve ortalama 10.0'unda diyare görüldüğü belirlenmiştir.

Hemşirelik Girişimleri

Stomalı bireylerde eşlik eden bir patoloji olmadığı durumlarda gelişebilen diyare ve konstipasyon, sıklıkla beslenmenin düzenlenmesi ile kontrol altına alınabilmektedir. Diyare görüldüğü durumlarda kuru üzüm, ham meyve, çay, kahve, kola, lifli, çok yağlı ve baharatlı besinlerin alımını azaltmak; beyaz pirinç, muz, patates püresi, elma suyu, beyaz peynir, fıstık ezmesi, şeftali gibi dışkı kıvamını arttıracak gıdaları tüketmek gerekmektedir. Kemoterapi nedeniyle görülen diyarede sıvı alımı bulantıyı arttıracak için bulantı giderici ilaçların düzenli olarak kullanılması gerekmektedir. Diyare potasyum kaybına neden olduğundan, yüksek oranda potasyum içeren portakal suyu, patates, muz, soya fasulyesi, avokado, nar ve şalgam gibi besinlerin tüketilmesi önerilmektedir. Konstipasyon gelişmesi durumunda ise beyaz ekmekek, buğday ekmeği, az pişmiş kahverengi veya beyaz pirinç, elma püresi, yer fıstığı ve muz gibi besinlerin alımını azaltmak; günlük sıvı alımını ve taze sebze, meyve tüketimini arttırmak, kepek ekmeği tüketmek, kuru meyve ve kuru yemişleri çok iyi çiğnemek önerilmektedir. Bununla birlikte stoma ile yaşam sırasında sağlıklı bağırsak alışkanlığı edinmek için strezen uzak durulması, her gün egzersiz yapması ve besin hijyenine önem verilmesi öneriler arasındadır²⁹⁻³¹.

2. Sızıntı

Stoma torbasından sızıntı olması stomalı bireylerin sıklıkla yaşadığı sorunlardan biridir. Bununla birlikte sık görülen bu sorunun normal kabul edilmemesi ve önleyici girişimlere uyum sağlanması önerilmektedir^{21,30}. Gooszen ve ark.²¹ tarafından yapılan çalışmada; stomal retraksiyonu olan ileostomili ve kolostomili hastalar ile ameliyat öncesi stoma alanı işaretlenemeyen ve eğitim verilemeyen acil cerrahi hastaları stoma torbasından sızıntı olduğunu ve bundan dolayı kendilerini sosyal ortamlardan izole ettiklerini dile getirmişlerdir. Stoma içeriğinin cilde sızması, adaptörün altında kalan cildin ıslak kalmasına ve deri irritasyonuna neden olmaktadır^{23,30}. McKenna ve ark.³² tarafından yapılan çalışmada ameliyat öncesi dönemde stoma alanı işaretlenemeyen hastalarda sızıntı ve peristomal cilt irritasyonunun daha sık görüldüğü ve bu hastaların stoma ilişkili yaşam kalitesi puanlarının işaretleme yapılan hasta grubuna göre daha düşük olduğu bulunmuştur.

Hemşirelik Girişimleri

Stoma torbaları uygun şekilde kullanıldığında dışkı sızıntısı olması beklenmemektedir. Ancak ameliyat sonrası dönemde büyük ve şişkin olan stoma, altı-sekiz hafta içinde küçülmeye başlar ve bu küçülme bir yıla kadar devam edebilir³³. Bu süre içinde stoma çapı ölçülmeli ve bu ölçüye uygun stoma torbası kullanılmalıdır. Dışkı sızıntısını engelleyecek öneriler arasında; uygun stoma torbasının kullanılması, adaptörün boyutunun stomayı içine alacak ve cilt görünmeyecek şekilde kesilmiş olması ve doğru yerleştirilip iyi sabitlenmesi, stoma etrafında pasta kullanılması, adaptörün yapıştırılacağı cildin temiz ve kuru olması, çift parçalı adaptör sistemi kullanılması ve adaptör sisteminin 3-7 gün içinde rutin olarak değiştirilmesi, torbaya gaz ya da gaita dolduğunda sızıntı ihtimali artacağı için torbanın üçte birlik kısmı dolduğunda boşaltılması ya da değiştirilmesi, adaptörün cilde iyi yapışmasını sağlamak için peristomal

alanın kuru tutulması ve peristomal kılların elektrikli tıraş makinesi ile tıraş edilmesi ya da makasla kesilmesi yer almaktadır. Literatürde stoma retraksiyonu olan bireylerin daha sıklıkla deneyimlediği sızıntı sorununa yönelik olarak, bu bireylerin konveks adaptör sistemi kullanmaları öneriler arasındadır^{21,23,28,30,34}. Buna rağmen sızıntı olması durumunda, dışkı su ve temiz bir bezle silinmeli ve yeni bir torba takılmalıdır. Stomalı bireylere, dışarıdayken sızıntı olma ihtimaline karşı, yanlarında yedek stoma torbası ve iç çamaşırı taşımaları ve sızıntı görülme ihtimalini azaltmak için ostomi kemeri kullanmaları önerilmektedir^{29,30,33,35}.

3. Koku

Kolostomisi olan bireyler stomalarından hoş olmayan koku çıkacağı endişesini taşırlar. Bu bireyler kontrolsüz gaz çıkışı ve koku oluşumu nedeniyle sosyal ve psikolojik açıdan yaşam kalitelerinin azalmasına neden olan utanma, sosyal izolasyon, ameliyat öncesi yaptıkları sosyal faaliyetleri yapamama, işi bırakma/ değiştirme, depresyon, öfke ve suçluluk gibi birçok sorun yaşamaktadırlar^{6,29,36,37}.

Hemşirelik Girişimleri

Kolostomisi olan bireylerde fazla gaz oluşumunu önlemek için öğünlerin düzenli olarak tüketilmesi; yemek yerken hava yutmamak için konuşulmaması; içeceklerin pipet ile içilmemesi; sigaranın ve sakız çiğnemenin azaltılması; gaz oluşumunu arttıran fasulye, nohut, bira ve asitli içecekler, lahana, salatalık, süt ürünleri ve mantar gibi besinlerin tüketiminin azaltılması önerilirken; koku oluşumunu önlemek için balık, yumurta, soğan, sarımsak, yeşil sebzeler, salatalık, peynir, lahana ve kuru baklagiller gibi besinlerin azaltılması; yoğurt, yayık ayranı ve nane şekeri gibi kokuyu baskılayan besinlerin tüketilmesi önerilmektedir^{29,38}. Bunun yanında koku oluşumunu önlemek için hemşire tarafından torba içinde koku önleyici ürünlerin ve stoma ağzında gaita tıkaçı oluşması torbanın açılmasına neden olabileceğinden, torba içinde kayganlaştırıcıların kullanılmasının önerilmesi; uygun bireylere kolostomi irrigasyonun, torbanın nasıl yerleştirileceğinin öğretilmesi; stoma torbasının düzenli aralıklarla boşaltılması, yıkanması ya da değiştirilmesi ve filtreli torba kullanılması gerektiğinin anlatılması alınabilecek önlemler arasındadır^{24,29,30}. Kokunun önlenmesine yönelik geliştirilen bu önerilere rağmen, stomalı bireyler koku sorunuyla karşı karşıya kalabilmektedirler^{10,39}.

Psikososyal Sorunlar

1. Banyo Yapma

Stoması olan bireyler için "banyo yapmak" bir sorun olarak görülebilmektedir. Bu bireyler banyo yapma esnasında gaita çıkışından ve banyo yapmanın stomalarına zarar vereceğinden endişe duyduklarını ifade etmektedirler^{29,40}. Cengiz ve ark.⁴⁰ tarafından yapılan çalışmada; bazı stomalı hastalar torba değişimi yapacakları gün banyo yaptıklarını ifade etmişlerdir. Aynı çalışmada geçici ileostomisi olan bir kadın hasta, banyo öncesinde stomasını ince bir film tabaka ile örttüğünü belirtmiş ve stoma ile banyo yaparken yaşadığı güçlükleri "*Banyo yapmak zor. Her gün banyo yapmak istiyorum, fakat bunun stomamı etkileyip etkilemeyeceğini bilmiyorum. Sadece torba değişimi yapacağım günlerde banyo yapmamın nedeni bu. Stomamın etrafında bir kızarıklık var, biliyorum ki hemşire buraya bir krem uygulayacak, fakat ben bu ilacın etkisini görebilmek için duş alamayacağım.*" şeklinde ifade etmiştir.

Hemşirelik Girişimleri

Stoma torbaları suya dayanıklı olduğu için, torba takılı iken ya da çıkartarak banyo yapılabilir. Ancak, banyo yaparken torbanın çıkma ya da yerinden oynama ihtimali bulunmaktadır. Gaita ciltte iritasyon etki gösterebileceği için, cilt temizliğinde stoma torbasının adaptör ile birlikte çıkarılması ideal olan yaklaşımdır. Bununla birlikte adaptörün ciltte 3-7 gün kalabileceği de unutulmamalıdır. Hemşire hastasının stoma torbası takılı değilken gaita çıkışı olma ihtimaline karşı banyo saatini, kolostomisinin en az aktif olduğu saate göre ayarlamalı ve bu doğrultuda hastayı bilgilendirmelidir. Birçok stomalı birey banyo için en uygun zamanın sabah bir şeyler yiyip içmeden önce olduğunu ifade etmektedir. Stoma kanlanması yoğun olan bir alan olduğundan banyo sırasında stomada kanama olması beklenen bir durumdur ve hemşire bu konuda hastaya bilgi vermelidir. Hemşire, stomanın temizliğinde sabun ve su kullanılmalı, banyodan sonra stomanın etrafındaki cilde adaptörün yapışmasını engelleyecek yağlı kremler ya da losyonlar sürmemelidir. Banyodan sonra stoma ve çevresini kurutmak için saç kurutma makinasının soğuk ayarı kullanılabilir. Bu işlem 5 dakikayı geçmemeli ve makinanın stomadan 15-20 santimetre uzakta olduğundan emin olunmalıdır. Ancak stoma alanında kızarıklık ya da yara mevcutsa saç kurutma makinası kullanılmamalıdır^{29,35,41}. Hemşire taburculuk eğitimi içinde banyo yapma konusunu ele almalı; evde bakım ve izlemlerinde hastanın karşılaştığı sorunları, yaşadığı endişe ve korkularını azaltmaya yönelik girişimlerde bulunmalıdır.

2. Giyinme

Stoması olan bireylerin birçoğu eski kıyafetlerini giyemediklerini ifade etmektedirler. Stoma torbasının kıyafetten belli olması, kemerin stomanın üzerini kapatması, torbaya ani gaz doluşunun kıyafetten belli olması gibi nedenler kıyafet seçimi konusunda stomalı bireylerin yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilemektedir. Juul ve ark.⁴² tarafından yapılan çalışmada; bireyler yaşadıkları sorunu “*Stoma torbam, kıyafet seçimimi kısıtlıyor.*” şeklinde ifade etmişlerdir. Bununla birlikte aynı çalışmada, sıcak iklimlerde yaşayan bireyler, ince kıyafetlerin gizliliği engellediğini belirtmiştir.

Hemşirelik Girişimleri

Hemşire, hastayı stoma ameliyatından sonra özel kıyafetlere gereksinim duyulmadığı, ancak kıyafet seçimi yaparken bazı noktaların göz önünde bulundurulması gerektiği konusunda bilgilendirmelidir. Bunlar arasında; stoma bel hizasında ise kemerin stoma üzerine değil stomanın altına ya da üstüne gelmesi, kıyafetin bağırsak fonksiyonlarını engelleyecek kadar dar olmaması, bedene uygun kıyafetler giyilmesi, stoma torbasını destekleyerek güven vereceği için pamuklu ya da streç iç çamaşırları giyilmesi yer almalıdır^{29,34}.

3. Fiziksel Aktivite

Kolostomisi olan bireyler ameliyat sonrası dönemde günlük aktivitelerinde azalma olduğunu ve stomalarına zarar vereceği endişesiyle egzersiz yapmaktan çekindiklerini ifade etmektedirler^{22,43}. Dabirian ve ark.²² tarafından yapılan çalışmada; katılımcıların çoğu kolostomi açıldıktan sonra fiziksel aktivitelerinin kısıtlandığını, günlük olarak yaptıkları sıradan işlerin azaldığını ve ağırlık kaldırma konusunda kendilerini kısıtladıklarını belirtmişlerdir.

Hemşirelik Girişimleri

Hemşire, hastaya ameliyat sonrası dönemde ameliyat öncesinde yapılan spor ve aktivitelere yavaş yavaş geri dönülebileceği; ancak ağırlık kaldırma, futbol, karate, boks ve güreş gibi sporların, stomaya zarar verebileceği için önerilmediği bilgisini vermelidir. Ağırlık kaldırma özellikle ameliyattan sonraki üç ay içinde parastomal herni gelişmesine neden olabilmektedir. Ancak iyileştikten sonra küçük çocukları ya da market torbası gibi hafif nesnelere kaldırmada herhangi bir problem bulunmamaktadır. Koşu ya da zıplama gibi aktif sporları yaparken, stoma torbasını vücuda sabitleyen ve çok dar olmayan çamaşırlar giyilmelidir. Yüzme ve yürüyüş gibi sporların yapılmasında herhangi bir engel bulunmamaktadır. Ayrıca spora başlamadan önce stoma torbasının boşaltılması hastanın konforunu arttıracaktır^{6,29,30,34}.

4. Seyahat Etme

Seyahat etmekten endişe duyma, kolostomisi olan bireylerin sıklıkla ifade ettiği ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen sorunlardan biridir. Kolostomisi olan bireyler evden dışarı çıkmama, uzun süren yolculuklardan kaçınma ve tatile gitmekten endişe duyma gibi sorunlar yaşamaktadır^{33,44,45}. Çakmak ve ark.⁴⁴ tarafından yapılan çalışmada; katılımcıların %46.1'i ameliyat sonrası dönemde seyahat etme ve tatile gitme sıklığının azaldığını ifade etmiştir. Krouse ve ark.⁴⁵ tarafından yapılan çalışmada; her iki cinsiyette de en sık ifade edilen sorunlardan birinin seyahat sırasında gizliliğin sağlanamaması olduğu belirtilmiştir.

Hemşirelik Girişimleri

Hemşire, stomalı bireylerin seyahat etme konusunda endişe yaşayabileceklerini bilmeli ve bu konuda herhangi bir kısıtlama olmadığını belirterek hastasının endişelerini gidermelidir. Stomalı bireylere hemşire tarafından yolculuğa çıkmadan önce stoma torbalarını boşaltmaları, yeterli miktarda yedek stoma bakım malzemesi bulundurmaları ve özel araçla seyahat edilmeyecekse yedek malzemelerini el bagajında taşımaları konusunda bilgi verilmelidir^{29,35}. Uçakla yapılan yolculuklarda seyahat süresiyle de ilişkili olarak, torbaya gelen gaz miktarında artış olabilmektedir. Uçak yolculuğu sırasında fazla gaz oluşumunu önlemek için yolculuk süresince karbonatlı içecek ve bira tüketiminden kaçınılmalıdır. Uçağın inişi ve kalkışı sırasında kulaklardaki tıkanıklığı önlemek için kullanılan yöntemlerden olan sakız çiğneme ya da şeker emme de benzer şekilde gaz çıkışını arttırmaktadır⁴⁶. Seyahat edilen yerde dizanteri, turist ishali ve giardiya enfeksiyonları gibi intestinal hastalıklara karşı dikkatli olunmalıdır. Mevcut su kaynakları içmek için yeterince temiz değilse, bu su ve sudan üretilen buz tüketilmemeli, yerine şişe suyu ya da kaynatılıp soğutulmuş su kullanılmalıdır. Su kaynakları temiz olmayan bölgelerde çiğ sebze ve meyve tüketiminden kaçınılmalı; hijyen güvenliği olmayan su ile stoma bakımı, stoma irrigasyonu, torbanın içini yıkama gibi işlemler yapılmamalıdır. Uzun süreyle seyahat edilecekse, gidilen bölgede malzeme temin edilebilecek yerler öğrenilmelidir^{29,34,35}.

5. İbadet Etme

Stoma cerrahisine bağlı olarak kontrolsüz ve sesli gaz ve gaita çıkışı nedeniyle bireyler, ibadetlerini yerine getirmede endişe ve korku hissetmekte; toplulukta ibadet edememe, ibadet sırasında kendini temiz hissetmeme, ibadet etmek istememe, abdestinin bozulduğunu düşünme gibi sorunlar yaşamakta ve bu konuda bilgi eksiklerinin olduğu belirtilmektedirler^{15,25,40}. Kuzu ve ark.¹⁵ tarafından yapılan çalışmada; APR sonrası kalıcı kolostomi açılan bireylerin camide namaz kılma ve sosyal aktivitelere katılma konusunda daha izole yaşadıkları bulunmuştur. Akgül ve ark.²⁵ tarafından yapılan çalışmada; stomalı bireylerin %22.7'si namaz kılma sıklığının azaldığını, %14.0'ü namazı tamamen bıraktığını, %36.0'sı eskisi kadar namaz kıldığını ancak artık evde kıldığını belirtmiştir. Cengiz⁴⁰ tarafından yapılan çalışmada; bir stomalı birey ibadet etmeyle ilgili duygularını *"Eskiden Cuma günleri namaza giderdim. Ama şimdi torbanın içinde gaita doluyken nasıl namaz kılacağım, çok üzgünüm..."* şeklinde ifade etmiştir. Chia-Chun Li ve ark.⁴⁷ tarafından Tayvan'da Hristiyan, Budist ve Taoist kolostomili hastalarla yapılan çalışmada; hastaların manevi iyi oluş düzeyleri ile psikososyal uyumları arasında anlamlı ilişkili bulunmuştur. Shaffy ve ark.⁴⁸ tarafından Hindistan'da yapılan çalışmada bazı hastalar *"Kendimi dini yerlere gidebilecek kadar iyi hissetmiyorum. Bence vücudum temiz değil. Kendimden utaniyorum."*; *"Bence önceki yaşamımdaki günahlarım nedeniyle bana bu hastalık geldi."*; *"Ameliyat olduğumda bu duruma geldiğim için Tanrı'ya lanet ettim. Fakat benden çok sorunu olan hastaları görünce onlardan daha şanslı olduğum için Tanrı'ya daha çok inandım. Şimdi bana sağlık vermesi için O'na dua ediyorum."* ifadelerini kullanmışlardır.

Hemşirelik Girişimleri

Stomalı bireyler hangi dine mensup olurlarsa olsunlar, dini konularda yaşadıkları sorunlar benzerlik göstermektedir. Bu nedenle stomalı hastalarla çalışan hemşireler, din ayrımı gözetmeksizin empati kurarak hastaların yaşadıkları sorunları ifade etmelerini sağlamalı ve hastanın mensubu olduğu dinin kendisi için sağladığı kolaylıklar konusunda hastasını bilgilendirmelidir^{15,25,40,47,48}.

İslamiyet, özür sahiplerinin ibadetlerini yerine getirebilmeleri için birtakım kolaylıklar getirmiştir. Diyanet İşleri Başkanlığı'nın⁴⁹ yayınladığı fetvada stomalı bireylerin ibadetleri sırasında dikkat etmeleri gereken noktalar şu şekilde açıklanmıştır; "Stomalı bireyler her namaz vakti için abdest alır ve vakit içerisinde dilediği kadar namaz kılabilirler. Stoma hastalarının kendilerinden sürekli gelen dışkı ve gazdan dolayı yeniden abdest almalarına gerek yoktur. Bu akıntının namazda olması da hükmü değiştirmez. Abdesti bozan başka bir sebep olmadıkça kişi bu haliyle istediği kadar namaz kılabilir. Ancak yeni vaktin girmesiyle abdesti bozulmuş olacağından tekrar abdest alması gerekir. Stoma torbası suya dayanıklı olup, bununla banyo yapmak mümkün olduğu için bu şekilde gusül abdesti alınabilir. Stoma torbası takılı iken gusül alınması durumunda torbanın vücuda yapıştırıldığı kısım elle mesh edilir ve torbanın sarktığı yerin altında kalan kısımda kuru yer kalmamasına özen gösterilir. Ancak hem genel vücut temizliğinin iyi yapılması hem de gusülde yıkanması gereken yerlerin tam yıkanması için stoma torbasının çıkarılarak gusül abdesti alınması daha yerinde olacaktır. Stoma torbası ister tıkalı iken isterse çıkarılarak yıkanılması durumunda devam eden sızıntıdan dolayı ne abdeste ne de gusle bir zarar gelmez. Böyle bir durumda abdeste ve gusle yeniden başlamak gerek yoktur. Stomalı bireylerin eğer sağlık açısından başka engelleri yoksa namazlarını normal şekliyle kılmaları gerekir. Hastalığından dolayı (ameliyat sonrası dikişlerin açılması, stomanın zarar görmesi vb.) namazda rükû ve secde yapamayan kişi kolayına geldiği şekilde ayakta; yere veya tabure, sandalye, sedir vb. şeyler üzerine oturarak namazını ima ile kılabilir. Stomalı bireylerden gerek abdest esnasında veya sonrasında gerek namaz esnasında meydana gelen akıntılar abdeste ve namaza zarar vermez."

6. Beden İmgesinin Bozulması

Beden imgesi, bedenimizin zihnimizde biçimlendirdiğimiz resmidir, yani bedenimizin kendimize görünen biçimidir. Stoma açılmasını gerektiren durumlar bedeninin görünüm ve fonksiyonlarında değişime neden olmaktadır. Kolostomi açılması sonrasında beden imgesinde ve benlik saygısında azalma olduğu yapılan çalışmalarla ortaya konulmuştur. Stomalı bireylerin yaklaşık %20.0'sinin ameliyat sonrası beden imajında değişmeye bağlı önemli psikolojik sorunlar yaşadıkları belirtilmektedir. Şok, nefret, tiksinti, izolasyon, utanç, depresyon, yıkım ve kabul etmeme bu sorunlardan bazılarıdır^{16,25,26,41,50}.

Stoma cerrahisi sonrasında beden imajındaki değişikliklere yetersizlik hissi yaşamının; beden üzerindeki kontrolün kaybedildiğini, artık normal bir birey olunamayacağını ve normal bir yaşantının olamayacağını düşünmenin neden olabileceği ifade edilmektedir²⁶. Üstündağ ve ark.²⁴ tarafından yapılan çalışmada; kolostomisi olan hastaların beden imajı puan ortalamaları 69.06 (en yüksek puan 96) iken, benlik saygısı puan ortalamaları 147.5 (en yüksek puan 200) olarak bulunmuştur. Kılıç ve ark.²⁶ tarafından yapılan çalışmada; kalıcı stoması olan kadın hastalarda beden imgesi puanlarının daha düşük olduğu bulunmuştur.

Hemşirelik Girişimleri

Kolostomili bireylerin yeni fiziksel özelliklerini sağlıklı bir beden imajıyla birleştirmelerine yardımcı olmak için hasta eğitimi yapılması ve hastaların öz bakımlarına katılması, kolostomiye yönelik girişimlerin hasta tarafından ya da hastayla birlikte yapılması önerilmektedir. Kolostomi ameliyatından önce ve sonra hemşire hastanın beden imgesine yönelik tepkilerini ve baş etme yöntemlerini değerlendirmeli; hasta ve ailesinin farklı gereksinimleri (sosyal destek grupları, psikolojik güçlendirme vb.) olması durumunda diğer disiplin üyeleri ile iş birliği yapmalı, sıklıkla kullandıkları baş etme yöntemlerini desteklemeli, kişisel güçlerini keşfetmeleri ve sınırlılıklarını kabul etmelerine yardım etmelidir. Hemşire hastasını uygun kıyafet seçimi yaparak stomasının belli olmayacağı konusunda bilgilendirmeli; hastanın bakım vericilerinin stomayı kabul etme durumlarını değerlendirmeli; stoma bakım malzemelerine ulaşım konusunda ekonomik sorunlar yaşayan hastaları sosyal hizmetlere yönlendirmelidir. Bunun yanında hasta ve ailesini duygularını ifade etmeleri için cesaretlendirmeli; hastaya bakım verirken yüz ifadesindeki değişikliklerin farkında olmalı ve etkilense bile bu duygusunu hastasına yansıtılmamalı; hasta ve ailesine stomasına aşamalı olarak alışması konusunda destek olmalı, stoma bakımı konusunda eğitim vermelidir. Eğitim verirken bireysel özellikleri göz önünde bulundurmalı ve eğitimin sürekliliğini sağlamalıdır. Eğitim ile hastaların süreci daha hızlı kabulleneceği, stoma bakımı konusunda destek alacağı ve fiziksel sorunlarla baş etme yöntemlerini öğreneceği, böylelikle kendi bakımını bağımsızca gerçekleştirebileceği bildirilmektedir^{24-26,51}.

7. Cinsel Yaşam

Stoma açılması cinsel sağlığı uzun dönemde etkileyebilmekte ve cinsel disfonksiyon gelişmesi ile sonuçlanabilmektedir. Rektal kanser ameliyatları sonrasında hem kadın hem de erkek hastalarda sinir hasarına bağlı olarak cinsel disfonksiyon gelişebilmektedir. Ameliyat sonrası dönemde erkek hastalarda ereksiyon ve ejakülasyon sorunları görülebilmekte, kadın hastalarda disparoniya, lubrikasyonun ve orgazmın yitimi gibi sorunlar meydana gelebilmektedir^{13,52}. Angenete ve ark.⁵³ tarafından yapılan çalışmada; erkek hastaların %44.0'ü, kadın hastaların %35.0'i ameliyat sonrası dönemde orgazmda azalma olduğunu ifade etmiştir. Aynı çalışmada erkek hastaların %74.0'ü ereksiyon sorunu yaşadığını belirtirken, kadın hastaların %86.0'si cinsel aktivite sırasında ağrı duyduğunu belirtmiştir.

Stoma cerrahisi sonrasında beden imajındaki değişimler de cinsel sorunlar yaşanmasına ve hastaların bu konuda kaygı hissetmesine neden olabilmektedir^{16,54}. Persson ve ark.⁵⁴ tarafından yapılan çalışmada; bireyler cinsel aktivite konusunda isteksiz olduğunu dile getirmiştir. Bu çalışmaya katılan hastalardan bazıları kendilerini yeterince güçlü hissetmediklerini ve cinsel aktivitenin ağrıya neden olacağından endişe duyduklarını belirtmişlerdir. Tüm katılımcılar cerrahiden sonra çekiciliklerinin azaldığını hissettiklerini belirtirken, bir kadın hasta cinsel ilişki esnasında daha çekici hissetmek için stoma torbasını da içine alan uzun bir bluz satın aldığını belirtmiş ve *"Stomadan sonra cinsel ilişki artık hiç de eğlenceli değil."* ifadesini kullanmıştır.

Hemşirelik Girişimleri

Cinsellik bütüncül hemşirelik bakımının bir parçası olup, hemşirelerin, bakım verdikleri bireyin cinsel sağlığını değerlendirebilmesi ve bu alanda eğitim verebilmesi gerekmektedir. Bunun için hemşirelerin cerrahi tedavi, kemoterapi ve radyoterapinin cinsel fonksiyonlar ve beden imajı üzerinde olan etkileri, insan cinselliğinin anatomi ve fizyolojisi hakkında bilgi sahibi olmaları; cinsel konuları bireyle tartışabilmeleri, cinsellikle ilgili konularda hastayı yargılamadan ele alıp, endişelerini ifade etmesine fırsat vermeleri ve mahremiyete özen göstermeleri gerekmektedir. Ameliyat sonrası dönemde bireyin temel ihtiyaçları karşılandıktan sonra cinsel gereksinimleri ele alınmalıdır. Bununla birlikte stomalı birey ve cinsel partneriyle cinsellikle ilgili konuşulmalıdır³⁸. Etkili ve rahat bir cinsel ilişki için ilişkiden önce stoma torbasının boşaltılması ya da değiştirilmesi; eşinin torbayı görmesinden rahatsızlık duyan bireylerin torba kılıfı, tıpa, kep gibi ürünler kullanmaları, cinsel fonksiyon bozukluğu yaşayanların tıbbi tedavi kararı için hekimlerine başvurmaları ve kaygılarının üstesinden gelemeyen hastaların psikolojik destek almaları için hemşiresi tarafından yönlendirmelerinin yapılması önerilmektedir^{13,29,30}.

SONUÇ

Sonuç olarak, stoma, bireyin günlük yaşamının bir parçası olacağı ve yaşam kalitesini etkileyeceği için hemşire tarafından etkili eğitim verilmeli, evde izlem, takip ve bakım yapılmalı; herhangi bir sorun yaşanması durumunda danışılacak üniteler hakkında bilgi verilmeli; sosyal etkileşimi sağlamak için ostomi destek grupları kurulmalıdır. İyi planlanmış perioperatif bakım, bireyin "hayat boyu ceza" denilebilecek sorunları yaşamamasını önleyecektir⁵⁵.

KAYNAKLAR

1. Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M et al. Cancer facts & figures: Worldwide data. World Cancer Research Fund International 2012. URL: <http://www.wcrf.org/int/cancer-facts-figures/worldwide-data> Erişim Tarihi: 06.02.2015.
2. American Cancer Society, What Is Colorectal Cancer? 2018. URL: <http://www.cancer.org/cancer/colon-rectal-cancer/about/what-is-colorectal-cancer.html> Erişim Tarihi: 2 Şubat 2017.
3. Ferlay J, Steliarova-Foucher E, Lortet-Tieulent J et al. Cancer incidence and mortality patterns in Europe: Estimates for 40 countries in 2012. *European Journal of Cancer*. 2013; 49(6):1374-1403.
4. Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M et al. Colorectal cancer statistics. World Cancer Research Fund International. URL: <http://www.wcrf.org/int/cancer-facts-figures/data-specific-cancers/colorectal-cancer-statistics>. Erişim Tarihi: 2 Şubat 2017.
5. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016. URL: <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/13183,sy2016turkcepdf.pdf?0> Erişim Tarihi: 31 Ocak 2018.
6. Grant M, Mccorkle R, Hornbrook MC, Wendel CS, Krouse R. Development of a chronic care ostomy self-management program. *J Canc Educ*. 2013; 28:70-78.
7. Şenol Çelik S. Yaşlı Bireylerin Ürostomi Öncesi ve Sonrası Bakımı. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi* 2009;16(1):59-68.
8. Sayek, İ. Temel Cerrahi Cilt 1. 2. bs. Ankara: Güneş Kitapevi; 2012.
9. Eucomed Medical Technology. Eucomed Background Paper, Access to Ostomy Supplies and Innovation: Guiding Principles for European Payers 2012 URL: [http://www.medtecheurope.org/sites/default/files/resource_items/files/2002012_MTE_Access to Ostomy Supplies and Innovation Guiding Principles for European Payers_Background.pdf](http://www.medtecheurope.org/sites/default/files/resource_items/files/2002012_MTE_Access%20to%20ostomy%20supplies%20and%20innovation%20guiding%20principles%20for%20european%20payers%20background.pdf). Erişim Tarihi: 17 Mart 2017.
10. Luo BJ, Qin HY, Zheng MC. Correlation between social relational quality and hope among patients with permanent colostomies. *International Journal of Nursing Sciences*. 2014; 1(4):405-409.
11. Aksoy N, Ay S, Eryılmaz MA, Demirgöl R, Sevinç B, Karahan Ö. Kolon ameliyatlı hastaların kolonoskopik bulguları ve anostomoz hattının değerlendirilmesi. *Kolon Rektum Hastalıkları Dergisi*. 2014; 24:75-80.
12. Karadağ A, Öztürk D, Çelik B. Ostomili bireylere yönelik yaşam kalitesi ölçeğinin Türkçeye uyarlanması. *Kolon Rektum Hastalıkları Dergisi*. 2011; 21:173-181.
13. Ayaz S. Stomalı Bireylerin cinsel sorunlarına yaklaşım. *Türkiye Klinikleri J Med Ethics*. 2008; 16:89-93.
14. Lim SH, Chan SWC, Lai JH, He HG. A randomized controlled trial examining the effectiveness of a stoma psychosocial intervention programme on the outcomes of colorectal patients with a stoma: study protocol. *Journal Of Advanced Nursing*. 2014; 71:1310-1323.
15. Kuzu MA, Topçu Ö, Uçar K, Ulukent S, Ünal E, Erverdi N et al. Effect Of Sphincter-Sacrificing surgery for rectal carcinoma on quality of life in muslim patients. *Dis Colon Rectum*. 2002;45(10):1359-1366.
16. Brown H, Randle J. Living with a stoma: a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*. 2005;14(1):74-81.
17. Pinquart M, Duberstein PR. Depression and cancer mortality: a meta-analysis. *Psychological Medicine*. 2010;40(11):1797-1810.
18. Karadağ A, Baykara Göçmen Z, Korkut H, Çelik B. Ostomili bireylere yönelik uyum ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanması. *Ulusal Cerrahi Dergisi* 2011;27(4):206-211.
19. Salomé GM, Almeida SAD, Silveira MM. Quality of life and self-esteem of patients with intestinal stoma. *journal of coloproctology (Rio de Janeiro)*. 2014;34(4):231-239.
20. Thamilselvam P, Khairuzi S, Fadzli I. Quality of life after colostomy. *Rev Prog*. 2013;1(19):4-7.
21. Gooszen AW, Geelkerken RH, Hermans J, Lagaay MB, Gooszen HG. Quality of life with a temporary stoma. *Diseases of the Colon & Rectum*. 2000;43(5):650-655.
22. Dabirian A, Yaghmaei F, Rassouli M, Tafreshi MZ. Quality of life in ostomy patients: a qualitative study. *Patient Preference and Adherence*. 2011; 5:1-5.
23. Celasin H, Karakoyun R, Yılmaz S, Elhan AH, Erkek B, Kuzu MA. Quality of life measures in Islamic rectal carcinoma patients receiving counselling. *Colorectal Disease*. 2011;13(7):170-175.
24. Üstündağ H, Demir N, Zengin N, Gül A. Stomalı hastalarda beden imajı ve benlik saygısı. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*. 2007; 27:522-527.
25. Akgül B, Karadağ A. The Effect of Colostomy and Ileostomy on Acts of worship in the Islamic faith. *Wound Ostomy Continence Nurs*. 2016;43(4):392-397.
26. Kılıç E, Taycan O, Belli AK, Özmen M. the effect of permanent ostomy on body image, self-esteem, marital adjustment, and sexual functioning. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2007; 18(4):1-8.
27. Bloemen JG, Visschers RG, Truin W, Beets GL, Konsten JL. Long-term quality of life in patients with rectal cancer: association with severe postoperative complications and presence of a stoma. *Diseases of the Colon & Rectum*. 2009;52(7):1251-1258.
28. Grumann MM, Noack EM, Hoffmann IA, Schlag PM. Comparison of quality of life in patients undergoing abdominoperineal extirpation or anterior resection for rectal cancer. *Annals of Surgery*. 2001;233(2):149.
29. Akıl Y, Alabaz Ö, Baykara ZG et al. Türk Ostomi Cerrahi Derneği, Kolostomi ile Yaşam No:2. URL: http://www.yoihd.org.tr/userfiles/formlar/kolostomi_ile_yasam.pdf Erişim Tarihi: 6 Şubat 2017.
30. Vancouver Chapter of the United Ostomy Association of Canada, A Handbook for New Ostomy Patients. URL: <http://www.vcn.bc.ca/ostomyvr/NEW%20PATIENTS%20EDITION%205th%20printing%20web.pdf> Erişim Tarihi: 8 Kasım 2017.
31. Longstreth GF, Thompson WG, Chey WD, Houghton LA, Mearin F, Spiller RC. Functional bowel disorders. *Gastroenterology*. 2006;130(5):1480-1491.
32. McKenna LS, Taggart E, Stoelting J, Kirkbride G, Forbes GB. The impact of preoperative stoma marking on health-related quality of life: a comparison cohort study. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*. 2016;43(1):57-61.
33. Martinson J, Moore C, Hamburg G, Fischer A. Patient education and instructional booklet for the patient with colostomy. Cedars-Sinai Medical Center. 2004. URL: <http://www.nmh.org/ccurl/580/761/colostomy-care-guide-09-07.pdf> Erişim Tarihi: 16 Kasım 2017.
34. Hooper J, Gutman N. Colostomy Guide. United Ostomy Associations of America 2017;1-24. URL: <https://www.ostomy.org/wp-content/uploads/2018/03/ColostomyGuide.pdf>. Erişim Tarihi: 16 Kasım 2017.
35. Horn CV. Having a Colostomy. The Cleveland Clinic Foundation 1998;2-29. URL: https://my.clevelandclinic.org/ccf/media/files/Digestive_Disease/HavingColostomy.pdf Erişim Tarihi: 16 Kasım 2017.
36. Lynch BM, Hawkes AL, Steginga SK, Leggett B, Aitken JF. Stoma surgery for colorectal cancer a population-based study of patient concerns. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2008;35(4):424-428.

37. Annells, M. The experience of flatus incontinence from a bowel ostomy: a hermeneutic phenomenology. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2006;33(5):518-524.
38. Settlemyre I. New Ostomy Patient Guide. United Ostomy Associations of America 2017;1-88. URL: https://www.ostomy.org/wp-content/uploads/2018/05/All-In-One-New-Patient-Guide_2018.pdf Erişim Tarihi: 16 Kasım 2017.
39. Andersson G, Engström A, Söderberg S. A Chance To Live: Women's experiences of living with a colostomy after rectal cancer surgery. *International Journal Of Nursing Practice.* 2010; 16:603-608.
40. Cengiz B, Bahar Z. Perceived barriers and home care needs when adapting to a fecal ostomy: a phenomenological study. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2017;44(1):63-68.
41. Wound Ostomy and Continence Nurses. A Patient's Guide to Colostomy Care. Northwestern Memorial Hospital 2007;1-11. URL: <http://www.nmh.org/ccurl/580/761/colostomy-care-guide-09-07.pdf> Erişim Tarihi: 16 Kasım 2017.
42. Juul K, Prieto L. Quality of life with an intestinal stoma. In *Seminars in Colon and Rectal Surgery.* 2008;19(3):167-173.
43. Smith DM, Loewenstein G, Rozin P, Sherriff RL, Ubel PA. Sensitivity to disgust, stigma, and adjustment to life with a colostomy. *Journal of Research in Personality.* 2007;41(4):787-803.
44. Çakmak A, Aylaz G, Kuzu MA. Permanent stoma not only affects patients' quality of life but also that of their spouses. *World Journal of Surgery.* 2010;34(12):2872-2876.
45. Krouse RS, Herrinton LJ, Grant M, Wendel CS, Green SB, Mohler MJ et al. Health-related quality of life among long-term rectal cancer survivors with an ostomy: manifestations by sex. *Journal of Clinical Oncology.* 2009; 27:4664-4670.
46. Canadian Society of Intestinal Research (Gastrointestinal Society), Travelling with an Ostomy 2017. URL: <https://www.badgut.org/information-centre/ostomies/travelling-with-an-ostomy/> Erişim Tarihi: 25 Ocak 2018.
47. Li CC, Rew L, Hwang SL. The relationship between spiritual well-being and psychosocial adjustment in Taiwanese patients with colorectal cancer and a colostomy. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2012; 39:161-169.
48. Shaffy SK, Das K, Gupta R. Psychosocial experiences of the patients with colostomy/ileostomy: a qualitative study. *Indian J Soc Psychiatry.* 2014;30(1-2):28-34.
49. Yara Ostomi İnkontinans Hemşireleri Derneği, Stoma ve İbadet 2016;1-15. URL: http://www.yoihd.org.tr/images/cust_files/170724095711.pdf Erişim Tarihi: 1 Kasım 2017.
50. Registered Nurses' Association of Ontario. Clinical Best Practice Guidelines; Ostomy Care and Management 2009;1-117. URL: http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Ostomy_Care_Management.pdf Erişim Tarihi: 16 Kasım 2017.
51. Bozdoğan Yeşilot S. Kendini Algılama. İçinde: Kapucu S, Akyar İ, Korkmaz F editörler. Pearson Hemşirelik Tanıları El Kitabı. Pelikan Yayınevi; 2018.s.449-454.
52. Evenoa C, Lamblinb A, Mariette C, Pocard M. Sexual and urinary dysfunction after proctectomy for rectal cancer. *Journal of Visceral Surgery.* 2010; 147:21-30.
53. Angenete E, Asplund D, Andersson J, Haglind E. Self reported experience of sexual function and quality after abdominoperineal excision in a prospective cohort. *International Journal of Surgery.* 2014;12(11):1221-1227.
54. Persson E, Hellström Al. Experiences of Swedish men and women 6 to 12 weeks after ostomy surgery. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing.* 2002;29(2):103-108.
55. Yanar H. Abdominal Ameliyatlar. İçinde: Wexner SD, Fleshman JW, editors. *Kolon ve Rektum Cerrahisi: (Çev.). İstanbul Tıp Kitabevi; 2015.s.407-412.*

Çocuklarda Aydınlatılmış Onam

The Informed Consent in Children

(Derleme)

Ayşe AY*, Sevil ÇINAR**, Handan BOZTEPE***

ÖZ

Aydınlatılmış onam; karar verme yeterliliğine sahip bireylerin, tanı ve tedavi yöntemleri ve bunlara alternatif oluşturabilecek diğer uygulamaların yararları ve riskleri konusunda bilgilendirildikten ve bu bilgileri algıladıktan sonra herhangi bir baskı altında kalmadan aydınlatılmış kararını bildirmesi süreci olarak tanımlanmaktadır. Çocukların tıbbi girişimler konusunda bilgilendirilmesi ve onamının alınması giderek önem kazanmaktadır. Mevcut yasal düzenlemelerde onam verme yetkisi yasal yaş sınırı ile yetişkin kabul edilen bireylere tanınmaktadır. Bu durum savunmasız gruplardan olan çocuğun özerk varlığının farkındalığına ters düşebilmektedir. Ayrım gücüne sahip çocukların düşüncelerinin de ebeveynler ile ortak bir şekilde verilen kararlarda göz önünde bulundurulması gerekir. Çocukların bilişsel durumlarının yeterli olduğu ölçüde karar alma sürecine dâhil edilmeleri, sağlık personeli için vazgeçilmez etik bir yükümlülüktür. Ayrıca çocukların tıbbi karar verme sürecine katılmaları sağlık personeli, ebeveyn ve çocuk arasındaki iletişimi de geliştirmektedir. Pediatri hemşirelerinin, çocuk hastalara verilen bakımın kalitesinin artırılması ve yasal sorumluluklarının bilincinde olması için son yıllarda önem kazanan bu kavramı benimsemesi esas olup hasta haklarını savunuculuk rolü için de son derece önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Aydınlatılmış onam, çocuk, etik, pediatri hemşireliği

ABSTRACT

Informed consent is defined as the process for people with decision-making competence to declare decision without being under any pressure after they have received and perceived the information about diagnosis and treatment methods and the benefits and risks of other practices that may be an alternative. It is becoming increasingly important for children to be informed about medical initiatives and receive their approval. In the current legal regulations, the authority to give consent is granted to individuals who are accepted as adults with the legal age limit. This can be conflict with the awareness of the autonomous entity of the child who is in vulnerable groups. The thoughts of children with discrimination power must also be considered in decisions jointly with parents. It is an indispensable ethical obligation for health personnel to make children whose cognitive status is adequate be included in the decision-making process. Moreover, children participation in the medical decision-making process also improves the communication between health personnel, parents and children. In order for pediatric nurses to increase the quality of care and to be aware of legal responsibilities, it is essential to adopt this notion that has gained importance in recent years for advocacy role of patient rights with great importance.

Key Words: Child, ethics, informed consent, pediatric nursing

*Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye, E-Posta: ayseyilmaz@hacettepe.edu.tr, Tel: 0312 305 15 80, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1574-4673>

** Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye, E-Posta: cinarsevil187@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9281-1614>

***Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği, Ankara, Türkiye, E-Posta: boztepehandan@gmail.com, Tel: 03123051580, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6980-15680>

Geliş Tarihi: 6 Aralık 2017 Kabul Tarihi: 8 Kasım 2018

Atıf/Citation: Ay A., Çınar S., Boztepe H. Çocuklarda Aydınlatılmış Onam. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2019; 6(2), 120-125.

DOI: 10.31125/humhemsire.598638

GİRİŞ

Aydınlatılmış onam, bireyin kendi bedenine yapılacak olan her türlü tıbbi uygulamayı bilmesi ve belirleme hakkına sahip olduğu görüşünü temel alan ve kişinin hastalık anında da kişilik haklarını koruyabilmek için bu konuda düzenlenmiş yasalarla güvence altına alınmış olan bir kavramı ifade etmektedir¹. Çocukların ve adölesanların kendi tedavi ve bakımlarını ilgilendiren kararlara katılımları; çocuğun gelişimsel düzeyine, hastalığın doğasına, toplumun çocuğa bakış açısı ve yasal mevzuata bağlı olarak değişiklik göstermektedir^{2,3}.

1. Dünya’da Çocuk Bireyde Aydınlatılmış Onam Durumu

Çocuk hastalar tıpta daha fazla özen ve duyarlılık gerektiren incinebilir grupta yer almaktadır ve bu nedenle risklere karşı korunması ve bireysel haklarının sağlanması açısından aydınlatılmış onam önemli bir konudur⁴. Çocuklara uygulanacak tedavi ve teşhis amaçlı tıbbi müdahalelerde aydınlatılmış onam temini ve çocuklar üzerinde yapılacak araştırmalar için alınacak aktif/pasif onam uygulamaları ile bu uygulamaların dünyadaki hukuki boyutu incelendiğinde; çocuklar üzerinde yapılacak araştırmalar için karşımıza çıkan en önemli belge Helsinki Bildirgesidir. Çocukların araştırmaya katılmaları Dünya Tıp Birliği Helsinki Bildirgesi’nin 24. maddesinde, “Fiziksel veya zihinsel onamı kullanırken hedeflenen örneğe ulaşamadığı takdirde, pasif onam yanıt oranlarının yükseltilmesini sağlaması; madde kullanımı olan, bazı davranış problemleri olan ve anketlerde çok fazla temsil edilmeyen, ulaşılması daha güç olan bazı alt gruplara sembolik bir örnek teşkil etmesi sayılmıştır” şeklinde ifade edilmiştir. Dünya Tıp Birliği’ne göre çocukların, ailenin/yasal temsilcinin tıbbi karara aktif biçimde katılma hakları vardır⁵. Amerikan Pediatri Akademisi, Pediatrik Onkoloji Uluslararası Topluluğu ve Kanada Pediatri Topluluğu Biyoetik Komitesi çocuk ve adölesanlardan onay alınması gerektiğini belirtmektedir⁶. Çocuk ve adölesanlarda aydınlatılmış onam uygulamaları ülkeden ülkeye değişkenlik göstermektedir. Örneğin; İskoçya’da cerrahi tıp ve diş tedavisi 16 ve 17 yaşındakiler, 18 yaş ve üzeri olanlarla onay vermede, reddetme ya da kabul etmede aynı yetkiye sahiptirler⁷. Ayrıca Hollanda’da 12, Danimarka’da 15 yaş ve üstü çocuklar sağlıkla ilgili kararlarını almak için onay verebilirler. Kanada ve İsviçre’de ise vakaya ve duruma göre yetkinlik değerlendirilerek karar verebilecek kapasitedeki herkesin sağlıkla ilgili kararlarda bilgilendirilmiş onam verebileceği şeklinde esnek bir sistem vardır⁸. Amerika Birleşik Devletleri’nin birçok eyaletinde ise ilaç bağımlılığı, doğum kontrolü, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, gebelik gibi durumlarda çocuğun kendisi onay verdikten sonra, ailesinin onayı olmaksızın tedavi alabileceği bazı durumlar belirlenmiştir². Birleşik Krallıkta, 16 yaş ve üstü çocuklardan aydınlatılmış onam alınmakta ve 16 yaştan küçük çocuklar ebeveynlerinin karara katılmasını istemiyorsa (refuse parental involvement) minimal risk içeren araştırmalar için onam yine kendilerinden alınmaktadır⁹. Avustralya Ulusal Sağlık ve Tıbbi Araştırmalar Konseyinin İnsanları İçeren Araştırmalarda Etik Davranışta Ulusal Beyannamesi’nde 18 yaşın altındaki bireylerin aileleri ile birlikte onamının olması gereğini koşul olarak sunmaktadır¹⁰.

2. Türkiye’de Çocuk Bireyde Aydınlatılmış Onam Durumu

Türk Tabipleri Birliği Aydınlatılmış Onam Bildirgesi Sonuç Raporu’na göre çocuklarda ve karar verme yeterliliği olmayan hastalarda yasal temsilcisinin onamı alınmalı; bununla birlikte, çocuk ve karar verme yeterliliği olmayan hasta elden geldiğince aydınlatılmalı ve olabilecek en geniş ölçüde karar alma sürecine dâhil edilmelidir¹¹. Ülkemizde kabul görmüş Çocuk Hakları Sözleşmesi, Hasta Hakları Yönetmeliği, Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi, İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesinde de benzer şekilde onam verme yetkisi ebeveynlerde olmasına karşın çocuğun yaşı ve bilişsel düzeyine göre tıbbi kararlara katılımının sağlanması gerektiği vurgulanmıştır¹²⁻¹⁴. Çocuk hakları sözleşmesinde ulusal yasalara göre daha erken reşit olma durumu hariç, 18 yaşa kadar her insan çocuk sayılmaktadır. Ülkemizde 18 yaş altı çocukların kendi başlarına tedavi olabileme hakkını veren yasal bir düzenleme bulunmamaktadır¹⁵. Ülkemizde hastanın onamı ancak reşit olma yaşı denilen 18 yaşını bitirme ile hastanın kendisinden alınmaktadır¹⁶. Hekimlik Meslek Etiği Kuralları madde 42’ye göre 13-18 yaş arasında olanların hem kendisinden hem de yasal temsilcilerinden onam alınmasının yasal anlamda zorunluluk olduğunu, 0-13 yaş arasında olanların ise yasal temsilcilerinden onam alınması gerektiğini, çünkü bu yaş grubunda çocuklardan iyiyi kötüden, yanlışı doğrudan ayırt ederek sağlıklı karar vermesinin beklenemeyeceğini, ancak çocuğun tedavi sürecinde rahatlatılması açısından hastasını aydınlatılabileceğini ve hatta imzasını bile alabileceğini kaydetmiştir¹⁷.

Medeni Kanun’un 16. maddesine göre, ayırt etme gücüne sahip çocuklar, kişiyle ilgili hakları yasal temsilcilerinin rızasına ihtiyaç olmaksızın kullanabilirler^{16,18}. Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun’ un 70. maddesine göre, çocuk hastalara yapılacak tıbbi uygulamalarda çocuğun onamı veli ya da vasisinden alınır. Kanunun açık hükmü gereği veli ya da vasinin koruması altındaki küçük, temyiz kudretine sahip olsa dahi, tıbbi ameliyeler karşısında geçerli onam vermeye yetkili değildir. Hasta Hakları Yönetmeliği’nin 24. maddesine göre de hasta küçük veya kısıtlı ise yasal temsilcilerden izin alınır. Aynı

zamanda Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 26. maddesine göre yasal temsilcinin rızasının gerektiği ve yeterli olduğu hallerde dahi, mümkün olduğu ölçüde küçük hastanın dinlenmesi suretiyle tıbbi müdahaleye katılması sağlanır. 1995 yılında Türkiye'nin de kabul ettiği Çocuk Hakları Sözleşmesi'nde çocuk fikirlerini belirtebilme yeteneğini gösteriyorsa, yaşına ve olgunluğuna göre görüşünün alınabileceği kabul edilmektedir. Çocuk Hakları Sözleşmesi'nde çocuk 16. doğum gününü doldurmuş ve hekim onun karar verebileceğini düşünüyorsa rıza istenebileceği bildirilmektedir¹⁹. Tıbbi Deontoloji Tüzük Taslağının 35. maddesinde ise kemik iliği naklinde, çocuğun yasal temsilcisi veya vasisinin onamı ile birlikte çocuğun onamının da alınması gerektiği belirtilmektedir¹⁸.

3. Çocuklarda Aydınlatılmış Onam Özellikleri

Aydınlatılmış onamın beş temel bileşeni; bilginin açıklanması, kavranması, gönüllülük, yeterlilik ve onamdır. Bu bağlamda, tıbbi uygulamalar dikkate alındığında çocuğun onamı konusu ayrı bir öneme sahiptir²⁰. Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Anlaşması tüm çocukların dokunulmazlık, hüküm ve kendi aydınlatılmış karar verme haklarını korumaktadır. Özellikle 'çocukların her türlü girişim ve tedaviden haberdar olduklarına emin ol, çocuk ve gençlere yaşlarına uygun bilgi ver, sağlık planlamalarına çocukların katılımını sağla' gibi ifadeler bunu gözler önüne sermektedir^{21,22}. Diğer bir anlatımla, hastaneye yatarak tedavi gören çocuğun iyileşme sürecinin aktif olarak içinde olma hakkı bulunmaktadır. Çocukla çalışan sağlık personelinin en önemli görevlerinden biri eğer çocuk kendi bedenine yapılacak girişimi anlayabilecek konumda ise çocuğu aydınlatmaktır. Çocuğun anlama kapasitesine göre, yapılacak olanlar anlatılarak korkmaması ve işleme hazırlanması sağlanmalıdır. Örneğin; tedavinin acil olmadığı durumlarda çocuk onam için hazır oluncaya kadar beklenmelidir. Üç yaşın altındaki çocuklarda operasyon günü açıklama yapmak daha az strese neden olmaktadır¹⁹. Okul çocuğu döneminde yer alan çocuklar ise insan anatomisi ve fizyolojisi ile ilgili karmaşık düşüncelere sahip olması nedeniyle önemli olan diğer bir grup olup, tıbbi işlemlerle ilgili duygusal kontrolünü sağlama gereksinimleri bulunmaktadır²³. Adölesanlar da bedensel, ruhsal ve sosyal yönden sağlık düzeyleri ile gelişimleri riskli olan grubu oluşturduğu için işleme hazırlanması önemlidir²¹. Çocuklar için genellikle yararlılık ve zarar vermeme ilkelerine ağırlık verilerek tedaviye katılım sürecinde değerlendirme yapılırken, özerkliğe saygı ilkesi bağlamında değerlendirme geri planda kalmaktadır. Ülkemizde çocuklarda aydınlatılmış onam sürecinde yaş, hekimin görüşü ya da yasalar ölçüt olarak kullanılmaktadır²⁰. Kuther (2003)'e göre; yetişkin olmayanlar için bu yasal düzenlemelere karşın aydınlatılmış onam kanuna uymaktan daha ötedir; sağlık çalışanları için, bireyin özerkliğini, haysiyetini ve kendi kararını kendi verme kapasitesini tanımaya dayanan ahlaki bir sorumluluktur²⁴. Bu söylem, çocukların tıbbi kararlara katılımının sağlanması ile onların özerkliğine duyulan saygının kişisel gelişimine ve tedaviye uyumunu katkı sağlamanın bir etkeni olduğunu göz önüne sermektedir. Çocuklarda aydınlatılmış onamın temel bileşenlerinden olan ve bireyin kendi sağlığı ile ilgili konularda özerk karar verme yeteneği anlamına gelen yeterlilik için yaş ve bilişsel gelişim kavramı önemlidir. Yeterlilik kavramında bireyden kavrayabilmesi, mevcut seçenekleri ve bunların sonuçlarını değerlendirebilmesi, gerçekçi bir karara varabilmesi beklenmektedir. Tedavide tıbbi kararın bir parçası olmak için çocuğun yeterliliği yaşla birlikte artmaktadır. Bilişsel düzeyde 7 yaşından itibaren artış olmakta ve ergenlik döneminde düşünme süreci yetişkinlere eş tutulmaktadır²⁵. Jean Piaget'e göre 11 yaşından sonra bireyler genelleme, soyut düşünme, hipotez kurma ya da eylemlerin olası sonuçlarını ön görmede bilişsel kapasiteye sahiptir²⁶. Soyut düşünce, tıbbi tedavinin riskleri ve yararları hakkındaki bilgiyi kavrama açısından önemlidir. Böylece, tıbbi girişimlerle ilgili olarak verilen bilgiyi anlama, olasılıklar üzerinde akıl yürütme, analiz ve sentez yapabilme, gelecek açısından durum değerlendirmesinin yapılması sağlanır. Yine bu kurama göre 10 yaşından itibaren çocukların hastalık ve ölüm kavramı gibi sağlıkla ilgili olaylar üzerinde fizyolojilerini, nedenlerini ve etkilerini bilişsel olarak algılayabildikleri bildirilmektedir^{27,28}. Yapılan bir çalışmada da (Weithorn ve Campbell 1982), çeşitli yaş gruplarındaki çocuklara varsayımsal vakalar verilerek bu vakalar için tedavi kararları vermeleri istenmiş olup 9 ve 14 yaşlarındaki çocukların 21 yaşında olan bireylere varsayımsal olarak verilen vakalar için tedavi kararlarının verilmesi açısından belirgin bir fark görülmemiştir²⁹. Lewis ve arkadaşları 7-10 yaş arasındaki çocukların aydınlatılmış onam ile ilgili tüm sorulara yetişkinlere yakın cevap verebildiğini göstermiştir³⁰. Philip 7-10 yaş arasında çocuklarda tedavi almanın, onlar için iyi olduğu anlayışının olduğunu ancak yine de hemşire ya da doktorların neden acı vererek onlara fayda sağladığını anlayamadıklarını bildirmiştir³¹. Laor, 12 yaş ve daha büyük çocuklardan kendileri ile ilgili işlemlerde yetişkinlerde olduğu gibi mutlaka onam alınması gerektiğini vurgulamıştır³². Bununla birlikte yapılan başka çalışmalarda, çocuğun yüksek yararı için karar verme yeterliliği bağlamında ailelerin daha yetkin olduğunu bildirmektedir^{33,34}. Bu durum bize, yeterlilik ve bilişsel düzeyin evrensel bir kavramdan ziyade, her bir bireye özgü olarak değişen bir kavram olduğunu düşündürmektedir.

Çocuklarda aydınlatılmış onam alma sürecinde öncelikli olarak dikkat edilmesi gerekenlerden bir diğeri bilgi ihtiyacının değerlendirilmesidir. Beklenen, hastalık, tedavi, yararları, tedavinin beklenen riskleri, tedaviye alternatif yöntemlerin ilk aşamada tüm bu bilgilerin anlatılmasıdır. Ancak bireysel faktörler göz

önünde bulundurulması, bu sürecin iyi bir şekilde yönetilmesi sağlanmalıdır²⁰. Genellikle hastalık, tedavi, yarar ve risk gibi bilgiler çocuklardan daha çok ebeveynlere verilmektedir. Ebeveynler anksiyeteyi artırabileceği ve duygu durum bozukluklarına neden olabileceği düşüncesiyle çocukların bilgilendirilmesini engelleyebilmektedir. Bu durum aydınlatılmış onam sürecinin ilk ve önemli basamağı olan bilgilendirmenin önüne geçmekte, çocuğun onamı göz ardı edilebilmektedir. Yapılan çalışmalarda çocuktan bilginin saklanması, tedavi planına katılmanın sağlanmaması gibi durumlar nedeniyle çocuğun tedaviyi reddetme, uyum güçlüğü ve depresyon gibi birçok psikososyal sorunlar yaşamasına neden olmaktadır³⁵⁻³⁷. Pediatri alanında çalışan sağlık çalışanları, temel olarak aile ve çocuk ile iş birliği içerisinde olan bir tutum ile ailenin çocuğun gerçekçi bir biçimde bilgilendirilmesi yönünde davranışta bulunmasını sağlamalıdır. Böylece, aile ile birlikte çocuğun bilgilendirilmesi sağlanarak eş zamanlı hem hekimin hem ailenin hem de çocuğun görüşlerinin değerlendirilmesi olanaklı hale gelmektedir. Sonraki aşamada ise çocuklara kendisine uygulanacak olan girişimler bağlamında düşünme, değerlendirme ve karar verme yönünden yeterli zaman tanınmalıdır.

Bilgilendirme, bilginin kavranması, yeterlilik gibi çocuklarda aydınlatılmış onamın temel özelliklerinden bir diğeri de gönüllülüktür³⁸. Gönüllülük, bireyin bir başkasının etkisi altında olmadan, kendi isteği doğrultusunda hareket etmektir. Çocuğun tıbbi müdahalelere karşı yeterlilik, bilişsel düzeyi gibi gönüllülük ilkesi de tartışmalı bir kavramdır. Bilindiği üzere soyut düşünme becerisi kazanana kadar daha küçük yaş grubu çocuklar anne, baba, öğretmen ve sağlık çalışanı gibi figürleri otorite olarak görebilmekte, kendi moral sistemini sosyal öğretiler doğrultusunda oluşturmada ve otoriteden korkma eğilimi göstermektedir. Bu nedenle bilişsel algının ve deneyimlerinin az olması, ebeveynlere bağımlılık durumu çocukların hastalık ve tedavi ile ilgili kararlarda gönüllülük düzeyinin değerlendirmesinde güçlükler yol açabilmektedir²². Gönüllülük ilkesinin göz ardı edilmesine neden olan diğer bileşenler, hastalığın tipi, süresi ve kültürel faktörlerdir²⁰. Kronik hastalıkları olan çocukların sağlıklı çocuklara göre yeterliliğinin daha geç oluştuğunu gözlemleyen araştırmacılar mevcuttur³⁹. Bununla birlikte yaşamı tehdit eden ölümcül ve kronik bir hastalık durumunda ebeveynlerin çocuklara yönelik aşırı koruyucu davranışlar sergilemesi çocukların bağımsızlığını engellemekte, dolayısıyla tıbbi bakım ve girişimlere yönelik karar verme sürecini olumsuz etkileyebilmektedir ve çocuk-ebeveynler çatışmalarına yol açabilmektedir⁴⁰. Kültürel faktörlerin gönüllülük ilkesini engellediğini bildiren Hui (2010), dini inancın anne ve babaya olan saygının temelinde en önemli bileşen olduğunu benimseten ülkenin çocuklarının batı kültürüne göre tıbbi karar vermede özerk olmadığını bildirmiştir⁴¹.

Çocuklarda aydınlatılmış onamın geçerli olmasını sağlayan bir diğer bileşen de onam (consent) kavramıdır²⁰. Temelde bilinmesi gereken onam (consent) ve onay (assent) kavramının birbirinden farklı olduğudur. Onam kavramı, tıbbi tedavi ve girişimlerle ilgili olarak verilen bilginin algılanması, kavranması, analiz-sentez gibi üst düzey becerileri gerektirdiğinden aydınlatılmış onam süreci içerisinde yer almaktadır. Onay ise, yukarıda belirtilen üst düzey becerileri gerektirmediğinden kişinin tedaviye dahil olması için özellikle çocuk bireylere daha düşük bir yetkinlik düzeyi bağlamında yetki vermektedir^{20,28}. Diğer bir ifadeyle fiziksel, bilişsel, sosyal ve duygusal açıdan birçok faktörden etkilenebilecek olan çocuk bireylerin tıbbi tanı, tedavi ve bakımla ilgili olarak tam bir karar verme yeterliliği sağlanamayacağından aydınlatılmış onamları yerine onayları alınmaktadır. Sağlık personelinin onay sürecinde çocuk ile etkili iletişimle beraber çocuğun ve ailesinin hazır oluşu göz önünde bulundurulması, hastalığın önemi, uygulanacak tedavi ve yan etkilere ilişkin tutarlı bilginin verilmesi, kararlarda gönüllüğün sağlanması gereklidir. Yeterli ve tutarlı bilginin, çocuğun yaşadığı umutsuzluk, depresyon ve anksiyete gibi psikososyal sorunların azalmasında etkisi olduğu ve tedaviye uyumunu arttırdığı bildirilmiştir^{42,43}. Sağlık profesyoneli olarak hemşire, bu bilgilerin aktarımında aktif rol oynamalıdır. Böylece çocukların kendi bakımı konusunda karar verme ve seçim sürecine dahil edilmesi olumlu benlik gelişimi ve yeterlilik hissini destekleyebilir⁴⁴.

4. Otonomi/Özerklik İlkesi Kavramında Çocuk için Aydınlatılmış Onam Sorunu

Çocukların, özerklikleri de olmak üzere, gelişimlerini özgürce tamamlayabilme hakkı vardır. Çocuk alanında karşımıza çıkan etik sorunların en başında çocuğun bir kişi gibi değerlendirilmesi ve kişilerin sahip olması gerektiği saygı, ilgi ve korunma hakkına sahip olması, özerklik ve kendisi hakkında karar verme konuları gelmektedir²². Özerklik; bir kişi ya da topluluğun kendisi ile ilgili konularda kendi değerlerine göre kararlar vermesi ve bunu eyleme dönüştürebilmesi imkanının varlığı olarak tanımlanır. Hastanın, hekim ile iş birliğine girip tıbbi müdahale ve tedaviler konusunda tercihini söyleyebilmesi, kuşkusuz onun müdahale ve tedavi hakkında bilgilendirilmesini gerekli kılmaktadır. Bilgilendirilmemiş hastanın, hekimle ortak bir karar alabilmesi mümkün değildir. Hastanın bilgilendirilmesi, müdahale ve tedavi ile ilgili olarak onam/onayının alınması gerekmektedir⁴⁵.

Çocuk hastalardaki aydınlatılmış onamla ilgili olarak karşımıza çıkan en önemli etik öğelerden biri yeterlilik sorunudur. Yeterlilik; hastanın onam verme yetisinin olmasını baz alan geniş bir kavramdır ve pek çok hukuksal konuyu içerir. Çocukların karar verebilme yeterliliklerinin sınırlı ya da hiç olmadığını varsayarak

onların haklarını korumanın önemine işaret edilir. Çocukların özerkliklerinin başkaları tarafından kullanılabilir bir hak olarak görülmesi onların yaşam deneyimi ve planlı kararlar alamayacağı varsayımından kaynaklanmaktadır⁴⁶.

Çocukların özerklikleri hem onların yeterlilikleri hem de yaşları ile ilişkilidir. Ayrıca sosyal ve entelektüel gelişiminin de önemi büyüktür. Bu nedenle çocuk hastalarda etik ve yasal açıdan doktorlar tedaviyi gerçekleştirmek için ebeveynlerinden izin almak durumundadırlar. Aynı şekilde tıbbi ekibin de çocuk hastaların tedavisi sürecinde yaşanan sorunlarda ailesi ile temasta olması önemlidir. Bununla birlikte çocuğun gelişimine bağlı olarak, ileri yaş çocuklarda hekim ve aile kararlarına çocukların onayı da katılmalıdır. Hekim ve hemşireler çocuğun karar verebilme kapasitesi üzerinde, çok büyük dikkat ve özenle durarak onun onay verme kapasitesini artırıcı yönde davranmalıdır¹⁵. Profesyonel hemşirelerin rollerinden biri insan haklarından ve hasta haklarından köken alan savunuculuk rolüdür. Bu rol kapsamında hemşirelerin bakım verdiği bireye fiziksel ve psikososyal olarak güvenli bir çevre sağlama, bakıma ilişkin karar verme süreçlerinde etik ilkeleri göz önünde bulundurma, hastanın yasal haklarını koruma ve gerektiğinde haklarını aramasına yardım etme gibi görev ve sorumlulukları vardır. Savunuculuk rolü, bağımlı bir yaş grubu olan çocuklarla çalışan hemşireler açısından daha da önemlidir. Bu nedenle sağlık alanında karşılaşılan etik ikilemlerin veya sorunların çözümünde hasta çocuk ve ailesi ile 24 saat birlikte olan hemşirelerin yaklaşımları önemlidir. Hemşire, hasta çocuğa en yakın ekip üyesi olduğundan, hastanın gereksinimlerini bilen ve haklarını koruyabilecek en uygun kişidir^{47,48}. Çocuk olgularda çocuk istismarı ve ihmeline yönelik belirgin bir farkındalık içinde olmaları ve bu konuda karşılaştıkları olguları gerekli makamlarla paylaşmaları, ailenin ve toplumun bilinçlendirilmesinde aktif rol oynamaları etik bir sorumluluğun gereğidir. Klinikte hemşirelerin hastayla karşılaştıkları andan itibaren etik karar verme sürecini uygulamaya geçirmeleri gerekir. Bu süreçte; etik sorunun tanımlanması, sorunu oluşturan etmenlerin bir araya getirilmesi, bireysel değerlerin belirlenmesi, etik ilkeleri kullanarak sorunun değerlendirilmesi, çözüm önerilerinin incelenmesi, seçeneklerden bir tanesinin benimsenmesi ve uygulamaya geçilmesi önemli rol oynamaktadır²².

SONUÇ

Ülkemizde çocuklara uygulanacak tıbbi tedavi ve girişimler ile çocuklar üzerinde yapılacak tıbbi araştırmalarda, yaklaşık yedi yaşından itibaren kendisi hakkında alınacak kararlar konusunda söz sahibi olması gerektiği düşüncesinin yasal hale getirilmesi, ülkemizin taraf olduğu sözleşmelere ve Dünya'daki uygulamalara uyumlu hale getirebilecektir.

KAYNAKLAR

1. Tümer AR, Karacaoğlu E, Akçan R. Cerrahide aydınlatılmış onam ile ilgili sorunlar ve çözüm önerileri. *Ulusal Cerrahi Dergisi*. 2011;27(4):191-197.
2. Committee on Bioethics. Informed consent, parental permission, and assent in pediatric practice. *Pediatrics*. 1995;95(2):314-317.
3. Kelsey J, Abelson-Mitchell N, Skirton H. Perceptions of young people about decision making in the acute healthcare environment. *Paediatric Nursing*. 2007;19(6):14-18.
4. Runeson I, Hallström I, Elander G, Hermerén G. Children's participation in the decision-making process during hospitalization: an observational study. *Nursing Ethics*. 2002;9(6):583-598.
5. World Medical Association. Declaration of Ottawa on the right of the child to healthcare. 50th World Medical Assembly 1998.
6. Berger JE, Consent by proxy for nonurgent pediatric care. *Pediatrics*. 2003;112(5):1186-1195.
7. Wellesley H, Jenkins I. Consent in children. *Anaesthesia & Intensive Care Medicine*. 2015;16(12):632-634.
8. Stultiens L, Goffin T, Borry P, Dierickx K, Nys H. Minors and informed consent: a comparative approach. *European Journal of Health Law*. 2007;14(1):21-46.
9. Alberti KGMM. Multicentre research ethics committees: has the cure been worse than the disease?. *BMJ* 2000; 320: 1157-1158.
10. Gemici HB, Göksoy ÖE, Doğan A, Doğan M, Arıca V. Çocuklarda aydınlatılmış onamda güncel yaklaşımlar. *Journal of Clinical and Experimental Investigations*. 2014;5(3):496-503.
11. Türk Tabipler Birliği. Türk Tabipler Birliği Etik Bildirgeleri 2010. Ankara.
12. Çocuk Hakları Sözleşmesi. Resmi Gazete 09/12/1994, 4058.
13. Sağlık Bakanlığı Hasta Hakları Yönetmeliği. Resmi Gazete 01/08/1998, 23420.
14. Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi: İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi. Resmi Gazete 03/12/2003, 5013.
15. Aydın E. Çocuklarda aydınlatılmış onam sorunu. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*. 2003;46:2-9.
16. Özsunay E. Gerçek Kişilerin Hukukî Durumu: Kişiliğin başlangıcı ve sonu, kişinin ehliyetleri, kişisel değerler ve korunması, kişilik hakkı, kişinin hukuken önemli ilişkileri, hısımlık, konut, kişisel durumlar kütükleri. *Garan Matbaası*;1977.
17. Çetin G. Yeni yasalar çerçevesinde hekimlerin hukuki ve cezai sorumluluğu. In: *Tıbbi Malpraktis ve Adli Raporların Düzenlenmesi*. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi No: 48. İstanbul: 2006. s. 31-42.
18. Ayan M. Tıbbi müdahalelerden doğan hukuki sorumluluk. *Kazancı* 1991.
19. Dilli D, Bostancı İ, Dallar Y. Çocuk hekimliğinde güncel etik sorunlar. *Çocuk Dergisi*. 2007;7(4):222-226.

20. Küreci HD, Büken NÖ. Çocuklar ve ergenler aydınlatılmış onam sürecinin neresinde?. Sürekli Tıp Eğitim Dergisi. 2014;23(59):190-196.
21. Bülbül Hızal S. Ergen etiği. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi. 2004;13(6):206-210.
22. Üstün Ç, Demirci N. Tıpta çocuk ve etik. Türk Pediatri Arşivi. 2013;48(1):1-6.
23. Gallagher M, Haywood SL, Jones MW, Milne S. Negotiating informed consent with children in school-based research: a critical review. Children & Society. 2010;24(6): 471-482.
24. Kuther TL. Medical decision-making and minors: issues of consent and assent. Adolescence 2003;38(150):343.
25. Simon RI. The law and psychiatry. Focus. 2003;1(4):349-372.
26. Pillitteri A. Maternal & Child Health Nursing: Care of the childbearing & childrearing family. USA: Lippincott Williams & Wilkins; 2010.
27. Spencer GE. Children's competency to consent: an ethical dilemma. Journal of Child Health Care. 2000;4(3):117-122.
28. Gemici HB, Göksoy ÖE, Doğan A, Doğan M, Arıca V. Çocuklarda aydınlatılmış onamda güncel yaklaşımlar. Journal of Clinical and Experimental Investigations. 2014;5(3).
29. Weithorn LA, Campbell SB. The competency of children and adolescents to make informed treatment decisions. Child Development. 1982; 1589-1598.
30. Lewis CE, Lewis MA, Ifekwunigwe M. Informed consent by children and participation in an influenza vaccine trial. American Journal of Public Health. 1978;68(11):1079-1082.
31. Philip JG. Children: problems in pediatrics. In: Jocelyn YH, editor. Ethics and child mental health. Jerusalem: Gefen Publishing House; 1994. p.186-198.
32. Laor N. Toward liberal guidelines for clinical research with children. Med. & L. 1987;6:127.
33. Hickey K. Minors' rights in medical decision making. JONA'S Healthcare Law, Ethics and Regulation. 2007;9(3):100-104.
34. Partridge BC. Adolescent psychological development, parenting styles, and pediatric decision making. Journal of Medicine and Philosophy. 2010;35(5):518-525.
35. Coyne I, Amory A, Kiernan G, Gibson F. Children's participation in shared decision-making: Children, adolescents, parents and healthcare professionals' perspectives and experiences. European Journal of Oncology Nursing. 2014;18(3):273-280.
36. Pelander T, Leino-Kilpi H. Children's best and worst experiences during hospitalisation. Scandinavian Journal of Caring Sciences. 2010;24(4):726-733.
37. Salmela M, Aronen ET, Salanterä S. The experience of hospital-related fears of 4-to 6-year-old children. Child: Care, Health and Development. 2011;37(5):19-726.
38. Spinetta JJ, Masera G, Jankovic M, Oppenheim D, Martins AG, Arush B, ark. Valid informed consent and participative decision-making in children with cancer and their parents: A report of the SIOP working committee on psychosocial issues in pediatric oncology. Pediatric Blood & Cancer. 2003;40(4):244-246.
39. Broome ME, Stieglitz KA. The consent process and children. Research in Nursing & Health. 1992;15(2):147-152.
40. Hokkanen H, Eriksson E, Ahonen O, Salanterä S. Adolescents with cancer: experience of life and how it could be made easier. Cancer Nursing. 2004;27(4):325-335.
41. Hui E. Adolescent and Parental Perceptions of Medical Decision-Making in Hong Kong. Bioethics 2011;25(9):516-526.
42. Suzuki LK, Kato PM. Psychosocial support for patients in pediatric oncology: the influences of parents, schools, peers, and technology. Journal of Pediatric Oncology Nursing. 2003;20(4):159-174.
43. Decker C, Phillips CR, Haase JE. Information needs of adolescents with cancer. Journal of Pediatric Oncology Nursing. 2004;21(6):327-334.
44. Ritchie MA. Psychosocial nursing care for adolescents with cancer. Issues in Comprehensive Pediatric Nursing. 2001;24(3):165-175.
45. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. USA: Oxford University Press; 2001.
46. Ross LF. Health care decisionmaking by children is it in their best interest?. Hastings Center Report 1997;27(6):41-46.
47. Twycross A, Pows L. How do children's nurses make clinical decisions? Two preliminary studies. Journal of Clinical Nursing. 2006;15(10):1324-1335.
48. Wagner N, Hendel, T. Ethics in pediatric nursing: an international perspective. Journal of Pediatric Nursing. 2000;15(1):54-59.

Sağlık Okuryazarlığının Değerlendirilmesinde Kullanılan Araçlar

Tools Used in the Assessment of Health Literacy

(Derleme)

Sultan SARIYAR*, Hülya FIRAT KILIÇ**

ÖZ

Sağlık okuryazarlığı günümüzde, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi için temel bir belirleyici olarak karşımıza çıkmaktadır. Çağımızda, bilgiye erişimin kolaylaşması, insan ömrünün uzaması, kronik hastalıkların artması, bunlara yönelik sağlık hizmetlerinde değişim arayışları gibi yaşanan değişiklikler ile birlikte sağlık okuryazarlığının önemi artmıştır. Günümüzde bireylerin sağlık konusunda yeterli bilgi düzeyine, farkındalığa ve doğru tutum ve davranış geliştirme yeteneğine sahip olması, sağlık çalışanlarını daha iyi anlayabilmesi, sağlık kararlarına katılmada aktif rol alabilmesi, daha kaliteli sağlık hizmetlerinden yararlanabilmesi beklenmektedir. Bu nedenle öncelikle bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyinin belirlenmesi önem kazanmaktadır. Sağlık okuryazarlığı düzeyinin belirlenmesi, hemşire profesyonellerin sağlık eğitimi ve danışmanlık rollerini yerine getirmede anahtar role sahiptir. Dünyada karmaşık toplumların oluşması, insanların sağlıkla ilgili doğru ve yanlış bilgilerle bombardımana tutulması ve karmaşık sağlık ve eğitim sistemleriyle karşılaşılması, sağlık okuryazarlığı düzeyini belirlemeyi zorlaştırmaktadır. Sağlık okuryazarlığı, bireylerin kültürel ve sosyal boyutları göz önünde bulundurularak güvenilir ve geçerli ölçme araçları ile değerlendirilmeli ve sonuçlara göre önlemler alınmalı, eğitimler planlanmalıdır. Bu derlemede sağlık okuryazarlığının ölçümünde ülkemizde ve dünyada kullanılan ölçüm araçları, ölçüm araçlarının amaçları ve ölçüm araçlarının geçerlik ve güvenilirliklerinin paylaşılması amaçlanmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik, ölçüm, sağlık okuryazarlığı

ABSTRACT

Health literacy is nowadays considered to be a vital determinant of health promotion. Today, health literacy has acquired greater importance as a result of the increase in access to information, elongation of human life, increased incidences of chronic disease and the search for changes in the healthcare services provided for chronic disorders. Individuals today are expected to have sufficient knowledge, awareness and ability to develop correct attitudes and behaviors about health, to better understand health workers, to take an active role in participation in health decisions and to benefit from higher quality health services. Therefore, it is important to determine the health literacy level of individuals, as this can play a key role for nurses in fulfilling the health education and counseling roles. The emergence of complex societies in the world, the continuous exposure of people to both accurate and inaccurate health information and encountering complex health and education systems make it difficult to determine the level of health literacy. Health literacy should be evaluated with reliable and valid measurement tools considering the cultural and social dimensions of individuals and measures should be taken according to the results and trainings should be planned. This review investigates the tools used in the measurement of health literacy levels in Turkey and the World, as well as their purposes and validity and reliability.

Key Words: Health literacy, measurement, nursing

*Doğu Akdeniz Üniversitesi Sağlık Merkezi, Gazimağusa/KKTC, Mersin, Türkiye. e-posta: sultansariyar392@gmail.com

Tel: +90 392 630 2200. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1682-5130>

**Doğu Akdeniz Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Gazimağusa/KKTC, Mersin, Türkiye. e-posta: hulyafirat81@gmail.com, Tel: +90 392 630 1331,

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6570-8083>

Geliş Tarihi: 9 Nisan 2018 Kabul Tarihi: 19 Eylül 2018

Atıf/Citation: Sariyar S., Kılıç H.F. Sağlık Okuryazarlığının Değerlendirilmesinde Kullanılan Araçlar. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2019; 6(2), 126-131. DOI: 10.31125/humhemsire.598649

GİRİŞ

Sağlık Okuryazarlığı (SOY), eğitim ve sağlığın birbiriyle özdeşleşmesiyle birlikte birden çok alanı içerisinde bulunduran ve insanların sağlıkla ilgili karmaşık talepleri karşılama kapasitelerini tanımlamak için kullanılan bir terimdir¹. SOY, son yıllarda tıp alanındaki gelişmelerle beraber genel olarak sağlık düzeyinin iyileşmesine katkı sağlamaktadır. Buna rağmen sağlıkla ilgili eşitsizlikler dünya çapında artmaya devam etmektedir. Sağlığı geliştirme ve sağlıkta eşitsizlikleri minimuma düşürme stratejileri arasında SOY anahtar bir faktör olarak kabul edilmektedir. Bireylerin, kendilerinin ve içinde buldukları toplumun yaşam kalitesini yükseltmeleri için sağlıkları üzerindeki kontrolleri artırılmalıdır. Bu da yeterli düzeyde SOY ile mümkündür^{2,3}. SOY, bireylerin yaşam tarzını ve hayat şartlarını değiştirerek, bireysel sağlığı ve toplum sağlığını güçlendirmektedir. Burada önemli olan, bireyin sağlıklı kalması, sağlığını koruması ve geliştirmesi için temel sağlık bilgilerinin anlaması, yorumlaması ve buna uygun davranış kazanması ve kendi sağlığı ile ilgili doğru kararlar almasını sağlamaktır⁴.

Dünyada SOY'a olan ilgi 1970'lerde artmaya başlamıştır. Kavram ilk olarak Simonds (1974) tarafından ele alınmıştır⁵. SOY ilk başta sağlıkla ilişkili materyali, okuma, yazma ve aritmetik becerileri uygulama yeteneği olarak tanımlanmıştır⁵. Zamanla yapılan tanımlar yetersiz görülmüş ve yeni tanımlar geliştirilmiştir⁶. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 2013 yılında SOY kavramının tanımını gözden geçirmiş ve bireylerin sağlık hizmetleri alanında karar vermeleri, sağlıkla alakalı bilgilere ulaşmaları, verilen mesajları doğru anlamaları ve okuryazarlık seviyelerini dikkate alarak yeniden tanımlamıştır⁷.

Sorensen ve ark. (2012) literatürdeki 17 tanımın içerik analizini yapılarak yeni bir tanım ortaya çıkarmışlardır⁸. Kanada Halk Sağlığı Dergisi'nde yer alan bu tanıma göre SOY; "okuryazarlıkla bağlantılı, insanların sağlıklarıyla ilgili olarak günlük yaşamlarında kararlar almak, yaşam kalitelerini yükseltmek ve sürdürmek için sağlıklarını geliştirme ve hastalıkları önlemek amacıyla gerekli sağlık bilgisine erişme, anlama, değer biçme ve bilgiyi kullanmayı sağlayacak bilgi, motivasyon ve yeterlidir" şeklinde tanımlanmıştır⁸. SOY ile ilişkili bir diğer kavram da e-sağlık okuryazarlığıdır. E-sağlık okuryazarlığı, elektronik ortamda sağlıkla ilgili bilgileri elde etme ve elde edinilen bu bilgileri sağlıkla ilgili problemlerin çözümünde uygulayabilme becerisi olarak tanımlanmaktadır^{9,10,11}.

Dünyada ve Türkiye'de SOY durumuna bakıldığında, gelişmiş ülkelerden biri olan ABD'de yetişkin nüfusun yaklaşık üçte birinin SOY düzeyi yetersiz olarak belirlenmiştir. Avrupa Birliğine üye 8 ülkenin SOY düzeyini belirlemeye yönelik yapılan Avrupa Birliği Sağlık Okuryazarlığı Anketi (Health Literacy Survey European Union, HLS-EN) çalışmasına katılanların %47.6'sının sınırlı SOY düzeyine sahip olduğu bildirilmiştir⁸. Avusturalya'da yapılan bir çalışmada da 72 yaş ortalamasına sahip bireylerin SOY açısından sağlık bilgilerini değerlendirmede yetersiz oldukları saptanmıştır¹². Türkiye'de 2014 yılında Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Projesi kapsamında yapılan çalışmada SOY indeksi 30.4 bulunmuştur¹³. Bu sonuca göre, Türkiye'de toplumun üçte ikisinin yetersiz ve sorunun SOY düzeyine sahip olduğu görülmektedir. Türkiye ve Avrupa SOY düzeyleri karşılaştırılması Tablo 1'de yer almaktadır^{8,13}. Buna göre ülkemizin SOY düzeyi Avrupa ortalamalarının altındadır.

Tablo 1. Türkiye ve Avrupa Sağlık Okuryazarlık Karşılaştırması

Sağlık Okuryazarlık Düzeyi	Avrupa	Türkiye
Yetersiz	%12.4	%24.5
Sorunlu	%35.2	%40.1
Yeterli	%36	%28.8
Mükemmel	%16.5	%7.6

1. Sağlık Okuryazarlığının Önemi

SOY, sağlıklı yaşam yılını ve kalitesini artıran, sağlık profesyonelleri için iletişim ve klinik becerilerin kazanılmasını ve sağlık hizmetleri alanlar için karar mekanizmasına dâhil olmayı sağlayan önemli bir kavramdır¹⁴. Sağlık hizmeti sunanlar ile hizmeti alan hastalar arasında sorumluluklar paylaşılmalıdır. Her iki tarafın birbirini daha iyi anlaması ve etkili iletişim sağlanması SOY ile mümkündür. Bireyin kendi sağlığı ile ilgili kararları doğru alabilmesi ve verilen sağlık mesajlarını doğru anlaması önemlidir. Bundan dolayı dünya genelinde SOY'a yönelik çalışmalar, eylem planları ve SOY'u geliştirme stratejileri uygulanmaktadır¹⁵. Günümüzde SOY düzeyi belirleme çalışmaları gün geçtikçe artmaktadır. SOY düzeyini belirlemek, yapılacak olan çalışmalara yön verecektir. Bu çalışmalar yapılırken de SOY düzeyinin yükseltilmesi için hedefler oluşturulmalıdır⁷.

Yüksek düzeyde SOY olan kişiler hem kendi sağlıklarını geliştirmekte hem de sağlıklarını olumsuz etkileyecek olan faktörlere karşı kendilerini korumakta ve çevresindeki sağlık kurumlarının daha sistemli kullanılmasına katkıda bulunmaktadır¹⁶. Tedavi maliyetlerinin artması, sağlık hizmetlerinde koruyucu

faaliyetlerin önemini artırmaktadır. Bireylerin SOY düzeyinin artması, hastalıklardan korunma konusunda bilinç düzeyinin artması anlamına gelmektedir. Ayrıca, sağlık profesyonelleri ile daha çok iş birliği yapılmasına, verilen ilaçların daha doğru ve dikkatli kullanılmasına, hekimin talimatına bağlı kalınmasına, hastanın tedaviye uyumunun kolaylaştırılmasına ve daha iyi sağlık çıktılarının oluşmasına katkıda bulunmaktadır^{1,6}.

Düşük SOY'a sahip bireylerin ise, daha fazla hastaneye yattıkları, acil servisten daha fazla yararlandıkları, daha az koruyucu sağlık hizmetleri aldıkları, ilaçları düzgün kullanmadıkları, sağlıkla ilgili verilen mesajları anlamadıkları, sağlık bakım maliyetlerinin daha fazla olduğu ve özellikle yaşlılarda daha kötü sağlık düzeyinin olduğu, bu durumun yüksek mortalite ile ilişkili olduğu görülmektedir¹⁷. Kanada'da yapılan bir araştırmada yetersiz SOY düzeyinin, bireylerin sağlıkla ilgili bilgileri anlamada ve kendi kendine karar verme konusunda yetersiz olduğu saptanmıştır. Düşük SOY düzeyi, koruyucu sağlık hizmetleri yönünden önemli olan tarama testlerinin uygulanmasını engellemektedir. Örneğin; İngiltere'de kolon ve meme kanseri konusunda, bireylerin evlerine tarama yaptırmaları için yazılı materyal gönderilmiştir. Buna rağmen bireylerin bazılarının tarama yaptırmaması, sınırlı SOY'a bağlanmaktadır. Bu küçük maliyetli tarama testlerini yaptırmamak hastalığın oluşumu ile büyük maliyetlere sebep olmaktadır¹⁸. Bu da düşük SOY'un ülke ekonomisini olumsuz etkilediğini göstermektedir.

2. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri

Dünyada SOY konusunda çalışan birçok araştırmacı ve kuruluşlar vardır. Bu araştırmacı ve kuruluşlar, bu konuda bireysel yetenekleri geliştiren kazanımlar oluşturmayı amaçlamaktadır⁹. Dünyada en çok bilinen tanıma göre, SOY'da üç düzey bulunmaktadır¹⁹. Bu düzeyler Tablo 2'de yer almaktadır.

Tablo 2. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri

İşlevsel sağlık okuryazarlığı (Functional literacy)	Bireylerin günlük sağlık durumlarıyla başa çıkmasına yardımcı olan temel okuma-yazma becerisidir. Bireylere sağlık riskleri hakkında gerçek bilgi verir ve sağlık sistemini nasıl kullanılacağını gösterir ²⁰ .
Etkileşimli sağlık okuryazarlığı (Interactive health literacy)	Bilimsel kazanımları ve sosyal becerileri kapsar. Okul sağlığı eğitim programları, farklı grupların ihtiyaçları ile ilgili sağlık iletişiminin sağlanması etkileşimli SOY'u geliştirmeye örnek verilebilir ²¹ .
Eleştirel sağlık okuryazarlığı (Critical health literacy)	Kişinin sağlık uygulamalarında kullandığı bilgileri bilişsel düzeyde analiz etme becerisidir. Bireyler sağlıklarıyla ilgili karar verici olabilir ve sağlık profesyonelleriyle iletişimde etkin rol alabilirler ^{20,22} .

Sağlıkla ilgili bilgileri elde etmek, anlamak, değerlendirmek, uygulamak ve sağlık hizmetlerinden olumlu yararlanmak her bireyin hakkıdır¹⁷. SOY'u yükseltmede en önemli kriter, bu konunun temel eğitimin bir parçası olarak görülmesidir. Bireylerin özelliklerine ve kapasitelerine uygun çok yönlü eğitimler planlanmalıdır. Westra ve arkadaşlarına (2014) göre SOY'u geliştirmek için iki önemli yol vardır²³. Birincisi, bireyleri güvenilir bilgi kaynaklarına yönlendirme ve ihtiyaçları doğrultusunda bilgi kaynağı hakkında düşünmeyi sağlamaktır. İkincisi ise, bireylerin seviyelerine uygun bilgi oluşturmak ve bu bilgiyi en iyi şekilde onlara sunmaktır^{1,23}.

3. Sağlık Okuryazarlığının Belirlenmesinde Kullanılan Araçlar

Son yıllarda SOY'a olan ilgi giderek artmaktadır. Bu artan ilgiyle, SOY'u ölçmek için giderek artan bir araç talebi oluşmaktadır. İlk yıllarda, "Gördüğünüz sağlık materyalini anlıyor musunuz?", "Sağlıkla ilgili materyalleri okurken yardım alıyor musunuz?" gibi sorular sorularak ve hastanın açıklamasına göre SOY belirlenmeye çalışılmaktaydı. Günümüzde ise SOY'u ölçmek için, birçok ölçme aracı bulunmakta ve her geçen gün bu sayı artmaktadır. Sağlık çalışanlarının toplumun sağlığını geliştirmede etkin rol alabilmesi için bireylerin SOY düzeyleri hakkında bilgi sahibi olması gerekmektedir. İdeal ölçüm kısa ve hızlı olmalıdır^{3,4,24}. Dünyada ve ülkemizde SOY düzeylerini belirlemek amacıyla geliştirilen bazı araçlar Tablo 3'te yer almaktadır.

Tablo 3. Sağlık Okuryazarlığının Belirlenmesinde Kullanılan Araçlar

Ölçeğin ismi	Geliştiren kişi / yıl	Dili	Amacı	Türkçe versiyonu
TOFHLA Yetişkinlerdeki İşlevsel Sağlık Okuryazarlık Testi (YİSOT) /The Test of Functional Health Literacy in Adults	Paker ve ark. 1995	İngilizce İspanyolca Türkçe	Gerçek materyaller kullanılarak hastanın sağlıkla ilgili okuma becerilerini, sayıları ve ifadeleri anlama becerilerini ölçmektedir. Test süresi 22-25 dakikadır. Sorular toplam 67 maddeden oluşmaktadır ²⁵ .	Üçpunar ve Piyal, tarafından 2014 yılında geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır.
S-TOFHLA Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlık Kısa Testi/The Short of Functional Health Literacy in Adults	Parker ve ark. 1995	İngilizce İspanyolca	TOFHLA uzun süren bir ölçme aracı olduğu için kısa versiyonu olarak geliştirilmiştir. Sayısal beceriler dışında, sadece okuma ve anlama becerilerine içermektedir ²³ .	Yok.
REALM Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Ölçümü/The Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine	Davis ve ark.1991	İngilizce Türkçe	Kişilerin kelime tanıma ve telaffuz becerilerini test etmektedir. Kişilerin yüksek sesle 66 kelimeden oluşan testi okuması istenir ve doğru telaffuz için 1 puan verilir, yanlış telaffuza ise işaret konur ^{26,27} .	Özdemir ve ark. tarafından 2010 yılında geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır.
NVS Yeni Yaşamsal Bulgu Ölçeği/Newest Vital Sing	Weiss ve ark. 2005	İngilizce İspanyolca Türkçe	Altı sorudan oluşur metin okumayı ve anlamayı test etmektedir. Besin etiketi üzerinde kullanılan testin, ilk 4 sorusu hesaplama ve sayısal beceri, son iki soru ise etiketteki uygun bilgi parçasını bulma becerisine yöneliktir. Her doğru cevap için 1 puan verilmektedir ^{27,28} .	Özdemir ve ark. tarafından 2010 yılında geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır.
WRAT-R Geniş Kapsamlı Başarı Testi/Wide Range Achievement Test-Revised	Dewalt ve ark. 2004	İngilizce	Sözcükleri okuma ve telaffuz etme ile ilgilidir, anlamak önemli değildir. 5-75 yaş aralığında kullanılabilir. Puanlama ve değerlendirmede aynı yaş gurupları karşılaştırılır ⁶ .	Yok.
MART Tıp Terminolojisi Okuma Başarı Testi/The Medical Terminology Achievement Test	Hanson – Divers 1997	İngilizce	Sesli okuma testidir. Diğer testlerden farklı olarak, bireylerin kelimeleri neden okuyamadıkları konusunda açıklama yapmaları istenir. (Örneğin; küçük yazı olması, uzak olması vb.) Yani bireyin bahane bulmasına ve açıklama yapmasına olanak verir ⁶ .	Yok.
SILS Tek Maddelik Sağlık Okuryazarlığı Taraması/Single Item Literacy Screen	Morris ve ark. 2006	İngilizce	Bireylerin basılı SOY düzeyini belirlemeye yöneliktir. Tek maddeden oluşur. Soru "Doktorunuz veya eczaneden verilen sağlık talimatlarını, broşürleri veya yazılı materyalleri okumak için hangi sıklıkla yardım alırsınız?" şeklindedir. Test beceriyi değil, ihtiyacı ölçer ¹⁵ .	Yok.
HALS Sağlık Aktiviteleri Okuryazarlık Ölçeği/Health Activities Literacy Scale	Rudd ve ark. 2004	İngilizce	Sağlığın teşviki, korunması, hastalıkların önlenmesi, sağlık hizmeti-idamesi ve sistem yöntemlerini kapsar. Burada düzyazı, sayısal ve metin maddeleri ile ilgili sorular vardır ²⁹ .	Yok.
PHLAT Ebeveyn Sağlık Okuryazarlığı Aktivite Testi Kısa Formu/ Parental Health Literacy Activities Test	Kumar, D. ve ark. 2010	İngilizce İspanyolca Türkçe	Bebeklerin 0-1 yaş dönemde olan ebeveynlerin SOY ve matematiksel becerilerini ölçmek için tasarlanmıştır. Testteki sorular, ilk yıl içinde bebeklerin rutin sağlık muayeneleri sırasında hekimler tarafından ebeveynlere verilen direktifler, anne ve bebek bakımı için rutin sağlık denetim kılavuzu temel alınarak oluşturulmuştur ^{30,31} .	Topuz,A. tarafından 2016 yılında geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır.
HLS-EU Sağlık Okuryazarlığı Tanılama Ölçeği/Instrument for Assessment of Health Literacy	Sorenson ve ark. 2012	İngilizce Türkçe	47 sorudan oluşan ölçek üç sağlık sürecini (hastalıklardan korunma, sağlıkta hizmet sunma, sağlığın daha iyiye götürülmesi) ve dört bilgi işlem sürecini (erişim, değer biçme, uygulama-anlama) içermektedir ^{8,32} .	Çimen ve Bayık Temel tarafından 2015 yılında geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır.

SOYÖ Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği/Health Literacy Index	Sorenson ve ark. 2012 Toçi ve ark. 2013	İngilizce Türkçe	Bu ölçek HLS-EU ölçeğinin sadeleştirilmesi sonucu ortaya çıkmıştır. 25 madde ve 4 alt ölçekten oluşmaktadır. Bilgiye erişimi, anlamayı, değer biçmeyi ve uygulamayı içermektedir. Minimum 25 ve maksimum 125 puan alınabilir ^{4,33} .	Aras ve Bayır Temel tarafından 2017 yılında geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır.
YSOÖ Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği	Sezer ve Kadioğlu, 2012	Türkçe	Yetişkin bireylerin SOY konusundaki yeterliliğini ölçmeye yöneliktir. Sağlık bilgileri ve ilaç kullanımı ile ilgili 22 soru, vücuttaki organların yerini bilme ile ilgili 1 adet şekilden oluşmaktadır. Alınacak puan 1-23 arasında değişmekte ve puan arttıkça SOY düzeyi de artmaktadır ³⁴ .	Türkçedir.
e-HEALS e-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği/The Ehealth Literacy Scale	Norman ve Skinner 2006	İngilizce Türkçe	Sağlık ile ilgili okuryazarlık, genel okuryazarlık, bilgi anlama, bilimsel araştırma, medya- bilgisayar okuryazarlığını belirlenmesine yönelik geliştirmiştir. En düşük 8, en yüksek 40 puan alınmaktadır. Alınan yüksek puan e-SOY'un yüksek düzeyde olduğunu gösterir ^{35,36} .	Coşkun ve Bebiş tarafından 2015 yılında geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır.
ASOY-TR Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe Uyarlaması	Abacıgil, Harlak ve Okyay 2016	Türkçe	15 yaş üstü kişilerin SOY'nı değerlendirmek için geliştirilmiş öz bildirim ölçeğidir. Kavramsal çerçeve, sağlıkla ilgili; tedavi, hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi ve sağlıkla ilgili karar verme ve uygulamalar ile ilgili bilgi edinme süreçlerini içermektedir ³⁷ .	Türkçedir.
TSOY- 32 Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği- 32	Okyay, Abacıgil ve Harlak 2016	Türkçe	ASOY-TR çalışmasında elde edilen deneyimler ışığında, bizim ülkemize uygun olması için kavramsal çerçevenin hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi bölümü birleştirilerek değerlendirilmesine karar verilmiş ve 32 maddelik likert tipi olan TSOT-32 ölçeği geliştirilmiştir ³⁷ .	Türkçedir.
SOY-SEN Sağlık Okuryazarlığı Senaryo Ölçeği	Abacıgil, Harlak ve Okyay 2016	Türkçe	Bu ölçek 4 senaryodan oluşmaktadır. Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşmayı, bilgiyi anlamayı, bilgiyi değerlendirmeyi ve bilgiyi kullanma konularını içermektedir ³⁷ .	Türkçedir.

SONUÇ

Sonuç olarak, hemşire profesyonellerin sağlığın korunması, geliştirilmesi ve sürdürülmesindeki rolleri göz önüne alındığında, bireylerin SOY düzeylerini belirlemeye yönelik çalışmaların yapılması önem kazanmaktadır. Çalışma sonuçları doğrultusunda bireylerin SOY düzeyine göre planlamaların yapılması ve politikaların üretilmesinin bireylerin kendi sağlıklarının sorumluluklarını alması açısından faydalı olacağı düşünülmektedir. Bundan dolayı bireylerin SOY düzeyleri geçerli ve güvenilir ölçme araçlarıyla belirlenmelidir. Ölçme araçları seçilirken bireylerin kültürel ve sosyal boyutları esas alınmalı, uygun ölçme aracı yoksa yeni araçlar geliştirilmelidir. Tüm bireylerin SOY düzeylerini en iyi duruma getirmek için toplumun her kesimini ilgilendiren projeler oluşturulması, ülkemizin kültürel yapısına uygun ölçüm araçların artırılması, bu konuda ülkemizde sınırlı olan çalışmaların artırılması konusunda güncel araştırmalar yapılması önemlidir. Kültürümüze uygun ölçekler geliştirilerek SOY'un hassas bir şekilde değerlendirilmesi, sağlık alanında eşitliği ve daha kaliteli bir yaşamı sağlayacaktır.

KAYNAKLAR

1. Bilir N. Sağlık okuryazarlığı. Türk J Public Health. 2014; 12(1): 61-68.
2. Duong TV, Aringazina A, Baisunova G, Nurjanah Pham TV, Pham K M, Chang PW. Measuring health literacy in Asia: Validation of the HLS-EU-Q47 survey tool in six Asian countries. Journal of Epidemiology. 2017; 27(2): 80-86.
3. Sorensen K, Van den Broucke S, Pelikan JM, Fullam J, Doyle G, Slonska Z et al. Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). BMC Public Health. 2013; 13: 948.
4. Çopurlar CK, Kartal M. Sağlık okuryazarlığı nedir? Nasıl değerlendirilir? Neden önemli?. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care. 2016; 10(1).
5. Simonds SK. Health education as social policy. Health Education and Behavior. 1974; 2(1): 1-10.
6. Sezgin D. Sağlık okuryazarlığını anlamak. Galatasaray Üniversitesi İletişim Dergisi. 2013; Özel Sayı (3): 73-91.
7. World Health Organization. Health literacy. The solid facts. [Erişim tarihi: 23 Şubat 2018]. Erişim Adresi: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf.

8. Sorensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, Brand H. (HLS-EU) Consortium health literacy project european. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health. 2012; 12(1): 80.
9. Richtering SS, Hyun Karice, Neubeck L, Coorey G, Chalmers J, Usherwood Tim, Peiris David, Chow CK, Redfern J. eHealth literacy: predictors in a population with moderate-to-high cardiovascular risk. JMIR Hum Factors. 2017; 4(1): 1-9.
10. Monkman H, Kushniruk AW, Barnett J, Borycki EM, Greiner LE, Sheets D. Are health literacy and ehealth literacy the same or different? Stud Health Technol Inform. 2017; 245: 178-182.
11. Şengül H, Çınar F, Çapar H, Bulut A, Çakmak C. Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencilerin e-sağlık okuryazarlığı düzeyleri ve internet kullanımına yönelik tutumları: bir vakıf üniversitesi örneği. Journal of Social And Humanities Sciences Research. (JSHSR) 2017; 4(5): 1277-1287.
12. Beauchamp A, Buchbinder R, Dodson S, Batterham RW, Elsworth GR, McPhee C, et al. Distribution of health literacy strengths and weaknesses across socio-demographic groups: a cross-sectional survey using the health literacy questionnaire (HLQ). BMC Public Health. 2015; 15:67.
13. Tanrıöver MD, Yıldırım HH, Ready FND, Çakır B, Akalın HE. Türkiye sağlık okuryazarlığı araştırması. Ankara: Sağlık-Sen Yayınları; 2014.
14. Parker RM, Ratzan SC, Lurie N. Health literacy: A policy challenge for advancing high quality health care. Health Aff. 2003; 22(4): 147-153.
15. Aslantekin F, Yumrutaş M. Sağlık okuryazarlığı ve ölçümü. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2014; 13(4).
16. Akalın HE. Sağlık okuryazarlığı nedir? Neden önemlidir? [Erişim tarihi:23 Şubat 2018]. Erişim adresi: <http://www.saglikpolitikolari.org/images/dosyalar/saglik-okuryazarligi-neden-onemli-erdal-akalin.pdf>,
17. Kobayashi LC, Wardle J, von Wagner C. Limited health literacy is a barrier to colorectal cancer screening in England: Evidence from the English longitudinal study of ageing. Prev Med. 2014; 61: 100-105.
18. Lee SYD, Tsai TI, Tsai YW. Accuracy in self-reported health literacy screening: a difference between men and women in Taiwan. BMJ Open. 2013; 3:e002928.
19. Ishikawa H, Kiuchi T. Health literacy and health communication. BioPsychoSocial Medicine. 2010; 4: 18
20. Marques SRL, Lemos SMA. Health literacy assessment instruments: literature review. Audiology-Communication Research. 2017; 22: e1757.
21. Osborne H. Health literacy, From A to Z. 2th Edition. Burlington. Jones and Bartlett; 2013.
22. İlğaz A, Gözüm S. Tamamlayıcı sağlık yaklaşımlarının güvenilir kullanımı için sağlık okuryazarlığının önemi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 2016; 9(2).
23. Westra BL, Weinfurter EF, Delaney CW. Integrative nursing and health literacy (pp.446-455). Well Integrative Library: Oxford Universtiy Press; 2014.
24. Health literacy program. [Erişim tarihi: 23 Şubat 2018]. Erişim adresi: <http://www.amaassn.org/ama/pub/about-ama/ama-foundation/ourprograms/public-health/health-literacyprogram.page.pdf>,
25. Üçpunar E, Piyal B. Yetişkinlerde işlevsel sağlık okuryazarlığı uyarlama çalışması [Yüksek lisans tezi]. Ankara: Ankara Üniversitesi Sağlık; 2014.
26. Davis TC, Crouch M, Long SW, Jackson RH, Bates P, George RB, et al. Rapid assessment of literacy levels of adult primary care patients. Family Medicine. 1991; 23(6): 433-435.
27. Özdemir H, Alper Z, Uncu Y, Bilgel N. Yetişkinler arasındaki sağlık okuryazarlığı: Türkiye'den bir araştırma. Sağlık Eğitimi Araştırması. 2010; 25 (3): 464-477.
28. Weiss B, Mays MZ, Martz W, Castro KM, DeWalt DA, Pignone MP, et al. Quick assessment of literacy in primary care: the newest vital sign. Annual Family Medicine. 2005; 3: 514-522.
29. Baker DW. The meaning and the measure of health literacy. Journal of General Internal Medicine. 2006; 21(8): 878-883.
30. Kumar D, Sanders LM, Perrin EM, Lokker N, Patterson B, Gunn V. Parental understanding of infant health information: Health literacy, numeracy, and the Parental Health Literacy Activities Test (PHLAT). Acad Pediatr. 2010; 10: 309-316.
31. Topuz A. Sağlık okur-yazarlığı ölçeğinin geçerlik güvenilirlik çalışmasının yapılması ve ebeveynlerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin ilaç uygulama hatalarına etkisinin belirlenmesi [Yüksek lisans Tezi]. İzmir: Şifa Üniversitesi; 2016.
32. Çimen Z, Bayık Temel A. Kronik hastalığı olan yaşlı bireylerde sağlık okuryazarlığı ve sağlık algısı ilişkisi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2015; 33(3): 105-125.
33. Zühal A, Temel AB. Sağlık okuryazarlığı ölçeğinin türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliğinin değerlendirilmesi. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi. 2017; 25(2): 85-94.
34. Sezer A, Kadioğlu H. Yetişkin sağlık okuryazarlığı ölçeğinin geliştirilmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2014; 17(3).
35. Norman CD, Skinner HA. eHEALS: the eHealth literacy scale. J Med Internet Res 2006; 8(4).
36. Coşkun S, Bebiş H. Psychometric evaluation of a Turkish version of the e-health literacy scale (e-heals) in adolescent. Gulhane Medical Journal. 2015; 57(4).
37. Abacıgil F, Harlak H. Okyay P. Avrupa sağlık okuryazarlığı ölçeği türkçe uyarlaması. Okyay, P. ve Abacıgil, F. (Ed.) Türkiye sağlık okuryazarlığı ölçekleri güvenilirlik ve geçerlilik çalışması içinde (s. 21-41). Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 1025; 2016.

Kültürogram Kullanılarak Bir Ailenin Kültüre Duyarlı Hemşirelik Girişimlerinin Planlanması: Olgu Sunumu

Planning of Culturally Sensitive Nursing Interventions of a Family Using Culturagram: Case Report

(Olgu Sunumu)

Ayşe MEYDANLIOĞLU*

ÖZ

Ülkemizde farklı kültürlere sahip bireylerin artması, hemşirelerin kültüre özgü yeterli bakım verme gerekliliğini ortaya çıkarmıştır. Ancak hemşirelerin tüm farklı kültürel grupların kültürel dinamiklerini bilmeleri çok zordur. Bu nedenle, hemşirelerin kültürel değerlendirme yaparken genel bir yaklaşım kullanmaları daha pratik ve yararlıdır. Bu olguda hemşirelere, birey ve aileyi kültürel yönden değerlendirme imkânı sağlayan görsel bir araç olan "Kültürogram"ı tanıtmak amaçlanmıştır. Olguda 2010 yılından beri Türkiye'de bulunan, Antalya'da yaşayan ve Kırgız olan bir kadının ve ailesinin verileri kültürogram kullanılarak toplanmıştır. Sonuçta kadının Türk vatandaşı olma konusunda girişimde bulunduğu, dil sorunu olmadığı, ancak kültürel uygulama olarak aşırı doymuş yağ tüketimi ve geleneksel yöntemlerle hastalıkları tedavi etme gibi bazı sağlık risklerinin olduğu ve çocuklarının yabancı dil öğrenimi konusunda endişelerinin bulunduğu belirlenmiştir, bazı örnek hemşirelik girişimleri verilmiştir. Sonuç olarak kültürogramın ailelerle profesyonel çalışmalarda öğrenciler ve hemşireler tarafından kullanılmasının, ailelerin kültürel farklılıklarının anlaşılmasının yanı sıra, aileye özgü hemşirelik bakımının sağlanması yoluyla ailelerin güçlendirilmesinde etkili olacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hemşire, kültür, kültürogram

ABSTRACT

The increase of multicultural individuals in our country has led to the necessity of nurses to provide adequate care specific to the culture. But it is very difficult for nurses to know the cultural dynamics of all the different cultural groups. For this reason it is more practical and useful for nurses to use a general approach in cultural evaluation. In this case, it was aimed to introduce the "Culturagram" which is a visual tool that enables nurses to evaluate the individual and the family from the cultural point of view. In this case, data of a woman who is Kyrgyz and lives in Turkey since 2010 and her family were taken using culturagram. As a result, it was determined that the woman attempted to be a Turkish citizen, did not have language problems, but had some health risks such as over-saturated fat consumption and treatment of diseases by traditional methods as cultural practice, and her children had concerns about foreign language learning, some sample nursing interventions were given. In conclusion, it is thought that the use of culturagram by students and nurses when working with family will be effective in understanding the cultural differences of the families as well as in strengthening of the families by providing family-specific nursing care.

Key Words: Culturagram, culture, nurse

* Akdeniz Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Antalya, Türkiye, E-Posta: ayseuslu@akdeniz.edu.tr, Tel: 0242 3106902, ORCID:

<https://orcid.org/0000-0002-9799-937X>

Geliş Tarihi: 5 Haziran 2018 Kabul Tarihi: 08 Kasım 2018

Atıf/Citation: Meydanlioğlu A. Kültürogram Kullanılarak Bir Ailenin Kültüre Duyarlı Hemşirelik Girişimlerinin Planlanması: Olgu Sunumu. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2019; 6(2):132-140. DOI: 10.31125/humhemsire.598673

GİRİŞ

Dünyada küreselleşmenin siyasi, ekonomik, sosyal etkileriyle beraber, göç, sığınmacılık, doğal afetler, işsizlik ve daha iyi yaşam fırsatları yakalama gibi nedenlerle hızlı bir coğrafi hareketlilik söz konusudur¹. Günümüzde, doğduğu ülkenin dışında yaşayan insanların sayısı, tarihin herhangi bir döneminde olduğundan daha fazladır. Hatta bugün uluslararası göçmenler aynı yerde yaşıyor olsalardı, dünyanın en kalabalık beşinci ülkesini oluştururlardı².

Göçler, beraberinde giderek artan sayıda farklı kültür ve kültürel alt grupların oluşmasına yol açmaktadır². Toplumda farklı kültüre sahip bireylerin artması da, tüm sağlık çalışanlarının kültüre özgü yeterli bakım verme gerekliliğini gündeme getirmiştir³. Çünkü ırk, etnik, dini veya sosyal grupların düşünce, iletişim, eylem, gelenek, inanç, değer ve kurumları olarak tanımlanan kültür, bireylerin hastalığı ve sağlığı algılamalarını, tutum ve davranışlarını etkiler⁴. Bu nedenle hemşirelerden de bireylerin ve ailelerin kültürel gereksinimlerini fark etmesi ve bakımında kültürel farklılıkları göz önünde bulundurmaları beklenir⁵. Kültürel olarak farklı gruplara bakım verebilen bir hemşire, bireyin sahip olduğu kültürün bu bakıma nasıl yansıdığını görerek, bu etkiyi olumlu ve olumsuz açıdan değerlendirip, bakımına hastanın kültürel değerlerini ve uygulamalarını entegre edebilir³, böylece hemşirelik bakımının kalitesini de artırabilir⁶.

Özellikle son yıllarda farklı kültüre sahip hemşireler, kültürel açıdan çeşitlilik gösteren bir toplumda bireylere bakmak ve neler hissettiklerini bilmek durumunda kalmışlardır^{3,5}. Ancak bu durum, hastalara bireyselleştirilmiş ve bütüncül bakım verme konusunda hemşirelerin birtakım güçlükler yaşamasına neden olmuştur⁵. Bu güçlüklerin bazıları göçmenlerin statüsüyle, bazıları ise sağlık çalışanları ile göçmenler arasındaki kültürel farklılıklarla ilgilidir⁷. Ülkemizde de hemşirelerin önemli oranlarda farklı kültürden gelen hastalara bakım verdikleri ve birçoğunun bu hastalara bakım verirken iletişim zorluğu yaşadıkları bildirilmiştir^{8,9}. Bu zorlukların başında dil bilmeme, hastanın eğitim durumu, sağlığa ilişkin algısı, dini inançları ve maneviyatı ile ilgili sorunların yer aldığı belirtilmektedir⁹. Aynı zamanda ülkemizdeki hemşirelerin^{10,11} ve hemşirelik öğrencilerinin^{12,13} kültürel duyarlılıklarının da orta düzeyde olduğu bilinmektedir.

Hemşireler, uygulamalarında holistik bakım verebilmek için, hastaların kültürel farklılıklarını göz önünde bulundurmalıdır. Bakım planı, bireysel ve kültürel ihtiyaçlara temellendiğinde bütüncül olur, hastanın kültürel değer ve inançlarını da içereceği için, hastaların hemşirelere güveni artar ve hastalar bakım planına bağlı kalırlar. Bu durum hasta sonuçlarını da olumlu etkiler. Bu nedenle, hemşirelerin bireyin veya ailenin kültürel gereksinimlerine yönelik veri toplaması önemlidir¹⁴. Ancak hemşirelerin farklı kültürel grupların kültürel dinamiklerine aşina olmaları zorlayıcı bir görevdir ve hemşirelerin birçok kültürü öğrenmeleri neredeyse imkansızdır¹⁵. Aynı zamanda, benzer kültürel geçmişi olan bütün bireylere ya da kültürlerin hepsine uyan tek bir doğru yaklaşım bulunmamaktadır¹⁶. Bunun yerine, hemşirelerin kültürel değerlendirme yaparken genel bir yaklaşım kullanmaları daha pratik ve yararlıdır. Kültürel değerlendirmeden elde edilen veriler, hastanın ve hemşiresinin karşılıklı olarak kabul edilebilecekleri, kültürel açıdan duyarlı bir bakım planı oluşturmalarına yardımcı olur¹⁵. Türkiye’de birey ve ailelerin kültürel verilerini toplamak için kullanılan bazı modeller ve rehber bulunmaktadır¹⁷. Ancak, hemşirelerin ve hemşirelik öğrencilerinin ailenin kültürel özelliklerini bir bütün olarak görebilecekleri bir şablonun kullanılması, kültürel sorunların tartışılmasını ve çözüm üretilmesini kolaylaştırabilir. Kültürogram, hemşirelerin farklı kültürlerden gelen ailelerle daha etkili çalışmasını ve ailenin kültürüne ya da etnik kökenine göre bireyselleştirilmiş bakım vermesini kolaylaştıracak bir aile değerlendirme aracıdır¹⁴. Bu nedenle bu çalışmada, hemşirelere birey ve ailelere yönelik uygulamalarında kültüre duyarlı bir anlayış geliştirmeleri için kullanabilecekleri, farklı bir kültürel değerlendirme aracı olan “kültürogram”ı tanıtmak amaçlanmıştır.

Kültürogram ve Yararları

Kültürogram, 1994 yılında, Congress tarafından, sosyal hizmet çalışanlarının, hastaların ve ailelerinin kültürel farklılıklarını anlamalarına yardımcı olması amacıyla geliştirilmiştir. Kültürogram, farklı kültürel geçmişi olan ailelerle çalışan kişilerin deneyimi sonucu ortaya çıkmış bir araçtır. Çizilme şekli ailenin sosyal değerlendirme araçlarından biri olan “ekoharita” ve “genogram”a benzer. Ancak ekoharita ailenin dış çevre ile ilişkisini; genogram ise aile içi ilişkileri gösterir, fakat her ikisi de aileleri anlamada kültürün rolü üzerinde durmaz^{14,19}. Kültürogram ise, kültürü 10 farklı perspektifte ele alır ve bir ailenin kültürogramının çizilme sonucu;

- ailenin sosyokültürel yapısı daha iyi anlaşılır,
- kültürün aile üzerindeki etkisi değerlendirilebilir,
- kültürel benzer aileler özel olarak ele alınabilir,
- kültürel farklılıklara empatik yaklaşılabilir ve
- hastaların ve ailelerin kültürel farklılıkları desteklenebilir^{14,18}.

Bir ailenin kültürogramının çizilmesi, ailenin sosyokültürel yapısının daha iyi anlaşılmasını ve aile için uygun müdahaleler tanımlanabilmesini kolaylaştırır. Hemşireler, ailenin kültürogramını çizerek, aileye tehdit edici veya yargılayıcı davranmadan ele alabilir, ailenin gereksinimlerini daha iyi anlayabilir ve birey, aile ve toplum düzeyinde uygun müdahaleler planlayabilirler. Aynı zamanda hemşireler, kültürogramın kullanılması sayesinde, kültürel geçmişlerinin önemsenmesi ve övülmesi yoluyla, ailelerin kültürel olarak güçlendirilmesine de yardım edebilirler¹⁸.

Kültürogramın Değerlendirme Alanları

Kültürogramın 1994 yılında geliştirilmiş ve 2000 yılında revize edilmiş alanları şu şekildedir (Şekil 1):

1. Yer değişikliği nedeni
2. Hukuki durum
3. Toplumda geçirilen süre
4. Evde ve toplumda konuşulan dil
5. Sağlık inançları
6. Kriz durumları
7. Tatiller ve özel etkinlikler
8. Kültürel ve dini kurumlarla bağlantı
9. Eğitim ve çalışma hakkındaki değerler
10. Aile yapısı, güç, mitler ve kurallar hakkındaki değerler^{14,18-21}.



Şekil 1. Kültürogram^{14,18-21}

Yer değişikliği nedeni: Ailelerin yer değişikliği nedenleri çok farklı olabilir, bazıları tekrar evlerine dönebilir, bazıları dönmezler. Göçmenler memleketlerinde yetersiz sağlık hizmeti almalarına bağlı olarak sağlık problemlerine sahip olabilirler^{14,18-21} ya da göç ettikleri ülkelerde uygun olmayan barınma ve beslenme koşulları, temel yaşam gereksinimlerinin karşılanamaması ve sağlık hizmetlerine erişimlerinin yeterli olmaması gibi nedenlerle bulaşıcı hastalıklar, kronik hastalıklar veya çeşitli ruhsal sorunlarla karşı karşıya kalabilirler²². Göçmen aileler yer değişikliğinden sonra, belirgin düzeyde anksiyete ve depresyon semptomları gösterebilir ve eğer geri dönmeyecekleri bir yerden ayrılmışlarsa derin kayıp duyguları yaşayabilirler. Bu nedenlerle, sağlık çalışanları yer değişikliğinin nedenlerini araştırmaları, hastanın ve ailesinin fiziksel ve psikolojik semptomlarını anlamada onlara yardımcı olacaktır^{14,18-21}.

Yasal durum: Bir ailenin yasal durumu hastayı ve bir bütün olarak ailesini etkileyebilir. Eğer aile kaçaksa ve sınır dışı edilmekten korkuyorsa, aile üyeleri gizli kalmayı tercih edebilir ve sosyal izolasyon yaşayabilirler^{14,18-21}. Göçmenlerin yasal statüsü olmadan "kaçak" olarak çalışmaları en önemli sorunları olup, diğer sorunların buna bağlı olarak ortaya çıktığı, herhangi bir iş kazası veya hastalık durumunda hastaneye gitmekten çekindikleri belirtilmektedir²³. Kayıt dışı olan hastaların tedaviye ulaşmada zorluk

yaşamaları, bir hak ihlali olarak ele alınmakta ve hem göçmenlerin hem de yaşadıkları toplumun sağlığını tehdit etmektedir. Bu nedenle, göçmenlerle çalışanların yapmaları gereken en önemli ilk adım onların yasal statüsünü değerlendirerek güven ortamını sağlamak olmalıdır^{14,18-21}.

Toplumda kalma süresi: Göç, yer değişikliği eylemiyle göç edilen yere uyum ile tamamlanan bir süreci ifade etmekte olup, yerleşilen yere uyum gerçekleşmediği takdirde göç eylemi tamamlanmamış kabul edilir. Bu bakımdan, bireylerin toplumda kalma süresi, başka bir kültüre uyum sağlamaları açısından önemlidir²⁴. Toplumda kalma süresi hasta ve ailesi için farklı olabilir. Genellikle daha önce ayrılan aile üyeleri, diğer aile bireylerine göre kültürel olarak daha fazla yabancılaşmış olur. Ayrıca yer değişikliği olduğu zaman aile bireylerinin farklı yaşlarda olması uyum sürecini etkiler. Çocukların ebeveynlerine göre kültürü özümsemesi daha kolay olabilir ve ailelerinin okul, sağlık çalışanları ve sosyal hizmet kurumları ile bağlantı kurmasında çocuklar tercüman olarak rol alabilirler^{14,18-21}.

Dil: Aileler evde kendi yerel dillerini kullanabilirler, fakat yaşadığı toplumun dilini kullanmaya başlayabilirler. Dil, ailelerin başkalarıyla iletişim mekanizmasını oluşturur^{14,18-21}. Göçmenler yerleştikleri ülkenin sözlü ve yazılı dilini anladıkları takdirde, karşılaştıkları sosyal ve ekonomik sorunlarla daha kolay baş edebilirler. Fakat burada ele alınması gereken, dil ve okuma-yazma becerilerinden daha fazlasıdır. Toplumsal eşitlik için, bu dil ve okuma-yazma becerilerinin gerekli olacağı farklı sosyal uygulamalar vardır. Örneğin; göçmenlerin yaşamak için bir yer bulmak, çalışmak, sağlık hizmetlerine ve diğer sosyal hizmetlere erişmek, çocuklarının eğitim sistemi hakkında bilgi edinmek ve onları yerel bir okula kayıt ettirmek, onların ilerlemesi hakkında çocuklarının öğretmeniyle konuşmak gibi gereksinimleri vardır. Bu ihtiyaçları ancak başarılı bir entegrasyon sonucu karşılanabilir. Bu nedenle, göçmenlerin ev sahibi toplumla duygusal ve aynı zamanda işlevsel bir düzeyde bir bağ kurmasında dil önemlidir²⁵. Bazen çocukların yeni dili kullanmayı tercih etmesi, ailelerde çatışmalara ve iletişim sorunlarına neden olabilir. Aynı zamanda çocukların sağlık bakım alanlarında tercüman olarak kullanılması, özel sağlık bakım sorunlarına maruz kalmalarına ve rollerin tersine dönmeye bağlı istenmeyen sonuçlara neden olabilir. Başka bir sorun da, sağlık çalışanlarının hastaya verdiği bilginin anlaşılup anlaşılmadığının belirsiz olduğu durumlarda, hastanın bilgilendirilmiş onam verdiğinden nasıl emin olunacağı konusudur. Bu durum, kültürel açıdan farklı hastaların bakımını kolaylaştırmak için iki dilli ve iki kültürlü sağlık bakım çalışanının hizmet vermesi gereksinimini doğurmaktadır^{14,18-21}.

Sağlık inançları: Sağlık biyolojik, sosyal ve çevresel faktörler kadar, toplumdaki kültürel uygulamalar tarafından da belirlenir ve kültür bireylerin sağlık algısını etkiler²⁶. İnsanların inançları, duyguları, düşünceleri, alışkanlıkları, tutum ve davranışlarının gelişiminde çevrelerinin önemli bir etkisi olur²⁷. Farklı kültürden gelen ailelerin yaşam beklentileri, sağlık, hastalık, tedavi ve ölüm hakkında farklı inanışları vardır. Genellikle sağlık sorunları farklı kültüre sahip aileler üzerinde farklı etkiler yapar. Farklı kültürden gelen aileler, özellikle tıbbi tedavi almada engellerle karşılaşan kayıtsız olanlar, fiziksel ve ruhsal sorunlarının tanı ve tedavisi için alternatif kaynakları tercih edebilirler. Bu durum özellikle koruyucu hizmetler için önemli bir sorun oluşturur. Sağlık bakım çalışanlarının, hastanın ve ailenin sağlık inançlarını araştırma sorumluluğu vardır. Hastanın sağlık inançları, sağlık bakım kurumunun çalışmasına aykırı olduğunda bu önemli bir etik ikileme neden olabilir^{14,18-21}.

Travma ve kriz durumunun etkisi: Yer değişikliği nedeniyle doğduğu yerlerden ayrılan aileler, hem yerleştikleri yeni ortama alışmaya ve tutunmaya çalışırken, hem de yaşam gereksinimlerini karşılama ve yok olmama çabasına girerler. Tüm bu sorunlar farklı kültürden gelen bireylerin duygusal ve ruhsal dengesini bozarak, aşırı stres ve psikolojik travma yaşamalarına neden olabilir²⁷. Ayrıca bu aileler, çeşitli gelişimsel veya beklenmedik kriz durumlarıyla da karşılaşabilirler ve ailelerin kriz durumuna tepkisi genellikle kültürel değerleri ile ilişkili olur. Örneğin; çocuklarının adölesan olması, kültürel farklı aileler için özel bir stres kaynağı olabilir ya da bir babanın kaza geçirmesi ve çalışma yeteneğini kaybetmesi, özellikle babanın ailede önemli bir değer olduğu göçmen aileler için travmatik olabilir. Tecavüz, her aile için kesinlikle travmatik olsa da, evlilik öncesi bekarate değer veren bir göçmen aile için, bir genç kızın tecavüze uğraması daha da travmatik olabilir. Ayrıca, yaşlı bir aile üyesinin ciddi bir hastalığının veya ölümünün de, yaşlı aile üyesinin en büyük destek ve karar mekanizması olduğu kültürel farklı aile üzerinde etkisi büyük olabilir^{14,18-21}.

Tatiller ve özel etkinlikler: Her ailenin özel tatil günleri ve etkinlikleri vardır. Bunlardan bazıları bir gelişim aşamasından diğerine geçişi işaret eder. Örneğin, doğum, sünnet, düğün veya cenaze gibi. Hasta ve ailesi için önemli olan tatillerin kültürel anlamının öğrenilmesi, ailelerin yaşam döngüsünde geçiş noktaları olarak nelere değer verdiğini gösterir. Önemli bir aile kutlamasına katılamayacak kadar hasta olan bireyler için bu tür kutlamalar özellikle travmatik olabilir^{14,18-21}.

Kültürel ve dini kurumlarla bağlantı: Din, insanın yaşadığı sosyal hayatta rolünü anlaması konusunda başvurduğu önemli kaynaklardan biridir, çünkü bütün dinlerin inanç, uygulama ve sosyal boyutu vardır ve bu nedenle mensubu olan toplumlarda ortak bir kültür ve sosyal yapı oluşur²⁸. Farklı kültüre sahip aileler dine ve dini-kültürel kurumlarla bağlantıya daha fazla önem verebilirler, ancak aile üyeleri kültürel

kurumlardan farklı şekillerde yararlanabilir. Hastanın ve ailesinin dini inançları hakkında bilgi sahibi olmak, özellikle ağır bir hastalıkla mücadele eden hastalara bakım veren hemşireler için oldukça önemlidir^{14,18-21}.

Eğitim ve çalışma hakkındaki değerler: Her kültür, mevcut eğitim sistemi aracılığı ile toplumun sahip olduğu bilgi, gelenek, görenek, ahlak ve dil kurallarına ilişkin birikimini genç kuşaklara aktarır²⁹. Bu nedenle farklı kültürden gelen ailelerin eğitim ve çalışma hakkında farklı inançları vardır ve kültürün bu değerler üzerinde önemli bir etkisi vardır. Sağlık bakım alanlarında çalışanların hastaları ve aileleri anlamaları için, kültürün bu değerler üzerine etkisi hakkında bilgi sahibi olmaları gerekir. Örneğin kültürel farklı olan ailelerde babanın iş bulamaması ya da sıradan bir işte çalışması aile için travmatik olabilir. Ayrıca, ekonomik zorluk dönemlerinde çocuklardan aileyi desteklemek için çalışmaları beklenebilir^{14,18-21}.

Aile yapısı, güç, mitler ve kurallar hakkındaki değerler: Her ailenin kendisine özgü bir yapısı vardır; güç ilişkileri, mitler ve kurallar hakkında kendi inançları vardır. Bunların bazıları ailenin kültürel geçmişine özgün olabilir. Sağlık çalışanlarının hem bu aile özelliklerini tanımlaması, hem de ailenin kültürel geçmişi kapsamında bunları anlaması gerekir. Aile üyelerinin kadın-erkek ilişkileri hakkında, özellikle evlendikten sonra inançları değişebilir. Bu değişim aile içi şiddeti artırabilir. Özellikle aile içi şiddete maruz kalan farklı kültüre sahip kadınlarla çalışan sağlık çalışanlarının, bu duruma katkıda bulunan kültürel sorunlara daha duyarlı olmaları ve bu ailelerle çalışırken kültüre duyarlı bakım sağlamaları gerekir. Ayrıca çocuk yetiştirme uygulamaları, özellikle disiplin uygulamaları farklı kültüre sahip olan ailelerde değişiklik gösterebilir. Bazı durumlarda sağlık çalışanlarının farklı kültüre sahip olan ailelere yardım etmek için, çocuk esirgeme hizmetlerine başvurmaları gerekebilir veya görüşmek zorunda kalabilirler^{14,18-21}.

Olgu Sunumu

Sosyo-demografik özellikler

Antalya'da yaşayan ve Kırgız olan S.G.S. 31 yaşında, lise mezunu, 4 yıllık evli, 2 çocuk annesi ve ev hanımıdır. Eşi N.S. 41 yaşında, Türk, ortaokul mezunu ve çalışan bir erkektir. Çocuklarından S.S. 3 yaşında olup kreşe gitmekte, 9 aylık S.S. ise annesi ile evde kalmaktadır.

Kültürogram kullanılarak alınan veriler

Yer değişikliği nedeni: *S.G.S. çalışmak amacıyla Türkiye'ye göç etmiştir.*

Hukuki durum: *Türkiye'ye çalışma izni ile gelen S.G.S.'nin 4 yıldır Türk vatandaşı ile evli olmasından dolayı ikamet izni vardır ve yakın zamanda Türk Vatandaşı olmak için başvuru yapmışlardır.*

Toplumda geçirilen süre: *S.G.S. 2010 yılından beri Türkiye'de yaşamaktadır.*

Evde ve toplumda konuşulan dil: S.G.S.'nin geldiği toplumda Kırgız Dili ve Rusça konuşulmakta olup, ülkemize geldikten sonra Türkçe öğrenmiştir. Evde herkes Türkçe konuşmaktadır. Ancak S.G.S. çocuklarının kendi ana dilini de öğrenmelerini istediğini ve bunun hangi yaşta uygun olacağı konusunda bilgisinin olmadığını belirtti.

Sağlık inançları: *Kültürüne göre çok ciddi bir hastalık olmadan sağlık kuruluşuna gidilmez ve hastalık durumunda da daha çok geleneksel uygulamalar (özellikle papatya çayı olmak üzere bitki çayı içme, kuyruk yağı içme veya ağrıyan yere uygulama, grip için böğürtlen reçeli yeme gibi) yapılmıştır. Koyun etinin/yağının sağlıklı olduğu ve hastalıklara iyi geldiği düşünüldüğü için, sağlıklı iken ya da hastalık durumunda bolca tüketilmiştir. Ayrıca annenin sütü artsın diye de et suyu içiriliyormuş. Kendisi de hastalık durumunda bu uygulamaları yapıyormuş. S.G.S. ve çocukları eşinin sosyal güvencesinden yararlanarak sağlık hizmetlerinden kullanmaktadır.*

Kriz durumları: *Toplumlarında en büyük krizlerden biri yakın birinin ölümüymüş. Ancak ölüm durumunda ya da ekonomik krizlerde akrabalar zorda olana para, yiyecek gibi yardımlarda bulunuyorlarmış.*

Tatiller ve özel etkinlikler: *Toplumlarında Nooruz (Yeni yıl kutlaması) ve 31 Ağustos Bağımsızlık Günü en önemli özel günleri olup, bugünlerde çeşitli yemekler, oyunlar ve şarkılar eşliğinde kutlamalar yapılmıştır. Aynı zamanda çoğunluğu Müslüman olan ülkede, kurban ve ramazan bayramları dini bayramlar olarak kutlanılmış. Ölüm, doğum, bebeklik ya da lohusalık dönemlerine ilişkin de geleneksel uygulamaları varmış. Yeni doğan bebekler veya ölenler için veya bir yaş kutlaması, sünnet ve düğün gibi etkinliklerde kurban kesilir, genelde toplumda kırmızı et çok sevilirmiş. Halan devam eden bir gelenek olarak ise genç kızlar kaçırılıp kaçırılan kişiyle evlenmeye zorlanılmış. Cuma günleri dini açıdan önemli olduğu için, bugün iş yapılmaz, yolculuğa çıkılmaz, dua okunur ve pişi yapılmış.*

Kültürel ve dini kurumlarla bağlantı: *Kendisi Müslüman olduğu için dini kurumlardan burada yararlanabildiğini, ancak gidemediğini, ayrıca Kırgızlar grubu olduğunu ve onlarla iletişime geçtiğini belirtmiştir. Eşi cuma günleri camiye gidiyormuş.*

Eğitim ve çalışma hakkındaki değerler: *Kırgızistan'da 9.sınıfa kadar temel eğitimin zorunlu olduğunu ve eğitime önem verildiğini belirtti. Eğitimde kız-erkek çocuk ayrımı yokmuş ve kadınların çalışması desteklenirmiş. Hatta S.G.S. erkeklerin tembel olduğunu, çalışma konusunda kadından sorumluluk beklendiğini, kadın çalışmaya giderken erkeğin evde çocuk baktığını söyledi. Ama kendisi şu an çalışmıyor.*

Aile yapısı, güç, mitler ve kurallar hakkındaki değerler: Ailede çocuklar ve yaşlılar önemli olup, yaşlıya saygıda kusur olmamış. Hatta evin en küçük erkeği evlenince evde kalır, gelin kaynana aynı evde oturmuş, ancak gelin-kaynana tartışması olmuştur. Erkek çocuk daha çok sevilmiş, kendisi 5 kız kardeşin en küçüğüymiş ve babası o da kız olunca evi terk etmiş. Erkekler çalışmayı fazla sevmez, alkol tüketir ve eşine şiddet uygulamış. Toplumda batıl inançlar da yaygın olarak bulunmaktadır; doğumdan sonra anne ve bebek 40 gün evden çıkmaz, gece giysileri dışarı asılmaz, 40 çıkarma yapılır, gece çöp atılmaz, para verilmez, ele bıçak verilmez gibi...

TARTIŞMA

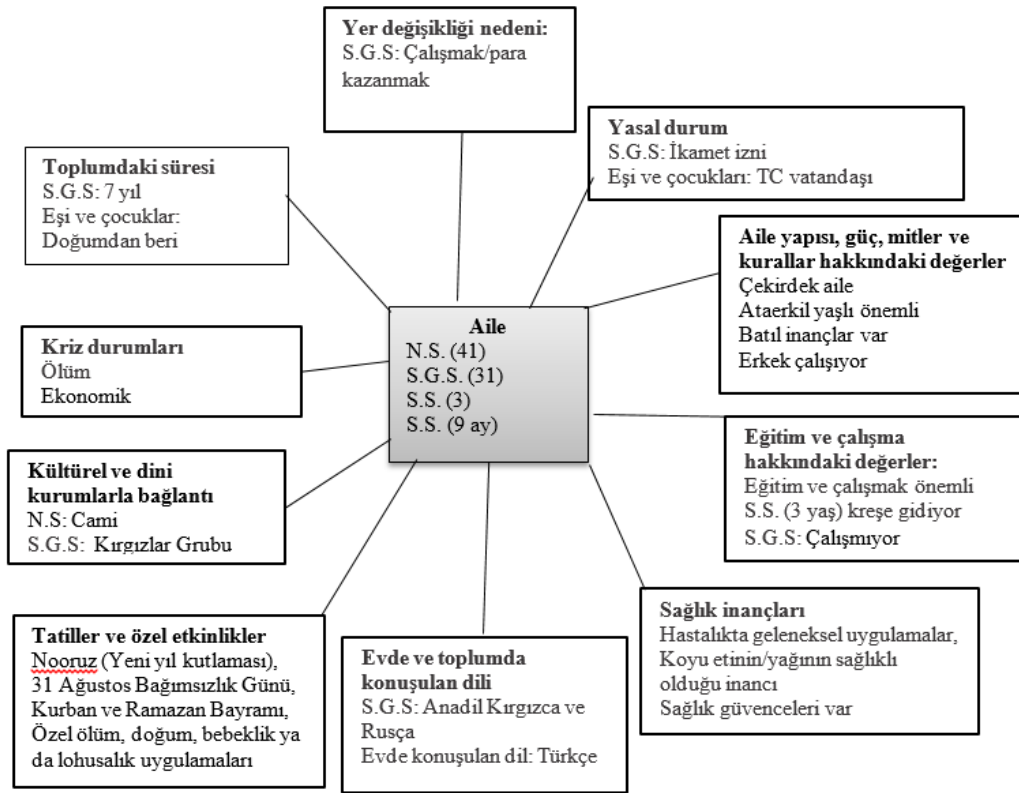
Modern sağlık sistemleri giderek kültürel çeşitliliğe sahip bireylerin ihtiyaçlarını karşılamaya zorlanmaktadır. Bu ihtiyaçların karşılanması için ise, hizmet edilen bireylerin ve toplumun anlaşılmasını, farklılıklar ve eşitsizliklerle mücadele edilmesini gerektirir³⁰. Farklı geçmişlerden gelen bireylere, hem klinik olarak güvenli, hem de kültürel olarak hassas bakım sağlamak hemşirelerden de beklenen günlük bir gerçekliktir³¹. Aynı zamanda Uluslararası Hemşireler Konseyi³², Türk Hemşireler Derneği gibi birçok meslek kuruluşu da hemşirelerin kültürel olarak uygun bir bakım sağlamasını beklemektedir ve Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik (2011) kapsamında da birey ve hastanın kültürel açıdan ele alınması gereğine vurgu yapılmaktadır³³. Aynı zamanda son yıllarda ülkemizde kültürlerarası hemşirelik ve farklı kültürlerden gelen hastaların bakımı konusunda birçok makale yayınlanmış olup, konu bilimsel ortamlarda da tartışılmaktadır³⁴⁻³⁶. Ancak bunun nasıl başarılacağı her zaman açık olarak belirtilmemektedir³¹. Hemşirelerin bireyin veya ailenin kültürel gereksinimlerine göre veri toplayarak, farklı kültürel grupların kültürel dinamiklerine uygun, doğru bir yaklaşım sergileyebilmeleri zorlayıcı bir iş olduğu için, pratik ve yararlı yol göstericilerin olması işlerini kolaylaştırıcaktır^{15,16}. Kültürel olarak yetkili tanımlanan müdahalelerin çoğunluğu, kültürel olarak yetkili araçlar kullanılarak uygulandığında sonuca ulaşmak daha mümkün olabilir³⁷. Bu nedenle kültürogram bu amaca hizmet eden bir kültürel veri toplama aracı olarak ele alınmaktadır.

Bu olgu sunumunda, Türkiye'ye göç eden Kırgız bir kadın ve ailesinin kültürogramı ve hemşirelik girişimleri ile kültüre duyarlı hemşirelik bakımı örneği verilmiştir (Tablo 1, Şekil 2). Bu olgudan elde edilen veriler doğrultusunda; S.G.S.'nin Türk vatandaşı olma konusunda adım attığı, dil sorunu olmadığı, ancak kültürel geçmişine bağlı olarak aşırı doymuş yağ tüketimi riski ve geleneksel yöntemlerle hastalıkları tedavi etme gibi bazı sağlık risklerinin olduğu ve çocuklarının yabancı dil öğrenimi konusunda endişelerinin bulunduğu belirlenmiştir. Bu olgudan elde edilen bilgilere dayanarak, bireyin sağlık inanç, tutum ve davranışlarından kaynaklanan sağlık risklerinin ortadan kaldırılmasına yönelik yapılacak müdahaleler hem kadının hem de ailesinde sağlık sorunlarının önlenmesinde ve sağlığının geliştirilmesinde etkili olabilir. Bu bilgiler doğrultusunda bireyin kültürüne uygun eğitimler veren ve girişimler yapan bir hemşirenin hasta sonuçlarına etkisi daha fazla olacaktır. Nitekim kültürel farklı gruplara yönelik yapılan kültüre uygun eğitim müdahalelerini inceleyen sistematik derlemeler, müdahalelerin sağlıkla ilgili sonuçlarda olumlu etkilerini ortaya koymuştur³⁷⁻⁹.

Tablo 1. Kültürogramdan elde edilen veriler doğrultusunda S.G.S ve ailesine yönelik belirlenen örnek hemşirelik uygulamaları

Yer değişikliği nedeni:
<ul style="list-style-type: none"> S.G.S. çalışmak amacıyla zorunlu olarak Türkiye'ye göç etmiştir. Hemşire, yer değişikliğinin onda ne tür duygulara neden olduğunu (kayıp, özlem, öfke, yalnızlık vb.) öğrenmeli, Türkiye'de yaşamaya uyum konusunda sorunu olup olmadığını araştırmalıdır.
Hukuki durum:
<ul style="list-style-type: none"> S.G.S.'nin Türk Vatandaşı olmak için başvuru yapması, onun yasal durumunu netleştirmesi açısından önemlidir. Hemşire bunu desteklemeli ve gelişmeleri takip etmelidir.
Toplumda geçirilen süre:
<ul style="list-style-type: none"> S.G.S. 7 yıldır Türkiye yaşamaktadır. Bu sürenin uyumu için yeterli bir olup olmadığı, burada yaşamaya ilişkin kültürel farklılıklardan dolayı herhangi bir sorun yaşayıp yaşamadığı ayrıntılı sorgulanmalıdır.
Evde ve toplumda konuşulan dil:
<ul style="list-style-type: none"> S.G.S.'nin Türkçe konuşabilmesi toplumda iletişim sorunu yaşamaması için önemli bir konudur. Hemşire, çocuklarının ne zaman ve nasıl ikinci dil öğrenebileceği konusunda onu bilgilendirip, destekleyerek onun düşüncesine saygı duyduğunu gösterebilir.
Sağlık inançları:
<ul style="list-style-type: none"> S.G.S.'nin sağlığını olumsuz etkileme riski olan bazı kültürel uygulamaları vardır; aşırı doymuş yağ tüketimi, sağlık hizmetlerine başvuruda gecikme riski, geleneksel yöntemlerle hastalıkları tedavi etme gibi. Hemşirenin S.G.S.'nin bu uygulamalarının sıklığını ve ailenin sağlık durumuna etkisini değerlendirmesi gerekir. Özellikle yaşları küçük olan çocuklarının izlemelerine, aşılmasına ve beslenmelerine etkisinin olup olmadığını araştırılmalıdır. Bu riski önlemek için hemşire çocuk izlemelerini daha sıkı takip edebilir ve S.G.S.'ye izlem ve aşı uygulaması zamanlarında hatırlatıcı uyarılar verebilir. Ayrıca hemşire, öğünlerindeki doymuş yağ oranını ve besin içeriklerini öğrenmek için beslenme konusunda daha detaylı veri toplayabilir ve gerekli değişiklik konusunda S.G.S. ile birlikte öğün planlaması yapabilir.

<ul style="list-style-type: none"> Aynı zamanda S.G.S. yararlanabilecekleri sağlık kuruluşları hakkında bilgilendirilebilir.
Kriz durumları:
<ul style="list-style-type: none"> S.G.S.'nin belirttiği mevcut bir kriz durumu yoktur. Ancak onun kültüründe kriz durumunda toplumsal ve yakın çevrenin desteği önemli olduğu için, hemşirenin ailenin destek faktörlerini bilmesi önemlidir.
Tatiller ve özel etkinlikler:
<ul style="list-style-type: none"> S.G.S. için önemli olan günleri ve bayramları hemşirenin kutlaması, bugünlerde izlem ve aşılama gibi uygulamaları planlamaması kültüre duyarlı ve saygılı bakım verdiğini göstereceği için S.G.S.'nin de güven duygusunu artırabilir. Aynı şekilde hemşire Cuma günleri aile ile bir etkinlik planlamamaya özen gösterebilir. Diğer kültüre özgü dönemsel etkinliklerden, sağlığa olumsuz etkisi olmayanlar fark edilip saygı gösterilirken, olumsuz etkisi olanların sıklığı değerlendirilerek risk düzeyine göre S.G.S. ile alternatif yollar üzerinde tartışılabilir.
Kültürel ve dini kurumlarla bağlantı:
<ul style="list-style-type: none"> S.G.S.'yi ruhsal yönden destekleyen dini ve sosyal faaliyetleri öğrenilir ve desteklenir.
Eğitim ve çalışma hakkındaki değerler:
<ul style="list-style-type: none"> S.G.S.'nin şuan çalışmamasına ilişkin duyu ve düşünceleri öğrenilir. Eğer çalışmak isterse başvurabileceği kuruluşlar hakkında bilgi verilebilir.
Aile yapısı, güç, mitler ve kurallar hakkındaki değerler:
<ul style="list-style-type: none"> Çocuk bakımı ve diğer ev içi sorumluluklar konusunda eşinin desteği öğrenilir. S.G.S.'nin hangi durumları şiddet olarak gördüğü araştırılır ve aile içi şiddete karşı uyanık olunur. Sağlığa olumsuz etkisi olan batıl inançlarının olup olmadığı daha detaylı araştırılarak, bu inançların kültürel anlamı sorgulanır ve yerine uygun uygulamalar konulmaya çalışılır.



Şekil 2. S.G.S ve Ailesinin Kültürogramı

Hemşirelik uygulamalarında kültürogramın kullanımı

Kültürogram, farklı kültüre sahip bireye, hastaya ve aileye bakım veren hemşirelerin, kültüre duyarlı bakım verebilmesi için, kültürel veri toplamak amacıyla kullanabilecekleri uygun ve pratik bir araçtır. Kültürogramın, ailelerle profesyonel çalışmalarda, öğrenciler ve hemşireler tarafından kullanılmasının, ailelerin kültürel farklılıklarının anlaşılması ve aileye özgü hemşirelik bakımının sağlanma yoluyla ailelerin güçlenmesinde etkili olacağı düşünülmektedir. Bu araç, klinikte ve sahada çalışan hemşireler için yararlı olabileceği gibi, hemşirelik öğrencilerinin hastaları kültürel değerlendirme becerilerinin geliştirilmesi

amacıyla, hemşirelik eğitiminde de kullanılabilir. Aynı zamanda, farklı kültüre sahip birey ve ailelerle çalışan diğer sağlık çalışanları ve sosyal hizmet uzmanlarının da kullanılabilmesi için bir araçtır.

SONUÇ

Bu olgu sunumunda, farklı kültürden gelen bir bireyin ve ailesinin verilerinden yararlanarak, hemşirelik uygulamalarında kültürogramın kullanımı şematize edilmiş ve kültürogramın alanlarına ilişkin bazı hemşirelik uygulama örnekleri verilmiştir. Bu olguda olduğu gibi, ailenin kültürogramını çizerek, kültüre-duyarlı bakım veren bir hemşire, aileyi yargılamadan ele alıp, ailenin gereksinimlerini yönelik bireysel ve aile düzeyinde uygun girişimler planlayabilir ve bakım kalitesini artırabilir.

KAYNAKLAR

- Seibert PS, Stridh-Igo P, Zimmerman CG. A checklist to facilitate cultural awareness and sensitivity. *J Med Ethics*. 2002;28(3):143-6.
- Levin Institute. Migration and globalization Available from: URL: <http://www.globalization101.org/uploads/File/Migration/migration.pdf>
- Bayık Temel A. Kültürlerarası (çok kültürlü) hemşirelik eğitimi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2008;11(2):92-101.
- Bjarnason D, Mick J, Thompson JA, Cloyd E. Perspectives on Transcultural Care. *Nurs Clin North Am*. 2009;44(4):495-503.
- Maier-Lorentz MM. Transcultural nursing: its importance in nursing practice. *J Cult Divers*. 2008;15(1):37-43.
- Hotun Şahin N, Onat Bayram G, Avcı D. Kültürlere duyarlı yaklaşım: Transkültürel Hemşirelik. *HEAD*. 2009;6(1):2-7.
- Amiri R, Heydari A, Dehghan-Nayeri N, Vedadhir AA, Kareshki H. Challenges of transcultural caring among health workers in Mashhad-Iran: a qualitative study. *Glob J Health Sci*. 2016;8(7):203-211.
- Yaman Aktaş Y, Gök Uğur H, Orak OS. Hemşirelerin kültürlerarası hemşirelik bakımına ilişkin görüşlerinin incelenmesi. *Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi*. 2016; 8:120-135.
- Toksoy S, Yılmaz M, Bezirgan S, Zirek Z, Boylu M. İzmir Kamu Hastaneler Birliği Güney Sekreterliği hastanelerinde çalışan hemşire/ebelerin kültürel yaklaşım ve duyarlılıkları. *Uluslararası Katılımlı III. Kültürlerarası Hemşirelik Kongresi*. 21-23 Mayıs 2015; Çanakkale, Türkiye.
- Uzun O, Sevinc S. The relationship between cultural sensitivity and perceived stress among nurses working with foreign patients. *J Clin Nurs*. 2015; 24:3400-3408.
- Yılmaz M, Toksoy S, Direk ZD, Bezirgan S, Boylu M. Cultural sensitivity among clinical nurses: a descriptive study. *J Nurs Scholarsh*. 2017;49(2):153-161.
- Bulduk S, Usta E, Diñçer Y. Kültürlerarası duyarlılık ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi: bir sağlık hizmetleri meslek yüksekokulu örneği. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 2017;7(2):73-77.
- Parlar Kılıç S, Sevinç S. The relationship between cultural sensitivity and assertiveness in nursing students from Turkey. *J Transcult Nurs*. 2018;29(4): 379-386.
- Hunt R. *Community-based nursing*. 5th ed. China: Wolters Kluwer/ Liipincott Williams & Wilkins; 2013.
- EuroMed Info. Doing a cultural assessment. Available from: URL: <http://www.euromedinfo.eu/doing-a-cultural-assessment.html/>
- Tanrıverdi G. Kültür ve hemşirelik. İçinde; Seviğ Ü, Tanrıverdi G, editörler. *Kültürlerarası Hemşirelik*. 1.Baskı, İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık; 2014, s.83.
- Tanrıverdi G, Seviğ Ü, Bayat M, Birkök MC. Hemşirelik bakımında kültürel özellikleri tanımlama rehberi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*. 2009;6(1):794-806.
- Congress EP. Cultural and ethical issues in working with culturally diverse patients and their families: the use of the culturagram to promote cultural competent practice in health care settings. *Soc Work Health Care*. 2004;39(3-4):249-62.
- Congress EP. The use of culturagrams to assess and empower culturally diverse families. *Families in Society*. 1994;75(9):531-554.
- Congress EP. Cultural and ethical issues in working with culturally diverse patients and their families: the use of the culturagram to promote cultural competent practice in health care settings. *Soc Work Health Care*. 2005;39(3-4):249-262.
- Congress EP. Culturagram use with culturally diverse families. In: Craft-Rosenberg M, Pehler S-R, editors. *Encyclopedia of Family Health*. United states America: Sage Publications; 2011.
- Beşer A, Tekkaş Kerman K. Göç eden bireylerin öncelikli sağlık sorunları ve sağlık hizmetine ulaşımındaki engeller. *Türkiye Klinikleri J Public Health Nurs-Special Topics*. 2017;3(3):143-148.
- İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı. Türkiye'de göçmen olmak göçmen işçiler araştırması. İstanbul: Aşama Matbaacılık Ltd. Şti; 2015, s.62-66.
- Çakır S. Geleneksel Türk kültüründe göç ve toplumsal değişim. *Süleyman Demirel Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi Sosyal Bilimler Dergisi*. 2011; 24:129-142.
- British Council. *Language issues in migration and integration: perspectives from teachers and learners*. London: British Council; 2014, p.3.
- Bolsoy N, Sevil Ü. Sağlık-hastalık ve kültür etkileşimi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2006;9(3):78-87.
- Ekici S, Tuncel G. Göç ve insan. *Birey ve Toplum*. 2015;5(9):9-22.
- Güven M. Kültürün bir unsuru olarak din. *Journal of Life Sciences*. 2012;1(1):934-948.
- Özkan R. Toplumsal yapı, değerler ve eğitim ilişkisi. *Kastamonu Eğitim Dergisi*. 2011;19(1):333-344.
- Bhopal RS. The quest for culturally sensitive health-care systems in Scotland: insights for a multi-ethnic Europe. *Journal of Public Health*. 2012;34(1):5-11.
- Williamson M, Harrison L. Nursing care and indigenous Australians: An autoethnography. *International Journal of Nursing Studies*. 2010;47(6):761-769.
- International Council of Nurses 2007. Position Statement Cultural and linguistic competence. Available from: URL: http://www.icn.ch/PS_B03_Cultural&Linguistic%20Competence.pdf

33. Türk Hemşireler Derneği. 19 Nisan 2011 Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. Available from: URL: <http://www.turkhemsirelerdernegi.org.tr/tr/yasa-ve-yonetmelikler/yonetmelikler/19-nisan-2011-hemsirelik-yonetmeliginde-degisiklik-yapilmasina-dair-yonetmelik.aspx>
34. Öztürk E, Öztaş D. Transkültürel hemşirelik. Batman Üniversitesi Yaşam Bilimleri Dergisi. 2012;1(1):293-300.
35. Tuna Oran N, Yüksel E. Kültürlerarası hemşirelik ve etik. Türkiye Klinikleri J Public Health Nurs-Special Topics. 2015;1(3):7-13.
36. Bayık Temel A. Kültürlerarası (çok kültürlü) hemşirelik eğitimi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2008;11(2):92-101.
37. Zeh P, Sandhu HK, Cannaby AM, Sturt JA. The impact of culturally competent diabetes care interventions for improving diabetes-related outcomes in ethnic minority groups: a systematic review. Diabet Med. 2012;29(10):1237-1552.
38. Hawthorne K, Robles Y, Cannings-John R, Edwards AG. Culturally appropriate health education for Type 2 diabetes in ethnic minority groups: a systematic and narrative review of randomized controlled trials. Diabet Med. 2010; 6:613-623.
39. Khunti K, Camosso Stefinovic J, Carey M, Davies M, Stone M. Educational interventions for migrant South Asians with Type 2 diabetes: a systematic review. Diabet Med. 2008; 25:985-992.

Yazarlara Bilgi

Dergi Hakkında

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi'nin resmi yayın organıdır. Dergi bağımsız, önyargısız ve çift-kör hakemlik ilkelerine uygun olarak Türkçe ve İngilizce dillerinde yayın yapan uluslararası, süreli ve açık erişimli bir yayın olarak yılda üç kez yayımlanır. Dergide yayımlanan makaleler <http://www.hacettepehemsirelikdergisi.org> adresi üzerinden ücretsiz olarak araştırmacıların ve okuyucuların erişimine açıktır.

Derginin hedef kitlesi hemşireler, hemşire eğiticiler, hemşirelik öğrencileri, sağlık alanında karar vericiler ve sağlık ekibinin diğer üyeleridir. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi hemşirelik bilimi, uygulamaları, eğitimi ve yönetimi alanında özgün araştırma, olgu sunumu, derleme, editöryel yorum ve editöre mektup türü makaleleri yayınlamaktadır.

Makale Kabulü

Dergiye makale gönderimi <http://www.hacettepehemsirelikdergisi.org> internet sayfası üzerinden gerçekleştirilmektedir. Bu sistem dışında gönderilen makaleler değerlendirmeye alınmamaktadır. Yayınlar; derginin amacı ile etik ve bilimsel ilkelere uygunluk, doğruluk, güncellik ve hedef okuyucu kitlesi tarafından kullanılabilirliği açısından incelenmektedir.

Dergiye gönderilen makalelerin daha önce başka bir elektronik ya da basılı ortamda sunulmamış ya da yayımlanmamış olması gerekmektedir. Toplantılarda sunulan makaleler için, organizasyonun tam adı, tarihi, şehri ve ülkesi belirtilmelidir. Makalelerin, yasalara ve etik kurallara uygunluğu ve bilgilerin doğruluğu yazarların sorumluluğundadır. Makalelerde kullanılan metin, tablo, şekil, resim ve her türlü içeriğin ulusal ve uluslararası telif haklarına konu olabilecek mali ve hukuki sorumluluğu yazarlara aittir. Yayımlanan makaleler için yazarlara herhangi bir ücret ödenmez.

Yayın Hakkı Devir Formu

Yazarlar, makalelerin değerlendirmesinden başlayarak, ulusal ve uluslararası yasalar çerçevesindeki her türlü telif haklarını dergiye devrederler. Bunun için tüm yazarlar tarafından imzalanan Yayın Hakkı Devir Formu'nun makalelerin sisteme girilmesi aşamasında sisteme yüklenmesi gerekmektedir. Yayın Hakkı Devir Formu için tıklayınız.

Yazarlık Katkısı

Makalede yazar olarak belirtilen her kişi International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) tarafından önerilen yazarlık kriterlerini karşılamalıdır (www.icmje.org). Dergi etik kuralları ayrıntılı olarak <http://www.hacettepehemsirelikdergisi.org/etik.php3?id=29> adresinde belirtilmiştir.

Çıkar Çatışmaları

Araştırmalara yapılan her türlü yardım ve diğer desteklerin alındığı kişi ve kuruluşlar yayın kuruluna beyan edilmeli ve çıkar çatışmasıyla ilgili durumları açıklamak amacıyla ICMJE Potansiyel Çıkar Çatışmaları Bildirim Formu doldurulmalı ve sisteme yüklenmelidir <http://icmje.org/conflicts-of-interest/>

Makalenin Hazırlanması

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi makale yazım kurallarının oluşturulmasında ve makale formatının belirlenmesinde ICMJE tarafından hazırlanan ICMJE-Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing and Publication of Scholarly Work in Medical Journals (updated in December 2017 - www.icmje.org) kuralları benimsenmiştir.

Dergiye gönderilen randomize çalışmalar CONSORT(<http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/consort/>), gözlemsel çalışmalar STROBE (<http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/strobe/>), tanısal değerli çalışmalar STARD (<http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/stard/>) sistematik derleme ve meta-analizler PRISMA (<http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/prisma/>), nitel çalışmalar COREQ (<http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/coreq/>) ve randomize olmayan davranış ve halk sağlığıyla ilgili çalışmalar TREND (<http://www.cdc.gov/trendstatement/>) kılavuzlarına uyumlu olmalıdır.

DeneySEL ve klinik çalışmalar, ilaç araştırmaları ve bazı olgu sunumları için "WMA Declaration of Helsinki-Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects" ve "Guide for the Care and Use of Laboratory

Animals” çerçevesinde hazırlanmış etik komisyon raporu gerekmektedir. Dergi gerekli görmesi halinde etik komisyonun raporunu veya yerine geçebilecek olan resmi bir belgeyi yazarlardan talep edebilir. Deneysel çalışmaların sonuçlarını bildiren makalelerde, çalışmanın yapıldığı kişilere uygulanan prosedürlerin niteliği tümüyle açıklandıktan sonra, onaylarının alındığına ilişkin bir açıklamaya metin içinde yer verilmelidir. Hasta onamları, etik kurul onay belgesinin numarası ve tarihi tam metin dosyasında yer alan “Yöntemler” bölümü altına yazılmalıdır. Çift-kör hakemlik ilkesi ele alındığı için ilk gönderilen makalelerde etik kurul onayı yazılırken, kurum bilgisi verilmemelidir.

Makalenin Değerlendirilmesi

Makalelerin değerlendirilmeye alınabilmesi için etik kurul onay belgesinin sisteme yüklenmesi gerekmektedir.

Makale gönderme sürecinde tüm yazarların ORCID numaralarını belirtmeleri gerekmektedir. ORCID hesabı ücretsiz olup, “<https://orcid.org/register>” adresinden hesap oluşturulabilir.

Dergiye gönderilen makalelerin ilk aşamada dergi sekreteryası tarafından dergi makale yazım kurallarına uygunluğu açısından değerlendirilmektedir. Daha sonra editörler tarafından ön değerlendirmeye alınmakta; intihal, kopya ve duplicate yayın denetimleri bu aşamada yapılmaktadır. ön değerlendirme sürecinden geçen makaleler inceleme için çift-kör yöntemle en az 3 danışma kurulu üyesine gönderilmektedir. Danışma kurulu üyeleri, makalelerin konusuyla ilgili uluslararası literatürde yayınları ve atıfları olan bağımsız uzmanlar arasından seçilmektedir. Araştırma, sistematik derleme ve meta-analiz makalelerinin değerlendirilmesinde istatistik alanından bir danışma kurulu üyesi yer almaktadır. Yazarlar, danışma kurulu üyeleri ve editör tarafından gerekli görülen düzeltmelerin yapılmasını kabul ederler. Makaleler basıma kabul edildikten sonra yazar sayısında ekleme, çıkarma veya isim sırasında değişiklik yapılamaz.

Değerlendirme süreci devam eden makalelerin, dergi tarafından kabul edilen bir gerekçe olmadan yazarlar tarafından geri çekilmesi durumunda, makale değerlendirme sonucu “ret” olarak kabul edilmektedir. Ayrıca, düzenlemeler için zamanında geri dönüş yapılmaması makale değerlendirme sonucunun “ret” olması için bir neden olarak kabul edilmektedir. Dergiye gönderilen makalelerin ilk değerlendirme süreci 6-10 hafta içerisinde tamamlanmakta ve yazarlara geri bildirim verilmektedir. Değerlendirme süreci sonucunda verilen kararlar; “yayınlanabilir”, “Düzeltilirse yayınlanabilir”, “Bu yazı yoğun biçimde düzeltilerek yeniden kaleme alınmayı gerektirmektedir” ve “Yayınlanamaz” şeklindedir.

Dergi online makale gönderim sistemi, yazarları makale gönderim aşamasında basamak basamak yönlendirmektedir. Sisteme yüklenecek olan makaleler Microsoft Office Word programı kullanarak hazırlanmalı ve türlerine göre teknik özellikleri aşağıdaki formatta olmalıdır.

Başlık Sayfası

Her makale türünde başlık sayfası online sisteme ayrı bir Microsoft Word dosyası olarak yüklenmeli ve başlık sayfası aşağıdaki bilgileri içermelidir;

- Makalelerin Türkçe-İngilizce adı
- Türkçe-İngilizce kısa başlığı (kelimeler arasındaki boşluklar ile beraber en fazla 40 karakter),
- En son akademik dereceleriyle, tüm yazarların adı-soyadı, çalıştıkları kurum, bölüm, şehir ve ülke bilgileri, telefon, e-mail ve ORCID bilgileri
- Sorumlu yazar ve iletişim bilgileri
- Çıkar Çatışması Beyanı
- Kurumsal ve Finansal Destek Beyanı,
- Yazar Katkıları, Etik Kurul İzni
- Teşekkür

Araştırma; Bilimsel araştırma sürecini tamamlamış, raporlandırılmış çalışmalardır. Araştırma makaleleri öz, şekiller, tablolar ve kaynaklar dahil olmak üzere en fazla 5000 kelime olmalıdır. Bu makaleler;

- Öz (150-200 kelime, Türkçe ve İngilizce hazırlanmalı)
- Giriş
- Gereç ve yöntem
- Bulgular
- Tartışma
- Sonuç ve öneriler
- Kaynaklar şeklinde yapılandırılmalıdır.

Derleme; Hemşirelik alanında güncel ve gereksinime yönelik konularda, ulusal ve uluslararası literatür kullanılarak konu ile ilgili tartışmaların ve yazar/yazarların görüşlerinin ortaya konduğu çalışmalardır. En fazla 3000 kelime olmalıdır. Derleme makaleleri;

- Öz (150-200 kelime, Türkçe ve İngilizce hazırlanmalı)
- Konu ile ilgili başlıklar
- Kaynaklar şeklinde yapılandırılmalıdır.

Olgu sunumu; Alanda önemli klinik deneyimleri içeren olguların yer aldığı çalışmalardır. En fazla 2000 kelime olmalıdır.

- Öz (150-200 kelime, Türkçe ve İngilizce hazırlanmalı)
- Giriş
- Olgu sunumu
- Tartışma
- Kaynaklar şeklinde yapılandırılmalıdır.

Editöre mektup; Dergide yayımlanan makaleler ile ilgili görüş, katkı, soruları içeren, başlık ve öz bölümleri bulunmayan makalelerdir. En fazla 500 kelime olmalıdır. Editöre mektup yazılarında atıfta bulunulan makalenin adı, yayımlandığı sayı ve tarih belirtilmeli, mektubu yazan kişinin isim, kurum ve adres bilgileri verilmelidir.

Kısaltmalar

Makale başlığı ve öz bölümünde kısaltma kullanılmamalıdır. Kısaltmalar ana metinde ilk kullanımda tanımlanmalı, kısaltma tanımının ardından parantez içerisinde verilmelidir.

Öz Sayfası ve Anahtar Kelimeler

Öz sayfası, Türkçe ve İngilizce olarak hazırlanan 150-200 kelimedenden oluşmalıdır. Araştırma makalelerinde öz (abstract); amaç (aim), gereç ve yöntem (material and methods), bulgular (results) ve sonuç (conclusion) bölümlerini içerecek şekilde, derleme ve olgu sunumlarında bölümsüz olarak hazırlanmalıdır. Editöre mektup niteliğindeki makalelerde öz yer almamalıdır.

Türkçe ve İngilizce özlerin sonunda en az 3, en fazla 5 anahtar kelime, Türkçe-İngilizce olarak yazılmalıdır. Türkçe anahtar kelimeler 'Türkiye Bilim Terimleri' (<http://www.bilimterimleri.com>), İngilizce anahtar kelimeler ise "Medical Subject Headings (MeSH)" (www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html)'e uygun olarak verilmelidir. Anahtar kelimeler her iki dilin alfabetik sıralamasına uygun olarak verilmelidir.

Tablolar

Tablolar ana dosyaya eklenmeli, kaynak listesi sonrasında sunulmalı, ana metin içerisindeki geçiş sıralarına uygun olarak numaralandırılmaz. Tabloların üzerinde tanımlayıcı bir başlık yer almalı ve tablo içerisinde geçen kısaltmaların açılımları tablo altına tanımlanmalıdır. Tablolar Microsoft Office Word dosyası içinde kolay okunabilir şekilde düzenlenmelidir. Tablolarda sunulan veriler ana metinde sunulan verilerin tekrarı olmamalı; ana metindeki verileri destekleyici nitelikte olmalılardır. Makalelerde en fazla 5 (beş) adet tablo verilmelidir.

Metin Sayfası

Metin, başlık 12 punto koyu renk (bold), öz, ana metin ve kaynaklar 12 punto, tablolar 10 punto olacak şekilde çift satır aralıklı Times New Roman karakterinde iki yana yaslı olarak yazılmalıdır. Yazı A4 boyutunda sayfaya her kenardan 2.5 cm boşluk kalacak şekilde yerleştirilmelidir. Makalelerde dipnot kullanılmamalı, açıklamalar metin içinde verilmelidir. Metinde yer alan şekil, grafik ve fotoğrafların eni 11 cm, boyu 8 cm'yi aşmamalıdır.

Değerlendirmenin tarafsızca yapılabilmesi için metin bölümünde yazarların kimliğine ve kurumlarına ilişkin hiçbir bilgi bulunmamalıdır. Makalelerde Türk Dil Kurumu'nun yazım kılavuzu örnek alınmalı, yabancı sözcükler yerine olabildiğince Türkçe sözcükler kullanılmalıdır.

Kaynaklar

Kaynakların yazımında Vancouver stili kullanılmalıdır. (<http://openjournals.net/files/Ref/VANCOUVER%20Reference%20guide.pdf>).

Kaynaklar metin içindeki geçiş sırasına göre numaralandırılmalıdır. Yalnızca yayınlanmış ya da yayınlanmak üzere kabul edilmiş ve güncel çalışmalar kullanılmalıdır. Kaynak seçiminde son 10 yıl içerisinde yayınlanmış yayınlara öncelik verilmesi gönderilen makalelerin değerlendirilme sürecinde yayın kurulu tarafından olumlu karşılanmaktadır. Ulaşılması mümkün olmayan ve veri tabanlarında indekslenmeyen kaynaklar kullanılmamalıdır. Dergi adları National Library of Medicine formatına uygun olarak kısaltılmalıdır (Patrias K. Citing medicine: the NLM style guide for authors, editors, and publishers [Internet]. 2nd ed. Wendling DL, technical editor. Bethesda (MD): National Library of Medicine (US); 2007 - [updated 2011 Sep 15; cited Year Month Day]. Available from: <http://www.nlm.nih.gov/citingmedicine>).

Birden fazla kaynak kullanıldıysa kaynaklar arasına virgöl konulmalıdır. Arka arkaya ikiden fazla kaynak kullanımında ilk ve son kaynak numaraları belirtilmeli ve araya "tire" işareti konulmalıdır (örneğin ²⁻⁶). Kaynak numaraları üst simge şeklinde belirtilmelidir.

Altı ya da daha az yazarlı kaynaklarda tüm isimler yazılmalı, yazar sayısı altıyı aştığında ise, ilk üç yazarın adı, arkasından Türkçe kaynaklarda “ve ark.”, İngilizce kaynaklarda “et al.” ifadesi eklenmelidir.

Yazım dili İngilizce olan makale kaynaklarında, Türkçe kaynakların İngilizce çevirileri parantez içinde verilmelidir.

Kaynakların yazım şekli ve noktalamalar aşağıdaki örneklere uygun olmalıdır.

Dergi: Queija DS, Portas JG, Dedivitis RA, Lehn CN, Barros AP. Swallowing and quality of life after total laryngectomy and pharyngolaryngectomy. Braz J Otorhinolaryngol. 2009;75(4):556-564.

Kitap bölümü: Sherry S. Detection of thrombi. In: Strauss HE, Pitt B, James AE, editors. Cardiovascular Medicine. St Louis: Mosby; 1974.p.273-85.

Tek yazarlı kitap: Cohn PF. Silent myocardial ischemia and infarction. 3rd ed. New York: Marcel Dekker; 1993.

Yazar olarak editör(ler): Norman IJ, Redfern SJ, editors. Mental health care for elderly people. New York: Churchill Livingstone; 1996.

Toplantıda sunulan yazı: Bengisson S. Sothemin BG. Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. In: Lun KC, Degoulet P, Piemme TE, Rienhoff O, editors. MEDINFO 92. Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics; 1992 Sept 6-10; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North-Holland; 1992. pp.1561-5.

Bilimsel veya teknik rapor: Cusick M, Chew EY, Hoogwerf B, Agrón E, Wu L, Lindley A, et al. Early Treatment Diabetic Retinopathy Study Research Group. Risk factors for renal replacement therapy in the Early Treatment Diabetic Retinopathy Study (ETDRS), Early Treatment Diabetic Retinopathy Study Kidney Int: 2004. Report No: 26.

Tez: Yılmaz B. Ankara Üniversitesindeki öğrencilerin beslenme durumları, fiziksel aktiviteleri ve beden kitle indeksleri kan lipidleri arasındaki ilişkiler. H.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi. 2007.

Yayına kabul edilmiş ancak henüz basılmamış makaleler: Slots J. The microflora of black stain on human primary teeth. Scand J Dent Res. 1974.

Erken Çevrimiçi Yayın: Cai L, Yeh BM, Westphalen AC, Roberts JP, Wang ZJ. Adult living donor liver imaging. Diagn Interv Radiol. 2016 Feb 24. doi: 10.5152/dir.2016.15323. [Epub ahead of print].

Elektronik formatta yayınlanan yazı: Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. Emerg Infect Dis (serial online) 1995 Jan-Mar (cited 1996 June 5): 1(1): (24 screens). Available from: URL: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/cid.htm>.

Değerlendirme aşamasındaki makalelerin güncel durumuna ve dergiyle ilgili diğer bilgilere <http://www.hacettepehemsirelikdergisi.org> adresinden ulaşılabilir. Ayrıca her türlü konuda aşağıdaki iletişim bilgileri kullanılarak dergiyle bağlantı kurulabilir.

* Yazım kuralları Mart 2018 tarihinde güncellenmiştir.

İletişim

Dr. Öğr. Üyesi Seher Başaran Açıl

Dr. Öğr. Üyesi Nilay Ercan Şahin

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi Yayın Sekreteri

Adres :Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Samanpazarı, 06100 Ankara

Tel : 0 312 305 15 80

E.posta : hbdergi@hacettepe.edu.tr

Web : <http://hacettepehemsirelikdergisi.org>

YAYIN İZNI (TAAHHÜTNAME)

Formda adı belirtilen makalem/makalemiz Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi'nde basım için kabul edilirse 5846 Sayılı Fikir ve Sanat Eserleri Kanunu içeriğinde belirtilen haklara münhasıran Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi sahip olur ve bu makale her hakkı Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi'ne ait olmak üzere yayımlanabilir.

Makalenin bir bölümü ya da bütünü Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi'nin izni olmaksızın herhangi bir yerde yayımlanamaz, çoğaltılamaz ancak Fikir ve Sanat Eserleri Kanununda öngörülen biçimde ve kaynak gösterme koşuluyla kullanılabilir.

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi belirtilen makaleyi olduğu gibi saklamaya, fotokopi ve matbaa yoluyla, 3. kişilerin kullanımına vermeye yetkilidir. Adı geçen makaleye ilişkin bütün yeni eklemeler, genişletmeler, diğer dile/dillere çevrilmesi, bütün medya ve diğer yazılı basında yer alması gibi konularda izin vermeye münhasıran Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi yetkilidir.

Bu makale daha önce hiçbir kişi, grup ve kurum tarafından herhangi bir yayın organında (dergi, bildiri kitabı v.s) yayımlanmamıştır.

Makalede geçen alıntıların (kaynak kullanma koşuluyla) izin alma sorumluluğu bana/bizlere (yazar/yazarlara) aittir. Makalede literatürden alındığı belirtilen bölümler dışındaki her şey orjinal çalışmam/çalışmalarımızdır. Çalışmanın yapılmasında, yazının oluşturulmasında emeği geçen herkesin ismi yazar olarak belirtilmiştir.

Çalışmanın yapıldığı kişi ve kurumlardan gerekli izinler alınmıştır.

Makalenizin basımındaki herhangi bir gecikmeyi önlemek için, bu taahhütnameyi okuyup, boşluğu doldurarak en kısa zamanda adresimize gönderiniz.

Makalenin Numarası:

Makalenin Başlığı:

YAZARLAR		
Adı, Soyadı	Tarih-İmza	Adres-Telefon
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		

Adres: Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi 06100, Ankara