

**EGE ÜNİVERSİTESİ  
HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ DERGİSİ**

**JOURNAL OF EGE UNIVERSITY  
NURSING FACULTY**

---

---

Cilt/Volume: 34

Sayı/Number: 2

Yıl/Year: 2018

---

---

## **AÇIKLAMALAR**

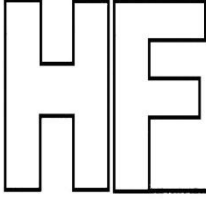
Bu dergi 22 Ekim 1984 gün ve 18553 sayılı Resmi Gazetede yayınlanan "Üniversitelerde Ders Aracı Olarak Kullanılan Kitaplar, Teksirler ve Yardımcı Ders Kitapları Dışındaki Yayınlarla İlgili Yönetmelik" bağlamında yayınlanmaktadır.

### **Yayın Türleri**

Adı geçen yönetmeliğin 2. ve 3. maddeleri uyarınca dergide eğitim ve araştırma çalışmalarına paralel olarak orijinal araştırma raporları, bilimsel tarama yazıları, yeni bir yöntem veya teknik tanımlayan kısa bildiri yazıları ve çok önemli bilimsel çeviriler yayınlanabilir.

### **Yayın Hakları**

Yayınlanacak yazıların bilim dil bakımından sorumluluğu yazarlara aittir. Yayın Kurulu gerekli değişiklik veya kısaltmaları yazardan isteyebilir veya yazarın izni alınarak içeriği bozmayacak değişiklikler yapabilir. Basılmayacak yazılar için bir ay içinde yazara bilgi verilir.



# EGE ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ DERGİSİ

Cilt 34, Sayı 2

2018

## Yayın Sahibi

Prof. Dr. Fisun ŞENUZUN AYKAR Hemşirelik Fakültesi Adına

## Sorumlu Müdür

Prof. Dr. Meryem YAVUZ van GIERBERGEN

## Yayın Alt Komisyonu

Prof. Dr. Fisun ŞENUZUN AYKAR

### (Başkan)

Prof. Dr. Ayla BAYIK TEMEL

Prof. Dr. Ayfer KARADAKOVAN

Prof. Dr. M. Olcay ÇAM

Prof. Dr. Zümrüt BAŞBAKKAL

Prof. Dr. Meryem YAVUZ van  
GIERBERGEN

Prof. Dr. Asiye AKYOL

## Dergi Yayın Kurulu

Prof. Dr. Meryem YAVUZ van GIERBERGEN (Baş Editör)

Prof. Dr. Olcay ÇAM

Prof. Dr. Süheyla ÖZSOY

Prof. Dr. Zümrüt BAŞBAKKAL

Prof. Dr. Leyla KHORSHTD

Prof. Dr. Aynur TÜREYEN

Prof. Dr. Ümran SEVİL

## Basım Yeri

Ege Üniversitesi Basımevi, Bornova - İzmir

## Baskı Tarihi

28.08.2018

## Yönetim Yeri

Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi (EÜHF) tarafından

yılda üç sayı/bir cilt hakemli dergi olarak yayınlanır.

Türkiye Atıf Dizini'nde yer almaktadır. Indexed in Türkiye Citation Index.

**Cilt:34 Sayı:2/Volume:34 Number:2**

**EDITORIAL BOARD/ EDİTÖR KURULU**

**Baş Editör /Editor in Chief**

Prof. Dr. Meryem YAVUZ van  
GIERSBERGEN

**Alan Editörleri/Field Editor**

Yasemin YILDIRIM

**Editor Assistants / Editör Yardımcıları**

Arş.Gör. Gizem BEYCAN EKİTLİ  
Dr. Öğr. Üyesi Ayşe KAHRAMAN  
Dr. Hülya KANKAYA

**Hakem Kurulu/ Advisory Board**

Arzu İLÇE  
Arzu TUNA  
Ayfer ÖZBAŞ  
Aynur TÜREYEN  
Ayşe ERGÜN  
Azize KARAHAN  
Dilek AYGİN  
Esra ENGIN  
Esra OKSEL  
Fatma DEMİR KORKMAZ  
Gönül ÖZGÜR  
Güler BALCI ALPARSLAN  
Gülümser DOLGUN  
Hafize ÖZTÜRK CAN  
Hanife ÖZÇELİK  
Hatice BAL YILMAZ  
Hülya KAYA  
Gülseren KESKİN  
İkbal ÇAVDAR  
İlkay GÜNER  
Medet KORKMAZ

Medine YILMAZ  
Meryem YAVUZ Van GIERSBERGEN  
Mevlüde KARADAĞ  
Nuray AKYÜZ  
Nülüfer ERBİL  
Oya KAVLAK  
Satı DİL  
Selma ÖNCEL  
Selmin ŞENOL  
Serap PARLAR  
Özlem UĞUR  
Sevilay HİNTİSTAN  
Sevim ULUPINAR  
Sibel KARACA SİVRİKAYA  
Sultan KAV  
Şafak DAĞHAN  
Şenay ÜNSAL ATAN  
Ümran ÖZKAY  
Yasemin KUTLU  
Zümrüt BAŞBAKKAL

\*Bu sayıya verdikleri katkılardan dolayı  
teşekkür ederiz.

# İÇİNDEKİLER

## Editörden

### Araştırmalar

- Ebelerin İntrapartum Lavman Uygulaması Hakkında Görüş ve Deneyimleri: Nitel Bir Araştırma  
*Opinions and Experiences of Midwives on Intrapartum Enema Practice: A Qualitative Research*  
Gizem GÜNEŞ ÖZTÜRK..... 1-14
- Öğrencilerin Meme Kanseri Risk Faktörleri Yönünden İncelenmesi  
*Student Research with Regards to Risk Factors of Breast Cancer*  
Leyla Eylül EZER, Eda DOLGUN .....15-22
- Bir Devlet Hastanesinde Kesici Delici Alet Yaralanmalarında Öğrencilerin Yaralanma Sıklığı ve Kök Neden Analizi  
*Students 'Injury Frequency and Root Cause Analysis in Needle-Stick Injuries in A State Hospital*  
Hatice DEMİRDAĞ, Mine YILMAZ, Oğuzhan GÜNDÜZ .....23-29
- Öğrenci Hemşirelerin Entegre Eğitim Sisteminden Memnuniyetlerinin İncelenmesi  
*Investigation of Student Nurses 'Satisfaction in Integrated Education System*  
Ceren ŞAVGAR, Özgül ÖZÇAKIR, Nildeniz Ay, Fatma ORGUN,  
Berna AKÇAKOCA.....30-43
- Endotrakeal Tüp Kaf Basıncı İzlemi: Klinik Pilot Çalışma  
*Endotracheal Cuff Pressure Monitoring: Clinical Pilot Study*  
Türkan ÖZBAYIR, Nurten TAŞDEMİR, Mehmet UYAR, Meryem Y.van  
GIERSBERGEN, Gülay ÇANKAYA, Gülin DİNÇASLAN,.....44-54
- Tamamlayıcı Tedavileri Kullanmaya Yönelik Tutum Ölçeğinin Geliştirilmesi  
*Developing of Attitude towards Using Complementary Treatments Scale*  
Ayşegül BİLGE, Merve UĞURYOL, Şeyda DÜLGERLER,  
Mustafa YILDIZ.....55-63
- Tip 2 Diabetes Mellitus Tedavisinde Hasta Uyumunun Değerlendirilmesi  
*Evaluation of the Patient Compliance in Type 2 Diabetes Mellitus Treatment*  
Akile KARAASLAN EŞER, Emine Nevin DOĞAN, Sultan KAV  
Yasemin BULUT .....64-76

### Derleme Yazılar

- Kadın Sağlığının Korunmasında Kegel Egzersizlerinin Önemi ve Ebelik Yaklaşımı  
*The Importance of Kegel Exercises in The Protection of Women's Health and Midwifery Approach*  
Rukiye DEMİR, Ayten TAŞPINAR.....77-88

- Çocuk Yaşta Yapılan Evliliklerin Toplum Sağlığına Etkisi  
*The Effect of Child Marriages on Community Health*  
Dilek ZENGİN, Figen YARDIMCI, Zümrüt BAŞBAKKAL .....89-97
- Son Dönem Karaciğer Hastalıklarında Palyatif Bakım  
ve Semptom Yönetimi  
*Palliative Care and Symptom Management in End Stage Liver Diseases*  
Sadık HANÇERLİOĞLU, Yasemin YILDIRIM,  
Fisun ŞENUZUN AYKAR.....98-111
- Romatoid Artritte Semptom Yönetimi ve Hemşirelik  
*Symptom Management and Nursing In Rheumatoid Arthritis*  
Simge KALAV, Hicran BEKTAŞ.....112-130

### **Olgu Sunumu**

- Hikâye Teorisi: Kalp Nakli Olan Çocuk Hasta  
*Story Theory: Child with Heart Transplant*  
Hatice UZŞEN, Yasemin YILDIRIM, Fisun ŞENUZUN AYKAR.....131-139

**Editörden Okura**  
**Dergimizin Değerli Okuyucuları,**  
**Merhaba**

Kurban bayramı ve Zafer bayramının arda arda kutlandığı Ağustos ayında tüm okuyucularımızın ve meslektaşlarımızın bayramlarını kutluyor. Gönlünüzce güzel, sağlıklı nice bayramlar diliyoruz.

Derginin 2018 yılının ikinci sayısında günümüzün teknolojik ve bilgiye ulaşım olanakları ve mesleğimizin daha görünür olmada yayın üretme çabalarımızla yaptığımız çalışmalar konusunda sizlere bilgi vermek istiyorum. Dergimizde görev yapmış ve yapan 165 hakemimize yenilerini eklemek ve durumumuzu güncellemek üzere web üzerinden hakemlik davetimiz ile hakemlerimiz güncellendi. Bu güncellemeler her yıl düzenli olarak sürdürülecektir.

Dergimizde haziran ayından itibaren dokuz alan editörü görev almaya başladı. Bu süreçten itibaren dergimize gelen yazılar konularına göre alan editörlerine yönlendirilmektedir. Dergimize gönderilen yayınların yenilenen hakemlerimiz ve teknolojinin de katkılarıyla hızlı, etkin planlaması yapılmaya başlanmış olup yayın süreçlerinin en kısa sürede tamamlanması gerçekleştirilmektedir.

Derginin diğer indeksler de yer alması ile ilgili çalışmalarımız hızla sürmektedir.

Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisinde 1985 yılından itibaren yayınlanan tüm sayılarımıza dergi park üzerinden erişebilirsiniz. (<http://dergipark.gov.tr/egehemsire>)

Bu sayının içeriğinde hemşirelik eğitimi ve bakımı içeren konularda yedi araştırma, dört derleme, bir olgu sunumu olmak üzere toplam 12 adet makale bulunmaktadır.

Bu sayının hazırlanmasında yayınları olan yazarlara, emeği olan hakem kuruluna, hazırlık aşamasında tüm işlemlerin gerçekleştirmesinde özveri ile çalışan dergi ekibimize desteklerinden dolayı dergimiz adına çok teşekkür ediyorum.

Ülkemizde mesleğimizde hızla artan dergi ve yayın sayısı ile beraber siz değerli meslektaşlarımızdan mesleğimizin gelişimine katkı sağlamada güncel verileri **hızlı bir şekilde paylaşmada** dergimizi yayınlarınız ile desteklemenizi bekliyoruz.

Sevgi ve saygılarımla

**Prof. Dr. Meryem YAVUZ van GIEBERSBERGEN**  
**Baş Editör**

## **EBELERİN İNTRAPARTUM LAVMAN UYGULAMASI HAKKINDA GÖRÜŞ VE DENEYİMLERİ: NİTEL BİR ARAŞTIRMA**

*OPINIONS AND EXPERIENCES OF MIDWIVES ON INTRAPARTUM ENEMA PRACTICE: A QUALITATIVE RESEARCH*

**Arş. Gör. Gizem GÜNEŞ ÖZTÜRK\***

**Prof. Dr. Zekiye KARAÇAM\***

\*\*Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü

\*Bu araştırma 7-8 Ekim 2016 tarihinde İzmir’de düzenlenen I. Uluslararası ve II. Ulusal Kadın Hastalıkları ve Ana Çocuk Sağlığı Kongresinde sözel bildiri olarak sunulmuştur.

*Geliş Tarihi/Received: 28.02.2018*

*Kabul Tarihi/ Accepted: 26.06.2018*

---

### **ÖZ**

**Amaç:** Çalışmanın amacı, ebelerin perspektifinden intrapartum dönemde uygulanan rutin lavman uygulamasını, çok yönlü biçimde ortaya koymaktır.

**Gereç ve Yöntem:** Araştırma fenomenolojik bir çalışma olarak yapılmıştır. Araştırma Aralık 2015- Ocak 2016 tarihleri arasında Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi doğum salonunda çalışan 12 ebe ile yapılmıştır. Veriler tanıtıcı bilgi ve yarı yapılandırılmış görüşme formları ile odak grup görüşmesi yapılarak elde edilmiştir. Açık uçlu soruların yanıtları ve odak grup görüşmesi yoluyla elde edilen veriler, satır satır okunmuş, ham veri metni üzerinde açık ve analitik biçimde gerçekleştirilen kodlamalar, içerik analizi yoluyla çözümlenmiştir.

**Bulgular:** Görüşmelerden elde edilen veriler; “ebelerin lavman uygulaması hakkındaki görüşleri”, “ebelerin lavman uygulamasının gerekliliği hakkındaki görüşleri”, “ebelerin lavman uygulamasını neden gerekli ya da gereksiz gördükleri hakkındaki düşünceleri”, “lavman uygulamasında ebeler için kadınların isteklerinin önemi”, “ebelerin lavman uygulaması sırasındaki deneyimleri (duygu ve düşünceleri)”, “kadınların lavman uygulaması sırasındaki tepkileri ve davranışları”, “ebelerin doğum sırasında dışkı kaçırma durumunda hissettikleri”, “kadınların doğum sırasında dışkı kaçırma durumunda hissettikleri” olmak üzere altı ana tema altında toplanmıştır. Ebeler lavman uygulamasının her zaman gerekli olmadığını (n=2), gebelerin isteklerinin önemli olduğu ve gebe istemediği takdirde yapmayacaklarını (n=4),

*Sorumlu Yazar/Corresponding Author:Gizem GÜNEŞ ÖZTÜRK (gzmgunes91@Hotmail.com)*



lavmanı uygulamalarının nedenini nöbet devri yaptıkları ebenin lavmanın yapılmış olmasını beklemesi (n=4) olarak bildirmişlerdir. Yine lavman uygulaması sırasında ebeler gebeye verilen pozisyondan (n=2) ve mahremiyetin korunamamasından (n=1) rahatsız olduklarını, bu işlemi yapmayı sevmediklerini (n=2), kadınların uygulama sırasında acı hissettiklerini düşündüklerini (n=3), gebelerin utanç duyduklarını (n=2) ve lavmanı kendi kendine uygulamak istediklerini (n=2) bildirmişlerdir. Doğum eylemi sırasında kadının dışkı kaçırmaması durumunda, ebeler mide bulantısı hissettiklerini (n=3), kokudan rahatsız olduklarını (n=3) ve çalışma motivasyonlarının azaldığını (n=2), kadınların ise utandıklarını (n=4), ıkınmayı bıraktıklarını (n=3) ve ebeden özür dilediklerini (n=2) söylemişlerdir.

**Sonuç:** Bu çalışmada ebelerin lavman uygulaması konusunda çok sayıda olumlu ve olumsuz nitelikte karmaşık görüş ve deneyimlere sahip oldukları sonucuna varılmıştır. Kanıta dayalı uygulamalar kapsamında, kadınların lavman uygulaması konusunda görüşleri alınarak hizmet sunum kalitesi geliştirilebilir ve gereksiz intrapartum lavman uygulanmasının azaltılmasına katkı sağlanabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Ebelik, Intrapartum bakım, Kanıta dayalı uygulama, Lavman.

#### ABSTRACT

**Objective:** *The aim of the study is to reveal the routine enema practice in the intrapartum period in a versatile manner from the perspective of the midwives.*

**Methods:** *This study was made phenomenologically with 12 midwives working in the delivery room of Maternal and Child Diseases Hospital between December 2015 and January 2016. The data were obtained through focus group interview with introductory information and semi-structured interview forms. The answers which were obtained from the open-ended questions and the data through the focus group interview were read line-by-line and also clear and analytical coding on the raw data text analyzed by content analysis method.*

**Results:** *The following six main themes were identified: "midwives' opinions on enema practice", "the opinions of midwives about the necessity of enema practice", "considerations about why midwives see enema practice necessary or unnecessary", "the preeminence of women's wishes for midwives in enema practice", "the experiences of the midwives in enema practice (feelings and thoughts)", "the reactions and behaviors of women in enema practice", "midwives feel in the event of fecal incontinence at birth", "women feel the presence of feces during childbirth". Midwives reported that enema practice did not always necessary (n=2), the requests of the pregnant women were important and could not do if pregnant did not want it (n=4), the reason for enema practice due to expecting the midwife who changing of guard to have had an enema (n=4). Also midwives reported that felt uncomfortable due to the position given to the pregnant (n=2) and the lack of privacy (n=1), they did not like to do this practice (n=2), they thought that women felt pain (n=3) and the shame (n=2) during the practice and wanted to self-administered enema. In case of a woman's fecal soiling during labor, the midwives reported that they felt nauseous (n=3) and uncomfortable about the smell (n=3), decreased motivation (n=2) and women were embarrassed (n=4), refused (n=3) and gave up pushing (n=2).*

**Conclusion:** *This study revealed that midwives had complex opinions and experiences in enormous positive and negative about enema practice. Within the scope of evidence-based*

*practice, service provider quality can be improved by taking the opinions of women about enema and contributing to the reduction of unnecessary intrapartum enema practice.*

**Keywords:** *Midwifery, Intrapartum care, Evidence-based practice, Enema.*

## **GİRİŞ**

Ülkemizde intrapartum lavman uygulaması puerperal ve neonatal enfeksiyon riskini azalttığı, doğum eyleminin süresini kısalttığı ve doğum alanının kirlenmesini önlediği gerekçeleri ile rutin olarak uygulanmaktadır (Taşkın 2016, Olgaç ve Karaçam 2017). Ancak, güçlü kanıta dayalı bilimsel çalışmalar, doğum eyleminde lavman uygulamasının rutin olarak kullanımını desteklememektedir (Revez ve ark. 2013, World Health Organization 2018). Bu nedenle ülkemizde intrapartum rutin lavman uygulaması konusunda ebelerin görüşlerinin incelenmesi ve araştırmaya dayalı bilgilerin açığa çıkarılması önemli ve gereklidir.

İntrapartum lavman kullanımı ülkelere göre değişiklik göstermektedir. İntrapartum lavman uygulanma sıklığının Kanada'da %5,4 (Chalmers ve ark. 2009), İran'da %11,0 (Pazandeh ve ark. 2015) ve İsviçre'de %39 (Sandin-Bojö ve ark. 2006) olduğu bildirilmektedir. Aydın'da yapılan bir çalışmada ise vajinal doğum yapan kadınların %76,6'sına lavman uygulandığı bildirilmiştir (Karaçam ve ark. 2017). Oysa Türkiye'de, sağlık çalışanları tarafından, intrapartum lavman uygulamasının kanıta dayalı uygulamalar ve anne dostu uygulamaları kapsamında kesinlikle yapılmaması gereken uygulamalar içinde yer aldığı bilinmektedir. Diğer yandan, Muğla ve Aydın'da doğum ve kadın hastalıkları alanında çalışan hemşire, ebe ve hekimlerin anne-dostu uygulamalarına ilişkin görüşlerinin incelendiği bir araştırmada, katılımcıların %44'ünün "doğumda tıbbi endikasyon olmadıkça lavman uygulanmamalıdır" ifadesine kesinlikle katılmadıkları, %22'sinin kararsız oldukları ve %34'ünün de katıldıkları bildirilmiştir (Olgaç ve Karaçam 2017).

Literatürde intrapartum lavman uygulamasının nedenleri perinatal travmatize olan dokunun dışkı ile temasını önleyerek neonatal ve postpartum enfeksiyonların azaltılması, kadınların bağırsaklarının temizlenmesini iyi bir şey olarak görmeleri ve doğum sonrası epizyotomi ile birlikte dışkılama sırasında yaşanan rahatsızlık hissinin azaltılması olarak gösterilmektedir (Revez ve ark. 2013). Uygulanmaması için gerekçeler ise; enfeksiyonu önlememesi, kadına rahatsızlık vermesi ve maliyeti arttırması olarak gösterilmektedir (Cuervo ve ark. 2006, Yeat ve ark. 2011). Revez ve ark. (2013) tarafından yapılan, dört randomize kontrollü araştırmanın ve 1917 kadının yer aldığı, bir Cochrane derlemesinde, lavman uygulamasının perinatal ve neonatal enfeksiyon oranları ve kadının memnuniyeti üzerinde etkisinin olmadığı ve doğum eyleminde rutin olarak uygulanmaması gerektiği bildirilmiştir.

Bu sistematik derleme (Revez ve ark. 2013) güçlü kanıtları ortaya koymasına rağmen, ülkemizde halen intrapartum lavman uygulamasının yaygın kullanıldığı (Karaçam ve ark. 2017), doğum ve kadın hastalıkları alanında çalışan ebe, hemşire ve hekimlerin çoğunun da bu uygulamanın yapılması gerektiği görüşünde oldukları (Olgaç ve Karaçam 2017) görülmektedir. Bu gerekçelerden dolayı intrapartum dönemde rutin lavman uygulamasının sağlık çalışanlarının perspektifinden çok yönlü biçimde açığa çıkarılmasına gereksinim bulunmaktadır. Bu nedenle çalışmamızda

ebelerin intrapartum lavman uygulaması hakkındaki görüş ve deneyimlerinin ortaya çıkarılması amaçlanmıştır.

Bu doğrultusunda aşağıdaki araştırma sorularına yanıt aranmıştır;

1. Ebelerin lavman uygulaması ve gerekliliği hakkındaki görüşleri nelerdir?
2. Ebelerin lavman uygulaması sırasındaki deneyimleri (duygu ve düşünceleri) nasıldır?
3. Kadınların lavman uygulaması sırasındaki tepkileri ve davranışları nasıldır?
4. Ebelerin ve kadınların doğum sırasında dışkı kaçırma durumunda hissettikleri nelerdir?

## GEREÇ VE YÖNTEM

### Araştırmanın Tipi ve Yeri

Bu araştırma Aralık 2015-Ocak 2016 tarihleri arasında, fenomenolojik olarak, Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nin doğum salonunda çalışan ebeler ile yapılmıştır. Fenomenolojik yaklaşımda, insanların deneyimleri, bu deneyimlerini nasıl anlamlandırdığı ve bilince nasıl dönüştürdükleri açıklanmaya çalışılır. Bu yaklaşımda her ne kadar bireylerin deneyimleri incelense de katılımcının yanı sıra araştırmacı da araştırma sürecine dâhil olur. Böylece bireysel gerçeklik katılımcı ve araştırmacı tarafından oluşturulur. Fenomonolojik yaklaşımda görüşmeler mümkün olduğunca önyargısız olarak yapılandırılmış sorularla yapılır ve araştırma süreci tümevarımsaldır (Baş ve Akturan 2008, Yıldırım ve Şimşek 2016). Bu araştırma yöntemi ile zengin niteliksel veriler elde edilebilir.

### Araştırmanın Örnekleme

Araştırma problemlerinin en iyi şekilde incelenecek durumun saptanmasında nitel araştırma örneklem tekniklerinden, amaçlı örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Bu çalışma grubunun belirlenmesinde, maksimum çeşitlilik örnekleme tekniği kullanılmıştır. Maksimum çeşitlilik örnekleme yönteminde amaç görece olarak küçük bir örneklem oluşturmak ve bu örnekleme çalışılan probleme taraf olabilecek bireylerin çeşitliliğini maksimum derecede yansıtmasını sağlamaktır (Yıldırım ve Şimşek 2016).

Araştırmada iki ayrı çalışma grubu belirleme yoluna gidilmiştir. İlk çalışma grubunu araştırmanın yapıldığı Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi doğum salonunda çalışan 12 ebe oluşturmuştur. Araştırmaya hastanenin doğum salonu kadrosunda olan fakat görevlendirme ile başka hastanede çalışan ve resmi izinli olan üç ebe dâhil edilmemiştir. Araştırmanın verilerini zenginleştirmek amacıyla yaş, eğitim durumu, çalışma durumuna dair sınırlama yapılmamıştır. Araştırmanın yapıldığı hastanenin doğumhane biriminde lavman kadınlara rutin olarak uygulanmaktadır. Lavman uygulaması konusunda karar verici merkez genellikle hekim istemleri olmakla birlikte bazı ebeler hekim istemi dışında da lavman uygulamasını planlamaktadır. Araştırmanın yapılacağı merkezde yapılan bir çalışmada vajinal doğum yapan kadınların %76,6'sına lavman uygulandığı bildirilmiştir (Karaçam ve ark. 2017). Fakat hastanenin yakın zamanda anne dostu hastane olması ile birlikte bu

tutum değişmeye başlamıştır.

İkinci aşamada bu grup içinden aşırı ve aykırı uç örneklemi (dört ebe) belirlenmiştir. Lavman uygulamasına tamamen karşı olan, kesinlikle tam olarak benimseyen, lavmana karşı olmayan ve uygulayan, karşı olan ancak çok direnç göstermeyen birer ebe olmak üzere dört ebe seçilmiştir. Odak grup görüşmelerinin genellikle 6-8 katılımcı ile yapılmasının yeterli olduğu kabul edilmektedir. Ancak araştırmanın amacına, araştırma sorularının niteliği ve sayısına göre bu sayı farklılaşabilir. Araştırmalarda, odak grup görüşmelerinin 4-15 kişi yapılabileceği bildirilmektedir (Gibbs 1997). Bu bilgiye göre bu çalışmada dört kişi ile odak grup görüşme yapılması yeterli kabul edilmiştir.

### **Verilerin Toplanma Aracı**

Araştırma verilerinin toplanmasında ebelerin tanımlayıcı özelliklerini sorgulayan 10 sorudan oluşan bir soru formu ve ebelerin lavman uygulaması ile ilgili deneyim ve görüşlerini belirlemek için geliştirilen sekiz sorudan oluşan yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılmıştır. Yarı yapılandırılmış görüşme formunda yer alan açık uçlu sorular ile ebelerin lavman uygulaması ve gerekliliği hakkındaki görüşleri, lavman uygulaması sırasındaki deneyimleri, kadınların lavman uygulaması sırasındaki tepkileri, ebelerin ve kadınların doğum sırasında dışkı kaçırma durumunda hissettikleri sorgulanmıştır.

Veri toplama araçlarının kapsam geçerliliğini sağlamak için biri kalitatif araştırmalar konusunda diğeri doğum, kadın sağlığı ve hastalıkları konusunda uzman iki akademisyenden uzman görüşleri alınmış ve öneriler doğrultusunda düzenlemeler yapılmıştır. Veri toplama formlarının anlaşılabilirliği ve uygulanabilirliğini geliştirmek için üç kişi ile ön uygulama yapılmıştır. Bu uygulama sonucunda formlarda herhangi bir değişiklik yapılmasına gereksinim bulunmamıştır ve bu ebeler araştırma örnekleme dâhil edilmiştir.

### **Verilerin Toplanması**

Araştırma verileri, ebelik alanında doktora eğitiminin tez aşamasında, niteliksel araştırma konusunda eğitim ve deneyimi olan birinci araştırmacı tarafından toplanmıştır. Veriler, 12 ebeden bireysel görüşme yöntemi ve dört ebenin katıldığı odak grup görüşmesi ile toplanmıştır. Odak grup görüşmesi, araştırmacı tarafından, araştırılan konuya uygun olarak seçilmiş ve bir araya getirilmiş insanların araştırılan problem üzerindeki görüşlerini sunmaları ve tartışmaları amacı ile yapılmaktadır (Powell ve ark. 1996). Odak grup görüşmesi sürecinde katılımcılar, diğer kişilerin tepkilerini ve yanıtlarını dinleyebilirler, buradan hareketle kendi düşüncelerine eklemeler yapabilirler. Katılımcıların uzlaşmaya varması veya fikir ayrılığına düşmesi zorunlu olarak beklenmez. Böylece görüşmede, bireylerin başkalarının görüşlerini de dikkate alarak kendi görüşlerini özgürce ifade etmeleri sağlanır ve yüksek nitelikli veriler elde edilebilir (Patton 2002).

Bu çalışmada verilerin toplanmasında, önce doğum salonunda çalışan ebeler ile tanışılmış, araştırma hakkında bilgi verilmiş ve araştırmaya davet edilmiştir. Çalışmaya katılan 12 ebe ile görüşme yapılarak veri toplama formları doldurulmuştur. İkinci aşamada, bu ebelerden, elde edilen verilere göre aşırı ve aykırı uç örneklem yöntemi

ile dört ebe seçilmiş ve bir ay sonra odak grup görüşmesine alınmıştır. Odak grup görüşmesi için önceden görüşmenin yapılacağı zaman ve tarih katılımcılar ile belirlenmiştir. Grup görüşmesi yaklaşık 50-60 dakika da gerçekleştirilmiş ve ses kayıt cihazı kullanılarak kayıt edilmiştir.

Araştırma verilerinin toplanmasında, ebelerin iş yoğunluğu dikkate alınmış ve uygun oldukları zamanda görüşmeler gerçekleştirilmiştir. İkinci gruba alınan ebeler ile odak grup görüşmesi ebe odasında yapılmıştır. Görüşme sırasında verilen cevapların çevredeki bireylerden etkilenmesini önlemek amacı ile ebeler ve araştırmacının yalnız kalması sağlanmış, ebelerin kendilerini daha rahat hissetmelerine özen gösterilmiştir.

### **Verilerin Analizi**

Elde edilen nicel veriler sayı ve yüzde olarak sunulmuştur. Odak grup görüşmesi yoluyla elde edilen veriler Microsoft Word programı ile kelime kelime bir metin haline getirilmiş ve ham veri dokümanı oluşturulmuştur. Bu doküman satır satır okunmuş, ham veri metni üzerinde açık ve analitik biçimde gerçekleştirilen kodlamalar, içerik analizi yoluyla çözümlenmiştir. Verilerden hareketle, kodların benzerlik, farklılık ve ilişkileri dikkate alınarak kategoriler oluşturulmuş ve belirlenen kategorilere yerleştirilmiştir. Analiz birimi olarak cümleler kullanılmıştır. Sonra her bir kategorinin hangi sıklıkla tekrar ettiği (frekansı) bulunarak, nitel veriler sayısallaştırılmıştır. Güvenirlilik için kodlayıcılar arası katsayı hesaplanmış ve elde edilen güvenilirlik katsayısının (0,89) yeterli düzeyde olduğu görülmüştür (Miles ve ark. 2014).

### **Etik varsayımlar**

Araştırmanın yapılabilmesi için Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan olur (Sayı: 5689545/050.04-433) ve Aydın İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'nden yazılı izin alınmıştır. Ayrıca araştırmaya katılan ebelere araştırma ile ilgili bilgi verilmiş ve onamları alınmıştır.

## **BULGULAR VE YORUM**

### **Ebelerin Tanıtıcı Özellikleri**

Araştırma örneklemine dâhil edilen 12 ebenin sosyo-demografik ve çalışma yaşantıları ile ilgili verileri aşağıda özetlenmiştir. Çalışmaya alınan ebelerin yaş ortalaması  $42,66 \pm 6,4$  (aralık: 29-64)' tür. Ebelerin %50'si lisans mezunu, %75'inin gelir düzeyinin orta ve %75'inin evli olduğu görülmüştür. Yine ebelerin aktif çalışma yıl ortalamasının  $24,09 \pm 4,19$ , doğum salonunda çalışma süre ortalamasının  $14,50 \pm 6,54$  ve yaşayan çocuk ortalamasının  $1,67 \pm 0,89$  olduğu belirlenmiştir. Ayrıca araştırma kapsamına alınan ebeler daha önceki çalışma hayatlarında sağlık ocağı (%91,7), sağlık evi (%16,6) ve üniversite hastanesinde (%8,3) görev yapmışlardır.

Elde edilen nitel veriler altı ana tema altında toplanmıştır;

1. Ebelerin lavman uygulaması hakkındaki görüşleri
2. Ebelerin lavman uygulamasının gerekliliği hakkındaki görüşleri
  - Ebelerin lavman uygulamasını neden gerekli ya da gereksiz gördükleri hakkındaki düşünceleri
  - Lavman uygulamasında ebeler için kadınların isteklerinin önemi

3. Ebelerin lavman uygulaması sırasındaki deneyimleri (duygu ve düşünceleri)
4. Kadınların lavman uygulaması sırasındaki tepkileri ve davranışları
5. Doğum sırasında dışkı kaçırma durumunda ebelerin hissettikleri
6. Doğum sırasında dışkı kaçırma durumunda kadınların hissettikleri

### **Tema 1. Ebelerin Lavman Uygulaması Hakkındaki Görüşleri**

Tablo 1’de görüldüğü gibi ebelere birinci tema doğrultusunda lavman uygulaması hakkındaki ne düşündükleri sorulmuştur. Ebelerin verdikleri cevaplarda lavman uygulaması hakkında genel olan görüş; bazen gerekli olduğu (n=2) şeklindedir. Ebelerin tamamı aynı durumda olsalar idi kendilerine lavman yapılmasını isteyeceklerini bildirmişlerdir. Aşağıda ebelerin lavman uygulaması hakkındaki görüşlerinden örnekler verilmiştir:

**Katılımcı 1:** Doğumdan önce lavman uygulanmaması gerektiğini düşünüyorum. Gereksiz bir tıbbi müdahale. Ama ben doğum yapacak olursam bana lavman yapılmasını isterim. Ben doğum yapmaya gelirim lavmansız ve öyle doğum yaparsam rahat edemem ve kesinlikle beni etkiler. Ben karşımdakini düşünerek ıkmaya utanırım kesin. Ama gebeye yapılsa da olur. Ben kendim için yapılmasını isterdim.

**Katılımcı 2:** Bazen gerek olduğunu düşünüyorum. Ama çokta önemli bulmuyorum açıkçası. Bazı gebeler tam açık geliyorlar. Lavman yapılmamış oluyor ama gaita yapmıyorlar. Baş baskılıyor sanırım gaita çıkışını. Yapsa da sert olduğu için gözüne gözükmüyor. Bazıları da hiç yapmıyor. Demek ki daha öncesinde gaitasını yapmış oluyor. Bilinçli olabilirler bu konuda. Gebelerin bazıları evde ıkmırsam bir şey olur diye gaitalarını gelmeden yapmıyorlar. Ben tecrübeme dayanarak öyle bir şey düşünüyorum. Bir gebelere sormak lazım aslında bunu. Ben kendime de yapılmasını isterdim. İshalim diyene de ben yapmıyorum.

**Katılımcı 3:** Ben lavmanın hem kendi açımdan hem de hasta açısından olması gerektiğini düşünüyorum.

**Katılımcı 4:** Bence lavman yapılmamalı ama tabii ebenin hissettikleri ve kadının hissettikleri de önemli kişiye göre de opsiyon olabilir.

**Tablo 1.** Ebelerin Lavman Uygulaması Hakkındaki Görüşleri

<b>Tema</b>	<b>Kodlar</b>	<b>n=4</b>
Ebelerin lavman uygulaması hakkındaki görüşleri	Kendine lavman yapılmasını tercih etme (n=4), Bazen gerekli (n=2), Gerekli bir uygulama değil (n=1), Tıbbi bir müdahale (n=1), Önemli bir uygulama değil (n=1), Hem ebe hem de kadın için gerekli bir uygulama (n=1), Ebenin hisleri önemli (n=1), Kadının hislerin önemli (n=1), Doğuma tam açık gelen kadınlarda başın gaitayı baskılması (n=1), Hastaneye gelmeden önce gaita yapanların doğumda yapmaması (n=1), Evde ıkmaktan korktukları için gebelerin gaita yapmadan hastaneye gelmesi (n=1), Diyare olanlara lavman uygulamama (n=1)	

## Tema 2. Ebelerin Lavman Uygulamasının Gerekliliği Hakkındaki Görüşleri

Ebelerin lavman uygulamasının gereklii hakkındaki görüşleri Tablo 2'de görölmektedir. Aşağıda ebelerin lavman uygulamasını neden gerekli veya neden gereksiz gördükleri hakkındaki düşüncelerini belirten yanıtlardan örnekler yer almaktadır:

**Katılımcı 1:** Bence lavman yapılmamalı ama tabi ebenin hissettikleri ve gebenin hissettikleri de önemli. Kişiyeye göre de opsiyon olabilir. Niye yapılmamalı çünkü rektumdaki gaitanın ıkınmaya daha çok yardımcı olduğunu düşünüyorum. Kanıt temelli çalışmalarda da bunu okuduk. O yüzden gaitanın faydası olduğunu düşünüyorum.

**Katılımcı 2:** ..... enfeksiyon açısından ben daha temiz olduğunu düşünüyorum. Çünkü herkes aynı düzey çalışmıyor. Bazısı o lavman yapılmadığı zaman her yere bulaştırabiliyor. Çocuğun ağzına bulaştırıyor, kadına bulaştırıyor.

**Katılımcı 3:** .....ben daha çok doğumu arkadaşşıma bırakacağım için ve onun gerekli olduğuna inandığını bildiğim için yapma taraftarıyım. Başkasına bırakacağım için yapıyorum. Ama kendim doğumunu yaptırıcaksam çok önemsemiyorum. Kime bırakacağımı bilmediğim için ve lavmansız bırakmış demesinler diye rutin olarak uyguluyorum.

Ebelere lavman uygulaması yaparken kadınların isteklerinin önemi sorgulandığında ise, ebelerin tamamı kadınların isteklerinin önemli olduğunu ve kadınlar istemez ise bu uygulamayı yapmayabileceklerini belirtmişlerdir.

**Katılımcı 1, 2, 3:** Tabi ki önemli. İstemezse yapmayız.

**Katılımcı 4:** ...Ben gebeye soruyorum. Anlatıyorum. Hani sen çok rahatsız olacak mısın diye. O ille de hayır yapılmasın diyorsa yapmayabilirim. Ama anlatınca o da istiyor.

**Tablo 2.** Ebelerin Lavman Uygulamasını Neden Gerekli ya da Gereksiz Gördükleri Hakkındaki Düşünceleri

Tema	Kodlar	n=4
Ebelerin lavman uygulamasının gereklii hakkındaki görüşleri	Doğumu bir sonraki ebeye bırakacak olma (n=4), Gebenin isteğine göre uygulanması gerektiği (n=3), Doğumu kendi yaptırıcaksam önemli olmama (n=2), Neden gerekli olup olmadığını bilmeme (n=1), Rektumdaki gaita ıkınma için yardımcı (n=1), Kanıt temelli çalışmalarda rutin uygulanmama (n=1), Acil doğumlarda yapılmama (n=1), Enfeksiyon (n=1), Doğum alanının temizliğini sağlama (n=1), Fetüsün yüzüne ve kadına gaita bulaşma (n=1), Kokusundan rahatsız olduğu için yapma (n=1)	

### **Tema 3. Ebelerin Lavman Uygulaması Sırasındaki Deneyimleri (Duygu ve Düşünceleri)**

Görüşme yapılan 4 ebeğin lavman uygulaması sırasındaki deneyimlerine ilişkin bilgiler Tablo 3'de verilmiştir. Ebelerin lavman uygulaması sırasındaki deneyimleri (duygu ve düşünceleri)ne ilişkin yaptıkları bazı açıklamalar şunlardır:

**Katılımcı 1:** Lavman uygulama sırasında aslında pozisyon beni irrite ediyor. Gebenin düştüğü pozisyon rahatsızlık verici..... Ben utaniyorum. Bazen zor gidiyor zaten. Birde hastanın mahremiyet açısından utandığını düşünerekten rahatsız oluyorum.

**Katılımcı 2:** Benim çok kötü bir deneyimim var. Bir keresinde gebe lavman uygularken yüzüme gaz çıkardı. Bende yapmayı çok sevmiyorum aslında ama gereklilik varsa yapıyorsun. Uygulamayı yaparken rahatsızlık hissediyorum çünkü. Aslında kendileri yapmak istiyorlar lavmanı. Kendilerinin yapabileceği bir aparat olsa olabilir. Bir arkadaşımın lavman yaparken yüzüne fişkırmış gaita ile birlikte lavman.

**Katılımcı 3:** Ben çok rahatsız oluyorum. Lavman yaparken dışkının geri gelmesi beni çok rahatsız ediyor.

**Tablo 3.** Ebelerin Lavman Uygulaması Sırasındaki Deneyimleri

<b>Tema</b>	<b>Kodlar</b>	<b>n=4</b>
Ebelerin lavman uygulaması sırasındaki deneyimleri (duygu ve düşünceleri)	Uygulamayı sevmeme (n=2), Gebeye verilen pozisyon rahatsız edici (n=2), Utanma (n=1), Gebenin mahremiyetini bozduğunu düşünerek rahatsız hissetme (n=1), Lavman uygulama sırasında gaitanın geri gelmesinden rahatsız olma (n=1), Yalnızca gerekli ise yapmak isteme (n=1), Uygulama sırasında lavmanın gitmemesi halinde uygulamayı yarıda bırakma (n=1), Mide bulantısı yaşama (n=1)	

### **Tema 4. Kadınların Lavman Uygulaması Sırasındaki Tepkileri ve Davranışları**

Tablo 4'de kadınların lavman uygulaması sırasındaki davranışları ve tepkileri verilmiştir. Ebelerin bu konudaki bazı ifadeleri şöyledir:

**Katılımcı 1:** Kendileri yapmak istiyorlar. Bir tane gebe kendi kendine uygulamak istemişti ama vajen içine lavmanı uygulamıştı hatırlıyorum ben. Önce acı hissediyor sonrasında utanç hissediyor. Utancı daha az hissediyor acıya göre. Acı hissini daha çok belli ediyorlar. Gebenin düştüğü pozisyon rahatsızlık verici. Gebede sanki orda rahatsızmış gibi duruyor ama gebeye daha sonra sorduğumuzda, gebelerin de çoğunluğu aslında lavman olmak istiyor.

**Katılımcı 2:** Bazen acıyor diyorlar ama pozisyon verdirerek daha yavaş yapmaya çalışıyoruz. Bazıları da çok rahatsız olmuyor. Lavman uygulamasını uygulamaya



gerekli gördüğü için çok utanmıyor bazıları. Bazıları da çok utanıyor. Bize de uygulanacak olsa bizde utanabiliriz tabi ki. O psikolojik durum herkese göre değişiyor.

**Katılımcı 3:** Yapmasanız olmaz mı diyorlar. Açıklayınca kabul ediyorlar ama. Bazen basuru olduğu için daha çok acı çekiyorlar.

**Tablo 4.** Kadınların Lavman Uygulaması Sırasındaki Tepkileri ve Davranışları

Tema	Kodlar	n=4
Kadınların lavman uygulaması sırasındaki tepkileri ve davranışları	Acı hissetme (n=3), Lavmanı kendisinin uygulamak istemesi (n=2), Utanç hissetme (n=2), Acı hissini utanca göre daha çok belli etme (n=1), Yapılmamasını talep etme (n=1), Çok rahatsız olmama (n=1), Lavmanı gerekli olarak gören kadınlarda utanmama (n=1), hemoroidi olan kadınlarda daha çok acı çekme (n=1), Rahatsız hissetme (n=1), Gaitasının boşaltılmasını isteme (n=1), Pozisyondan rahatsız olma (n=1)	

### Tema 5. Doğum Sırasında Dışkı Kaçırma Durumunda Ebelerin Hissettikleri

Tablo 5’de görüldüğü gibi ebelerin çoğunluğu doğum sırasında dışkı kaçırma durumunda mide bulantısı yaşadıklarını (n=3) ve kokudan rahatsız olduklarını (n=3) bildirmişlerdir. Aşağıda ebelerin yaptıkları açıklamalardan örnekler yer almaktadır:

**Katılımcı 1:** Benim midem bulanıyor. Öğürmemek için zor tutuyorum kendimi. Kokudan dolayı özellikle. Hemen maske takıyorum. Ama öğürme ve bulantı hissi çok oluyor bende. Bu durumda doğum uzun sürerse etkileniyorum. Bir dolanıp gelesi geliyor insanın.

**Katılımcı 2:** Bende mide bulantısı yaşıyorum. Sonrasında motivasyonum da bozuluyor. Hemen ah uh demeye başlıyorum. Biz ay falan dediğimiz zaman gebede rahatsız oluyor bu durumdan tabi. Tepkilerimizi gizleyemiyoruz bazen.

**Katılımcı 3:** Sadece görüntü değil de kokuda oluyor ya o mide bulandırıyor. Bence kokuyor olmasa olabilir ama kokması çok kötü. Bazen kıl kurdu olabiliyor kişilerde o zaman gaita yaptıklarında kıl kurtları da dışarı çıkıyor. O anda ben çok kötü oluyorum. Dokunamıyorum onlara. Birkaç kez yaşadım bunu.

**Tablo 5.** Ebelerin Doğum Sırasında Dışkı Kaçırma Durumunda Hissettikleri

Tema	Kodlar	n=4
Ebelerin doğum sırasında dışkı kaçırma durumunda hissettikleri	Mide bulantısı (n=3), Kokudan rahatsız olma (n=3), Maske kullanmak isteme (n=2), Motivasyonda azalma (n=2), Tepkilerini gizleyememe (n=2), Öğürme hissi (n=1), Kıl kurdu olan kişilerde zorlanma (n=1), Uzun süre o ortamda çalışmama (n=1)	

### **Tema 6. Doğum Sırasında Dışkı Kaçırma Durumunda Kadınların Hissettikleri**

Ebeler, kadınların tamamının dışkı kaçırdıklarını fark ettiklerinde utanmalarını (n=4) belirtmişlerdir (Tablo 6). Ebelerin bu konudaki bazı açıklamaları şöyledir:

**Katılımcı 1:** Utanıyorlar çoğunluklu olarak. Çok azı utanmıyor. İkinmayı bırakıyorlar. Gebelerde fark etmiyorlar yaptıklarını. Ama fark ettiklerinde utanıyorlar yazık.

**Katılımcı 2:** Utanıyorlar genelde. Ay çok özür dilerim diyorlar.

**Katılımcı 3:** Utandıkları için ıkınmayı bırakanlar oluyor. Ama bazıları çok utanmıyor çok rahat oluyorlar.

**Tablo 6.** Kadınların Doğum Sırasında Dışkı Kaçırma Durumunda Hissettikleri

<b>Tema</b>	<b>Kodlar</b>	<b>n=4</b>
Kadınların doğum sırasında dışkı kaçırmada hissettikleri	Utanma (n=4), İkinmayı bırakma (n=3), Özür dileme (n=2), Ebelerin yüz ifadesini fark edince rahatsız hissetme (n=1), Rahat olma (n=1), Dışkı kaçırdığını hissetmeme (n=1)	

### **TARTIŞMA**

Bu çalışma intrapartum dönemde uygulanan rutin lavman uygulamasını, ebelerin perspektifinden çok yönlü biçimde tartışmak amacı ile niteliksel olarak yapılmıştır. Çalışmada başlıca ebelerin lavman uygulamasının bazen gerekli olduğunu düşündükleri, nöbet değişimi sonrası diğer ebenin lavman yapılmış olmasını beklediği için uyguladıkları, lavman uygulamasında kadınların istediğini önemsedikleri, gebeye verilen pozisyonun rahatsız oldukları, uygulamayı sevmedikleri ve dışkı kaçırmada mide bulantısı yaşadıkları sonuçlarına ulaşılmıştır. Yine uygulama sırasında kadınların daha çok acı ve utanma hissettikleri, ıkınmayı bıraktıkları sonuçları elde edilmiştir. Bu sonuçlar ebelerin lavman uygulaması konusunda olumlu ve olumsuz nitelikte karmaşık görüş ve deneyimlerini ortaya koyması bakımından önemlidir.

Literatürde kanıta dayalı uygulamalara dayalı olarak intrapartum dönemde lavmanın gereksiz olduğu (Cuervo ve ark. 2006, Yeat ve ark. 2011, Reveiz ve ark. 2013) bilgilerin aksine bu çalışmada ebeler, lavmanın bir sonraki ebeye teslim öncesinde ve gebenin isteği gibi bazı durumlarda gerekli olduğu genel görüşüne sahip oldukları görülmüştür. Bu sonuç ebelerin kanıta dayalı uygulamalar konusunda bilgilendirilmesi gerektiğini gösterebilir.

Bu çalışmada ebeler lavmanı gebenin isteği ve takip ettikleri gebelerin doğumunu nöbet değişimi sonrası başka bir ebeye devredecekleri için uyguladıklarını söylemişlerdir. Ayrıca ebelerin lavmanı enfeksiyonu önleme, doğum alanının temizliğini sağlama ve dışkı kokusundan rahatsız olma nedenleri ile uyguladıkları saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda da benzer şekilde lavman uygulamasının genellikle puerperal ve yenidoğan enfeksiyonlarını azaltmak, bağırsakların boşaltımını

sağlayarak epizyotomi uygulanan kadınlarda doğum sonu bağırsak hareketleri nedeniyle oluşabilecek rahatsızlığı önlemek amacıyla yapıldığı rapor edilmektedir (Cuervo ve ark. 1999, Lopes ve ark. 2001). Fakat güncel kanıt temelli sistematik derlemeler uygulamanın gerekliliğini desteklememektedir (Revez ve ark. 2013). Bu sonuçlar ebelerin, lavman konusundaki uygulamalarını kanıta dayalı güncel bilgilere göre yeniden düzenlemeleri gerektiğini gösterebilir. Ancak bu konuda hekimlerin de ebeler ile benzer yaklaşımlara sahip olmaları uygulamaları kolaylaştırabilir.

Ebeler lavman uygulaması sırasındaki gebeye verilen pozisyondan rahatsız olduklarını ve bu uygulamayı sevmediklerini bildirmişlerdir. Yine ebeler kadınların da lavman uygulaması sırasında daha çok acı hissettiklerini, utandıklarını ve kendi kendine uygulamak istediklerini bildirmişlerdir. Bu sonuçlara dayalı olarak lavman uygulamasının ebeler tarafından her ne kadar uygulama basamaklarına uygun biçimde uygulanırsa da kadınların işlem sırasında rahatsız olması dikkat çekicidir.

Bu çalışmada ebelerin çoğunluğu doğum sırasında dışkı kaçıрма durumunda mide bulantısı yaşadıklarını, kokudan rahatsız olduklarını, motivasyonlarının azaldığını ve maske kullanmak zorunda kaldıklarını bildirmişlerdir. Bu sonuçlar ebeleri lavman uygulamaya yönlendirebilir.

Araştırmada ebeler kadınların doğum sırasında dışkı kaçırdıklarını fark ettiklerinde utandıklarını, ıkmayı bıraktıklarını ve kendilerinden özür dilediklerini bildirmişlerdir. Bu sonuç dışkı kaçırmının doğum eyleminin seyrini olumsuz etkileyebileceğini göstermektedir. Literatürde bu konuda herhangi bir bilgiye rastlanmaması daha fazla araştırma yapılması gereğini ortaya koymaktadır.

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırmada ebelerin;

- Lavman uygulamasını bazen gerekli buldukları,
- Nöbet değişimi sonrası gebelerini devrettikleri ebenin beklentisi nedeni ile uyguladıkları,
- Kadınların lavman konusundaki isteklerinin önemli olduğunu bildirdikleri,
- İşlem sırasında gebeye verilen pozisyondan rahatsız oldukları ve uygulamayı sevmedikleri,
- Kadınların uygulama sırasında acı hissettiklerini bildirdikleri,
- Dışkı kaçıрма durumunda mide bulantısı yaşadıkları, kadınların ise utandıklarını ve ıkmayı bıraktıklarını bildirdikleri sonuçlarına ulaşılmıştır.

Bu sonuçlara dayalı olarak;

- İntrapartum bakım hizmetlerinde çalışan ebelerin lavman uygulaması konusunda kanıta dayalı uygulamalara göre bilgi ve uygulamalarını güncellemeleri,
- Lavman tıbbi endikasyon nedeni ile yapılacak ise kadınların beklentileri ve gereksinimleri sorgulanarak uygun girişimlerin planlanması, işlem basamaklarının açıklanması, işlem sırasında kadına odaklanması ve mahremiyetin sağlanması ile yaşanacak rahatsızlıkların azaltılması,

- Örgün ve hizmet içi eğitim programlarında anne ve yenidoğan sağlığına katkısı bulunmadığından intrapartum dönemde lavmanın rutin olarak uygulanmamasının önemi vurgulanmalı,
- Hastane ve klinik yöneticilerinin intrapartum dönemde lavman uygulanmaması konusunda düzenleme yapmaları ve bu konuda hizmet içi eğitim planlama ve yürütmeleri,
- Bu konudaki bilgi birikimini arttıracak daha kapsamlı ve güçlü kanıtlar oluşturabilecek gözlemsel, deneysel ve kalitatif çalışmaların yapılması önerilebilir.

#### **KAYNAKLAR**

- Baş T, Akturan U. Nitel Araştırma Yöntemleri NVivo 7.0 ile Nitel Veri Analizi. 1. Baskı. Ankara: Seçkin Yayıncılık; 2008. 21-22.
- Chalmers B, Kaczorowski J, Levitt C & et al. Use of Routine Interventions in Vaginal Labor and Birth: Findings from the Maternity Experiences Survey. *Birth* 2009; 36(1): 13–25.
- Cuervo LG, del Pilar Bernal M, Mendoza N. Effects of High Volume Saline Enemas vs No Enema During Labour–The N-Ma Randomised Controlled Trial [ISRCTN43153145]. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2006; 6(1): 1-8.
- Cuervo LG, Rodríguez MN, Delgado MB. Enemas during Labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 1999; Issue 4. Art. No.: CD000330. DOI: 10.1002/14651858.CD000330.
- Gibbs A. Focus Groups. *Social Research Update* 1997; 19(8): 1-8.
- Karaçam Z, Kurnaz DA, Güneş G. Evaluating the Content and Quality of Intrapartum Care in Vaginal Births: An Example of a State Hospital. *Turk J Obstet Gynecol* 2017; 14(1): 10-17.
- Lopes MHBDM, Silva MAS, Christóforo FFM & et all. The Use of Intestinal Cleansers to Prepare for Labor: Analysis of Advantages and Disadvantages. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2001; 9(6): 49-55.
- Miles MB, Huberman AM, Saldaña J. *Qualitative Data Analysis a Methods Sourcebook*. 3rd ed. United States of America: SAGE Publications; 2014.
- Olgaç Z, Karaçam Z. Doğum ve Kadın Hastalıkları Alanında Çalışan Hemşire, Ebe ve Hekimlerin Anne-Dostu Doğum Uygulamalarına İlişkin Görüşleri. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi* 2017; 25(3): 153-165.
- Patton MQ. *Qualitative Evaluation and Research Methods*. 3rd ed. California: SAGE Publication; 2002.
- Pazandeh F, Huss R, Hirst J & et all. An evaluation of the Quality of Care for Women with Low Risk Pregnancy: The Use of Evidence-Based Practice during Labour and Childbirth in Four Public Hospitals in Tahrán. *Midwifery* 2015; 31(11): 1045-1053.
- Powell RA, Single HM, Lloyd KR. Focus Groups in Mental Health Research: Enhancing the Validity of User and Provider Questionnaires. *International Journal of Social Psychiatry* 1996, 42(3): 193-206.
- Revez L, Gaitán HG, Cuervo LG. Enemas during Labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013; Issue 5. Art. No.: CD000330. DOI: 10.1002/14651858.CD000330. pub3 I:10.1002/14651858.CD000330.pub4.
- Sandin-Bojö AK, Larsson BW, Axelsson O & et all. Intrapartal Care Documented in a Swedish Maternity Unit and Considered in Relation to World Health Organization Recommendations for Care in Normal Birth. *Midwifery* 2006; 22(3): 207-217.

- Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. 13. Baskı. Ankara: Akademisyen Yayınevi; 2016. 312.
- Yeat SK, Chen SC, Lee HHC. Enema Resulting in Rectal Prolapse and Colostomy in a Term Pregnant Woman. Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology 2011; 50(3): 370-371.
- Yıldırım A, Şimşek H. Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri. 10. Baskı. Ankara: Seçkin Yayıncılık; 2016. 322-335.
- World Health Organization. WHO Recommendations: Intrapartum Care for a Positive Childbirth Experience. Geneva: World Health Organization, 2018.

## ÖĞRENCİLERİN MEME KANSERİ RİSK FAKTÖRLERİ YÖNÜNDEN İNCELENMESİ

STUDENT RESEARCH WITH REGARDS TO RISK FACTORS OF BREAST CANCER

Leyla Eylül EZER\*

Dr.Öğr.Üyesi Eda DOLGUN\*\*

\*Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

\*\* E.Ü. Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği AD.

Bu çalışma, 12-15 Kasım 2015 tarihinde Muğla'da gerçekleştirilen 9. Ulusal Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi'nde poster bildiri olarak sunulmuştur.

Geliş Tarihi/Received: 14.02.2018

Kabul Tarihi/ Accepted: 26.06.2018

### ÖZ

**Amaç:** Öğrencilerin meme kanseri risk faktörleri yönünden incelenmesi amacıyla yapılan tanımlayıcı bir çalışmadır.

**Gereç-Yöntem:** Araştırma bir Üniversitenin Hemşirelik Fakültesinde yapıldı. Araştırmanın örneklemini çalışmaya katılmayı kabul eden 400 kadın öğrenci oluşturdu. Verilerin toplanmasında literatür incelenerek geliştirilen 22 sorudan oluşan soru formu kullanıldı. Soru formu öğrencilerin yaşları ve yaşam şekilleri göz önüne alınarak meme kanseri riskini sorgulamaya yönelik sorulardan oluşturuldu. Veriler SPSS 16.0 programı ile sayı, yüzde ve Ki-Kare ( $X^2$ ) ile değerlendirildi.

**Bulgular:** Araştırma kapsamına alınan öğrenciler 18-26 yaş grubunda yer almaktadır. Öğrencilerin %74.5'inin beden kitle indeksinin 18.5-24.9 kg/m<sup>2</sup> arasında olduğu, %84.5'inin sigara kullanmadığı, %77.0'inin alkol kullanmadığı, %96.0'inin menarş yaşının 12 ve 12 yaşın üstünde olduğu, %94.8'inin hormonal kontraseptif kullanmadığı, %85.2'sinin radyasyona maruz kalmadığı, %91.8'inin ailesinde meme kanseri öyküsünün olmadığı, %97.8'inin daha önce memesiyle ilgili rahatsızlık geçirmediği, %71'inin düzenli spor yapmadığı, %83.2'sinin kırmızı eti haftada 1-2 kez tükettiği, %42.8'inin haftada 3 defadan fazla sebze tükettiği, %39.5'inin haftada 1-2 kez meyve tükettiği, %38.2'sinin haftada 1-2 kez hazır gıda tükettiği saptandı.

**Sonuç:** Çalışma kapsamına alınan öğrencilerin literatürde yer alan meme kanseri risk faktörlerinden bazılarını düşük oranda taşıdıkları saptandı.

**Anahtar Kelimeler:** Öğrenci, hemşirelik, meme kanseri, risk faktörü

### ABSTRACT

**Objectives:** *It is a descriptive research made by the students to make an analyzation with regards to the risk factors of breast cancer.*

**Materials and Methods:** *the research was made at University Faculty of Nursing. The sample of the research composed of 400 female students who agreed to participate in the research. A questionnaire form that consists of 22 questions which were developed by a literature review was used in collecting the data. The question form consisted of questions that aimed to examine the breast cancer risk by taking the ages and lifestyles of the students. The data was evaluated as numbers, percentages and chi square ( $\chi^2$ ) with SPSS 16.0 software.*

**Results:** *The students who were taken into the scope of the research were in the age group of 18-26. It was determined that the body mass index of 74.5% of them was in the range of 18.5-24.9 kg/m<sup>2</sup>, 84.5% of them did not smoke, 77.0% of them did not consume alcohol, the menarche age of 96.0% of them was 12 and over 12, 94.8% of them did not use hormonal contraceptives, 85.2% of them had not been exposed to radiation, 91.8% of them did not have breast cancer history in their family, 97.8% of them had not had an illness regarding their breasts, 71% of them did not do sports regularly, 83.2% of them consumed red meat once to twice a week, 42.8% of them consumed vegetables more than 3 times a week, 39.5% of them consumed fruits once or twice a week, 38.2% of them consumed convenience food once or twice a week.*

**Conclusion:** *It is determined that the students that were in the scope of the research carry some of the risk factors of breast cancer at a low rate.*

**Keywords:** *Student, nursing, breast cancer, risk factor*

## GİRİŞ

Kanser hücrelerin kontrolsüz olarak çoğalması ve yayılmasıyla ortaya çıkan bir hastalıktır (Kosova ve Arı 2008, World Health Organization 2018). Meme kanseri meme dokusundaki hücre ve yapıların bozularak kontrolsüz olarak çoğalmaya başlamasıyla ortaya çıkmaktadır (Somunoğlu 2007, Açıkgöz ve ark 2015). Amerika Birleşik Devletleri'nde 2014 yılında 236.968 kadın ve 2.141 erkeğe meme kanseri tanısı konulduğu ve 41.211 kadın ve 465 erkeğin meme kanserinden yaşamını kaybettiği belirtilmektedir (Centers for Disease Control and Prevention (CDC) - Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezleri, 2018). Ülkemizde 2014 yılı verilerine göre kadınlarda meme kanseri, her 4 kadın kanserinden birisi olmaya devam etmektedir ve bir yıl içinde toplam 16.646 kadına meme kanseri tanısı konulmuştur (Türkiye Kanser İstatistikleri 2017). Meme kanserinin gelişiminde etkili olduğu düşünülen bazı risk faktörleri; cinsiyet, yaş, ırk, menarş yaşı, doğum yapma ve sayısı, ilk tam dönem hamilelik yaşı, menopoz yaşı, laktasyon, infertilite, aile öyküsü, bilinen veya şüphe edilen BRCA1/2, p53, PTEN veya meme kanseri riski ile ilişkili diğer gen mutasyonları, 30 yaşından önce toraks bölgesine radyoterapi, hormon replasman tedavisi, alkol kullanımı, kişisel meme kanseri öyküsü, meme biyopsi sayısı, atipik hiperplazi veya

lobuler karsinoma insitu, dens meme yapısı, beden kitle indeksi (BKİ) olarak belirtilmektedir (Güllüoğlu 2008, Açıkgöz ve Ergör 2013, Aker ve ark 2014). Kadınlarda kontrol altına alınabilecek risk faktörlerinin bilinmesi meme kanseri insidansı ve mortalitesini azaltmada etkili olabilir (Yılmaz ve ark 2010, Açıkgöz ve Ergör 2013, Yılmazel 2013, Diñçel ve ark 2014). Gençlerdeki durumun değerlendirilmesi ve farkındalıklarının sağlanması gerekli önlemlerin alınması açısından önem taşımaktadır. Bu araştırma, öğrencilerin meme kanseri risk faktörleri yönünden incelenmesi amacıyla yapıldı.

## GEREÇ VE YÖNTEM

### Araştırmanın Tipi

Bu araştırma kadın öğrencilerin meme kanseri risk faktörleri yönünden incelenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapıldı.

### Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, 04.05.2015-30.05.2015 tarihleri arasında bir Üniversitenin Hemşirelik Fakültesinde yapıldı.

### Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini Hemşirelik Fakültesinde okuyan kadın öğrenciler oluşturdu (N:1048).

### Araştırmanın Örnekleme

Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiştir. Araştırmanın örneklemini 04.05.2015-30.05.2015 tarihleri arasında Hemşirelik Fakültesinde okuyan çalışmaya katılmayı kabul eden, ulaşılabilen 400 kadın öğrenci oluşturdu.

### Veri Toplama Yöntemi

Literatür incelemesi sonucu araştırmacılar tarafından geliştirilen soru formunda, sosyo demografik özelliklerle ilgili dört, meme kanseri risk faktörleri ile ilgili 18 olmak üzere toplam 22 soru yer almaktaydı. Soru formu öğrencilere gerekli açıklamalar yapıldıktan sonra yüz yüze görüşme tekniğiyle dolduruldu ve yaklaşık 10 dakika sürdü.

### Verilerin Analizi

Araştırmada elde edilen verilerin değerlendirilmesi bilgisayarda SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) for Windows 16.0 istatistik programı kullanarak yapıldı. Veriler sayı, yüzde ve Ki-Kare ( $\chi^2$ ) ile değerlendirildi.

### Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılabilmesi için Hemşirelik Fakültesi Dekanlığından yazılı izin alındı. Soru formu uygulanmadan önce öğrencilerden sözlü onay alındı.

## BULGULAR VE TARTIŞMA

Araştırma kapsamına alınan öğrenciler 18-26 yaş aralığında yer almaktaydı. Öğrencilerin %73.8'inin gelirinin gidere denk olduğu, %49.2'sinin ilde yaşadığı



görüldü. Öğrencilerin beden kitle indeksine göre dağılımları Tablo 1'de görülmektedir.

**Tablo 1:** Öğrencilerin Beden Kitle İndekslerine Göre Dağılımları

BKİ	Sayı (n)	Yüzde (%)
18,5 kg/m <sup>2</sup> 'nin altında	51	12,8
18,5-24,9 kg/m <sup>2</sup> arasında	298	74,5
25-29,9 kg/m <sup>2</sup> arasında	37	9,2
30-34,9 kg/m <sup>2</sup> arasında	11	2,8
35-39,9 kg/m <sup>2</sup> arasında	1	0,2
40 kg/m <sup>2</sup> üzerinde	2	0,5
<b>Toplam</b>	<b>400</b>	<b>100</b>

Öğrencilerin 18-26 yaş aralığında yer aldığı görüldü. Meme kanseri risk değerlendirme formunda 30 yaş altı grup düşük riskli olarak kategorilendirilmiştir (Eti Aslan ve Gürkan 2007). Literatürde yaş ilerledikçe meme kanseri riskinin arttığı belirtilmektedir (Somunoğlu 2007, Güllüoğlu 2008, Koçak ve ark 2011, Kaymakçı 2014, Dinçel ve ark. 2014, American Cancer Society 2018, National Cancer Institute 2017, National Institute for Health and Care Excellence (NICE) 2017). Öğrencilerin çoğunluğunun BKİ'nin normal sınırlarda olduğu görüldü. Çalışmalarda beden kitle indeksinin 30'un üstünde olması ile meme kanseri görülme sıklığı arasında ilişki olduğu belirtilmiştir (Sangrajang ve ark 2013, Namirian ve ark 2014).

Öğrencilerin %96,0'ının menarş yaşının 12 ve 12 yaşın üstünde olduğu görüldü. Öğrencilerin meme kanseri risk faktörlerine göre dağılımı Tablo 2'de görülmektedir.

**Tablo 2:** Öğrencilerin Risk Faktörlerine göre Dağılımı

Risk Faktörleri	Sayı (n)	Yüzde (%)
<b>Sigara Kullanma Durumu</b>		
Evet	62	15,5
Hayır	338	84,5
<b>Alkol Kullanma Durumu</b>		
Evet	92	23,0
Hayır	308	77,0
<b>Hormonal Kontraseptif Kullanma Durumu</b>		
Evet	21	5,2
Hayır	379	94,8

<b>Radyasyona Maruz Kalma Durumu</b>		
Evet	59	14,8
Hayır	341	85,2

<b>Ailede Meme Kanseri Olma Durumu</b>		
Evet	33	8,2
Hayır	367	91,8
<b>Daha Önce Memeleri ile İlgili Hastalık Geçirme Durumu</b>		
Evet	9	2,2
Hayır	391	97,8
<b>Düzenli Spor Yapma Durumu</b>		
Evet	116	29,0
Hayır	284	71,0
<b>Toplam</b>	<b>400</b>	<b>100</b>

Sigara kullanan öğrencilerin (n=62) %30.6'sının günde 1-5 adet arası, %40.4'ünün günde 5-10 adet arası, %11.3'ünün günde 10-15 adet arası, %17.7'sinin günde 1 paket sigara kullandıklarını belirttikleri görüldü. Alkol kullanan öğrencilerin (n=92) ise %95.7'sinin günde 2 kadehten az, %4.3'ünün ise günde 2 kadehten fazla alkol kullandığını belirttikleri görüldü. Hormonal kontraseptif kullanan öğrencilerin (n=21) %28.6'sının 1-6 ay, %33.3'ünün 1 yıl, %38.1'inin 2 yıl kullandığını belirttikleri görüldü. Radyasyona maruz kalan öğrencilerin (n=59) %8.5'inin radyasyona 10-14 yaş arasında, %37.3'ünün 14-20 yaş arasında, %54.2'sinin 20'li yaşlarda maruz kaldığı görüldü.

Farklı çalışma gruplarında sigara kullanım oranları da farklılık göstermektedir (Yılmaz ve ark 2010, Aker ve ark 2014). Araştırma kapsamına alınan sigara kullanan öğrencilerin oranı düşük bulundu ancak sigaranın sağlığa birçok yönden zararı vardır. Öğrencilerin hem kendi sağlıklarını korumaları hem de topluma örnek olacakları meslek grubunda bulunmalarından dolayı sigaranın sağlığa zararları ve sigarayı bırakmaya yönelik teşvik edici sürekli eğitimler olmalıdır. Günlük alınan alkol miktarı arttıkça riskin de arttığı belirtilmektedir (Yavuz ve Dolgun 2015). Araştırma kapsamındaki öğrencilerin çoğunun alkol kullanmadığı, kullananların ise az miktarda kullandığı belirlendi.

Meme kanseri riski, erken yaşta adet gören (<12 yaş) ve nispeten ileri bir yaşta menopoza giren (>55 yaş) kadınlarda daha yüksektir (Yavuz ve Dolgun 2015, American Cancer Society 2018). Çalışmadaki öğrencilerin çoğunun menarş yaşının 12'den büyük olduğu görüldü.

Literatürde memenin geliştiği dönemde radyasyona maruz kalmanın meme kanseri riskini artırdığı belirtilmektedir (Güllüoğlu 2008, Koçak ve ark 2011, Kaymakçı 2014, Yavuz ve Dolgun 2015, American Cancer Society 2018, National Cancer Institute 2017). Çalışmada öğrencilerin %14,8'inin radyasyona maruz kaldığı görüldü.

Ailesinde meme kanseri olan öğrencilerin (n=33) %12.1'inin birinci derece, %87.9'unun ikinci derece akrabasında meme kanseri olduğu görüldü. Birinci dereceden bir akrabasında meme kanseri olan kadınlarda ve memesi ile ilgili rahatsızlık geçirenlerde kanser riski daha yüksektir (Yavuz ve Dolgun 2015, Koçak ve ark 2011, National Cancer Institute 2015, Kaymakçı 2014, Somunoğlu 2007, American Cancer Society 2018). Ailesinde meme kanseri bulunan öğrencilerin %8,2 olduğu ve daha önce memesi ile ilgili rahatsızlık geçirenlerin %2,2 olduğu görüldü. Öğrencilerin ailesinde meme kanseri olma durumu ve memesi ile ilgili rahatsızlık geçirme durumları karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunamadı ( $\chi^2=0.828$ ,  $p=0.363>0.05$ ).

Spor yapan öğrencilerin (n=116) %5.2'sinin haftada bir gün, %48.3'ünün 2-3 gün, %19.0'ının 4-5 gün, %27.6'sının her gün spor yaptığını belirttikleri görüldü. Çalışmada düzenli egzersiz yapanların oranı düşük bulundu. Bunun nedeni derslerin yoğun olması ya da spora önem verilmemesi olabilir. Öğrenciler birincil korunma yönünden bilinçlendirilmeli ve okulun spor kulüplerine yönlendirilmelidir. Literatürde düzenli yapılan egzersizin kadınlarda meme kanserine yakalanma riskini azalttığı belirtilmektedir (Bernstein 2005, Güllüoğlu 2008, Sangrajrang 2013, American Cancer Society 2018). Çocukluk çağından itibaren düzenli egzersiz yapılması alışkanlık haline getirilmeli ve yaş ilerledikçe de devam edilmelidir.

Öğrencilerin beslenmelerinde gıdaları tüketme sıklıklarına göre dağılımı Tablo 3'de görülmektedir.

**Tablo 3.** Öğrencilerin Gıdaları Tüketme Sıklıklarına Göre Dağılımları

Gıda	Kırmızı Et		Sebze		Meyve		Hazır Gıda	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Her gün	6	1,5	105	26,2	95	23,8	131	32,8
Haftada 3den fazla	51	12,8	171	42,8	143	35,7	102	25,5
Haftada 1-2 kez	33	83,2	124	31,0	158	39,5	153	38,2
Hiç Tüketmiyorum	10	2,5	-	-	4	1,0	14	3,5
<b>Toplam</b>	<b>400</b>	<b>100</b>	<b>400</b>	<b>100</b>	<b>400</b>	<b>100</b>	<b>400</b>	<b>100</b>

Öğrencilerin %32.8'inin her gün hazır gıda tükettiklerini belirttikleri görüldü. Sağlıklı beslenme hastalıklardan korunma ve obezitenin önlenmesi açısından önemli olduğundan öğrenciler hazır gıda tüketimi yerine sağlıklı ev yemeklerini tercih etmeleri ve dengeli beslenmeleri konusunda bilinçlendirilmelidir.

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuç olarak; bu çalışma kapsamına alınan öğrencilerin literatürde yer alan meme kanseri risk faktörlerinden BKİ'nin 30'un üstünde olması, alkol ve sigara kullanma, hormonal kontraseptif kullanma, radyasyona maruz kalma, ailesinde meme kanseri olma, daha önce memesi ile ilgili hastalık geçirme ve 12 yaşından önce erken adet görmeye başlama durumunu düşük oranda taşıdıkları saptandı. Ancak öğrencilerin yaşlarının ilerlemesiyle risk faktörlerinin artabileceği unutulmamalıdır. Bu nedenle risk grubunda bulunan öğrencilerin değerlendirilmesi, tüm öğrencilerin meme kanserinden korunmaya yönelik bilinçlendirilmesi, risk faktörleriyle ilgili farkındalıklarının sağlanması ve kendi kendine meme muayenesi uygulamalarının önemi konusunda bilgilendirilmesi önerilebilir.

## KAYNAKLAR

- Açıkgöz A, Ergör G. Kadınlarda Meme Kanseri Risk Algısını Etkileyen Etmenler ve Gail Modeli ile Risk Düzeyinin Karşılaştırılması. *J Breast Health* 2013; 9: 156-62. DOI: 10.5152/tjbh.2013.23
- Açıkgöz A, Çehreli R, Ellidokuz H. Hastanede Çalışan Kadınların Meme Kanseri Konusunda Erken Tanı Yöntemlerine Yönelik Bilgi ve Davranışlarının Belirlenmesi, Uygulanan Planlı Eğitimin Etkinliğinin İncelenmesi. *J Breast Health* 2015; 11: 31-38. DOI: 10.5152/tjbh.2014.2322
- Aker S, Öz H, Kaynar Tunçel E. Samsun İlinde Yaşayan Yirmi Yaş Üstü Kadınların Meme Kanseri Risk Faktörleri Açısından Değerlendirilmesi. *J Breast Health* 2014; 10: 229-233. DOI: 10.5152/tjbh.2014.2193
- American Cancer Society. Breast Cancer Risk and Prevention, <https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/risk-and-prevention.html>, (Erişim Tarihi: 29.01.2018)
- Bernstein L, Patel AV, Ursin G & et al. Life time Recreational Exercise Activity and Breast Cancer Risk Among Black Women and White Women. *JNCI* 2005; 97: 1671-1679. DOI:10.1093/jnci/dji374.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Breast Cancer Statistics. <https://www.cdc.gov/cancer/breast/statistics/index.htm> (Erişim Tarihi: 10.05.2018).
- Diñel O, Başak F, Pektaş B ve ark. Eğitim Seviyesi Düşük Kadınların Meme Kanseri Bilgi Düzeyi ve Risk Hesaplaması. *Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi* 2014; 25(3): 181-186. DOI: 10.5505/jkartaltr.2014.07269
- Eti Aslan F, Gürkan A. Kadınlarda Meme Kanseri Risk Düzeyi. *Meme Sağlığı Dergisi* 2007; 3: 63-68.
- Güllüoğlu BM. Meme Hastalıklarına Yaklaşım: "Meme kanseri için risk değerlendirmesi ve tarama stratejileri". *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi* 2008; 12: 9-17.
- Kaymakçı Ş. Meme Hastalıkları. Karadakovan A, Eti Aslan F, Editör. Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Geliştirilmiş 3. Baskı. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi; 2014. 917-945.
- Koçak S, Çelik L, Özbaşı S ve ark. Meme Kanseri Risk Faktörleri, Riskin Değerlendirilmesi ve Prevansiyon: İstanbul 2010 Konsensus Raporu. *Meme Sağlığı Dergisi* 2011; 7(2): 47-67.
- Kosova F, Arı Z. Adipositokinler ve Meme Kanseri. *F.Ü.Sağ.Bil.Tıp.Derg* 2008; 22: 377-384.
- Namiranian N, Moradi-Lakeh M, Razavi-Ratki SK & et al. Risk Factors of Breast Cancer in the Eastern Mediterranean Region: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Asian Pac J Cancer Prev* 2014; 15 (21): 9535-9541.

- National Cancer Institute. Breast Cancer Prevention (PDQ®)–Patient Version; 18.08.2017  
<https://www.cancer.gov/types/breast/patient/breast-prevention-pdq#section/all> (Erişim Tarihi: 29.01.2018)
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Familial breast cancer: classification, care and managing breast cancer and related risks in people with a family history of breast cancer. 2017; <https://www.nice.org.uk/guidance/cg164/ifp/chapter/About-this-information> (Erişim Tarihi: 29.01.2018)
- Sangrajrang S, Chaiwerawattana A, Ploysawang P & et al. Obesity, Dietand Physical Inactivity and Risk of Breast Cancer in Thai Women. *Asian Pac J Cancer Prev* 2013; 14: 7023-7027. DOI:<http://dx.doi.org/10.7314/APJCP.2013.14.11.7023>
- Somunoğlu S. Meme Kanserinde Risk Faktörleri. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2007; 2: 2-12.
- Türkiye Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Türkiye Kanseri İstatistikleri. <http://www.kanser.saglik.gov.tr/> , 2017 (Erişim Tarihi: 10.05.2018).
- Yavuz M, Dolgun E. Meme Kanserinde Risk Faktörleri ve Korunma. *Türkiye Klinikleri J Surg Nurs-Special Topics* 2015; 1: 1-6.
- World Health Organization. Cancer, <http://www.who.int/topics/cancer/en/> (Erişim Tarihi: 06.01.2015)
- Yılmaz M, Seki Z, Gürler H ve ark. Bir Üniversitede Çalışan Kadınların Meme Kanseri Risk Faktörleri Yönünden İncelenmesi. *DEUHFED* 2010; 3: 65-71.
- Yılmazel G. Çorum İli Kırsalında Yaşayan 20 Yaş ve Üzerindeki Kadınların Kendi Kendine Meme Muayenesi Yapma Durumları ve Meme Kanseri Risk Faktörlerinin Belirlenmesi. *J Breast Health* 2013; 9: 82-87. DOI: 10.5152/tjbh.2013.09.

## **BİR DEVLET HASTANESİNDE KESİCİ DELİCİ ALET YARALANMALARINDA ÖĞRENCİLERİN YARALANMA SIKLIĞI VE KÖK NEDEN ANALİZİ**

*STUDENTS' INJURY FREQUENCY AND ROOT CAUSE ANALYSIS IN NEEDLE-STICK  
INJURIES IN A STATE HOSPITAL*

**\*Dr. Hemşire Hatice DEMİRDAĞ    \*\* Dr. Hemşire Mine YILMAZ**  
**\*\*\*Op.Dr. Oğuzhan GÜNDÜZ**

\* Üsküdar Devlet Hastanesi, Ar-Ge Birimi

\*\* Üsküdar Devlet Hastanesi, Kalite Yönetimi Birimi

\*\*\*Üsküdar Devlet Hastanesi, Üroloji Kliniği

*Geliş Tarihi/Received: 14.12.2017*

*Kabul Tarihi/ Accepted: 03.08.2018*

---

### **ÖZ**

Amaç Kesici- delici alet yaralanmaları sağlık çalışanları için mesleki riskler içerisinde ilk sıralarda yer almaktadır. Tıbbi deneyimlerinin yetersiz olması nedeniyle klinik uygulamaları sırasında öğrencilerin kesici ve delici aletlerle yaralanma açısından yüksek riskli grupta olduğunu görmekteyiz. Bu çalışmanın amacı İstanbul'da bir devlet hastanesinde 1 yıl içerisinde görülen kesici-delici alet yaralanma sıklığı içerisinde öğrencilerin yaralanma sıklığını belirlemektir.

Gereç-Yöntem: Çalışma retrospektif tipte olup Üsküdar Devlet Hastanesinde 2016 yılında gerçekleşen kesici-delici alet yaralanma kayıtları değerlendirilerek gerçekleştirilmiştir

Bulgular ve sonuç: 2016 yılı içerisinde toplam 30 adet kesici-delici alet yaralanması bildirimi yapılmıştır. Meslek bazında incelediğimizde; kesici-delici alet yaralanmalarının %10 u hekim, %23.33 'ü hemşire , %3,33'ü sağlık teknisyeni, %13.33'ü temizlik personeli ve %50'si stajyer öğrencilerin oluşturduğunu görmekteyiz. Yapılan kök neden analizlerini incelediğimizde; yaşanan yaralanmaların 3 tanesinde öğrenci kan alırken yanında kesici-delici alet kutusu götürmemiş ve taşıma esnasında iğne ucu eline batmıştır. 10 olayın öğrencilerin dikkatsizlik ve bilgi eksikliği kaynaklı olduğu görülmüştür. 2 olay da ise hastanın ajite tavırları nedeniyle öğrencinin eline çarpması sonucu yaralanma gerçekleşmiştir. Bölüm bazında incelediğimizde yaralanmaların %36,66'sı (n:11) kliniklerde, %20'si(n:6) acil serviste, %10 u (n:3)

ameliyathane’de, %10 u (n:3) kan alma biriminde, %10 u (n:3) endoskopi ünitesinde, %6,66’sı sterilizasyon ünitesinde, %6,66’sı yoğun bakım ünitesinde gerçekleşmiştir.

Anahtar kelimeler: Öğrenci, Kesici-delici alet yaralanması, Enfeksiyon.

### ABSTRACT

**Object:** *Needle-stick injuries are at the top of the list for occupational risks among healthcare workers. Students are at higher risk group because of their inadequate medical experience,*

*The purpose of this study is; to examine the frequency of injuries that happen to students within the period of a year at a state hospital in Istanbul.*

**Material-Method:** *The study was made retrospectively evaluating the injuries records at Üsküdar State Hospital in 2016.*

**Findings and Conclusion:** *30 needle-stick injury records were made in total at 2016. When we examine professionally 10% of the needle-stick injuries were made by the physicians, 23.33% by nurses, 3.33% by health technicians, 13.33% by cleaning personnel and 50% by trainees. When we examine root cause analysis; Three of the injured injuries did not take the student to the cutting-drilling tool box while the blood was being taken and the needle-like hand had settled during transport. It was seen that 10 incidents were caused by carelessness and lack of knowledge. In two cases the student was injured because of the patient's agitated attitude.*

*When injuries are examined on the basis of the unit-based 36,66% (n = 11) clinics, 20% (N = 6) in the emergency room, 10% (N = 3) in the operating room, 10% (N = 3) blood collection unit, 10% (N = 3) Endoscopy unit, in %6,66% in the sterilization unit, %6,66% in the intensive care unit has been realized..*

**Key words:** *Student, Needle-stick injuries, Infection*

### GİRİŞ

Sağlık kurumları enfeksiyon etkenleri açısından zengin bir flora sahiptir. Sağlık çalışanları da sık sık enfeksiyon etkenleri ile temas ederler ve enfeksiyonlar açısından risk altındadırlar.

Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (CDC) 5.6 milyon sağlık çalışanının HBV, HCV ve HIV başta olmak üzere bir çok kan yolu ile bulaşan patojen açısından risk altında olduğunu bildirmektedir. HBV, HCV ve HIV üzerine odaklanılmakla birlikte sağlık çalışanları 30 dan fazla enfeksiyon etkenine karşı risk altındadır. (www.cdc.gov/2017) Kesici- Delici yaralanmalar sağlık çalışanları için göz ardı edilmeyecek boyutta ve mesleki riskler içerisinde ilk sıralarda yer almaktadır. Kesici delici alet yaralanmaları; kesici-delici aletlerin kaza ile cilde batması sonucu oluşan yaralanmalardır. Kesici-delici aletler enjektör, bistüri, makas, lanset gibi cildi kesebilen tüm penetran araç-gereçlerdir. Bu yaralanmalar bakteri, virüs, mantar ve diğer mikroorganizmalarla ilişkili bir çok hastalığı sağlık çalışanlarına taşımaktadırlar. Kesici-delici aletler; bu aletlerin açılması, kapatılması, kullanılması, ayrılması, atılması, toplanması yada atıldıktan sonra çöp içerisinde transferi sırasında sağlık çalışanlarına zarar vermektedir. (www.ccohs.ca/2017; Omaç ve ark, 2010:20)

Sağlık personelinin Hepatit B, Hepatit C ve HIV gibi enfeksiyon bulaşmaları, enfekte hastaların kan ya da vücut sıvıları ile temas etmiş cisimlerle meydana gelen kesici-delici yaralanmalar sonucu veya bu hastaların kan ya da vücut sıvılarının mukozalara sıçraması ile meydana gelmektedir. Sağlık çalışanları iş ortamında hasta kanı ya da diğer vücut sıvıları ile sıklıkla temas etmektedir. Yapılan araştırmalarda özellikle acil ve cerrahi bölümlerde temas sıklığının arttığı belirlenmiştir (Omaç ve ark, 2010:20) CDC , hastanelerde sağlık çalışanları arasında yılda yaklaşık 385.000 adet kesici-delici alet yaralanması meydana geldiğini bildirmektedir. Ancak bu kon u ile ilgili geliştirilen bazı politikalar ve alınan önlemler sonrasında cerrahi olmayan ortamlarda bu yaralanmaların %31.6 azaldığı görülmüştür. Bununla birlikte kesici-delici alet yaralanmalarının yarısının yada yarısından daha fazlasının bildirilmediği düşünülmektedir. Bildirilen kesici-delici alet yaralanmalarının çoğunda hemşireler yaralanmıştır ancak laboratuvar çalışanları, hekimler ve diğer sağlık çalışanları da yaralanmaktadır.

Bu yaralanmalar genellikle hızlı tempolu, stresli ve personel yetersizliği olan ortamlarda tehlikeli ekipmanların kullanılması sonucudur. Bu tür ortamlar sıklıkla yorgunluk, ümitsizlik ve zaman zaman öfkeli duygular üretir. Örneğin, ameliyathanede sağlık personeli "ara ver" lüksüne sahip değildir ve işlem tamamlanıncaya kadar görevlerini yerine getirmek zorundadır. Bu koşullar sağlık çalışanları için yaralanma ve enfeksiyon riskini artırabilir. Kesici delici alet yaralanmalarının %31 i enjektör ucu, % 24 ü suture iğnesi ile oluşmaktadır. Yaralanmaların % 30 u bu aletlerin kullanımından sonra parçaların sökülmesi gibi faaliyetler sırasında, %11 i imha aşamasında gerçekleşmektedir. (www.cdc.gov/2017)

Günümüzde tek kullanımlık tıbbi malzemelerin kullanılması (enjektör, bistüri, lanset v.b.), vakumlu tüple kan alma, delici ve kesici aletlerin delinmez enfekte atık kutusuna atılması gibi yaklaşımlarla perkütan yaralanmaların oranı önemli ölçüde azalmakla beraber ülkemizde hala %50-70 gibi oldukça yüksek oranda olup, önemini korumaktadır (Kılıçarslan, Yıldız ve Bilir 2006; Kişioğlu ve ark, 2002:391; Altıok ve ark.,2009:71).

Tıbbi deneyimlerinin yetersiz olması nedeniyle klinik uygulamaları sırasında öğrenciler kesici ve delici aletlerle yaralanma açısından yüksek riskli grupta olduğunu görmekteyiz Karataş ve ark, (2016:23). Literatürü incelediğimizde öğrencilerin kesici-delici alet yaralanma sıklığının oldukça yüksek olması bunu desteklemektedir. Cervini ve Bell,2005:420 yaptıkları çalışmada öğrencilerin kesici-delici aletlerle yaralanma sıklığını % 55 oranında ; Shiao ve ark.,(2002:197) %61,9; Patterson ve ark.(2003:226) %30, Askarian ve ark,(2012:2) %73, Talas (2009:1394) % 74 olarak saptamıştır. Karataş ve ark, 2016:23 hemşirelik öğrencilerini %30 oranında yaralanmaya maruz kaldığını, ve yaralananların % 44 ünün bunu rapor etmediğini bulmuşlardır. Azad ve ark, 2010:491 hemşireler arasında bildirilmeyen kesici- delici alet yaralanma sıklığını inceledikleri çalışmalarında %45 inin klinik deneyimleri sırasında en az bir kez kesici-



delici aletlerle yaralandıklarını ve bu yaralananların içerisinde yaklaşık %36'sının bunu bildirdiğini ortaya koymuşlardır.

### **AMAÇ**

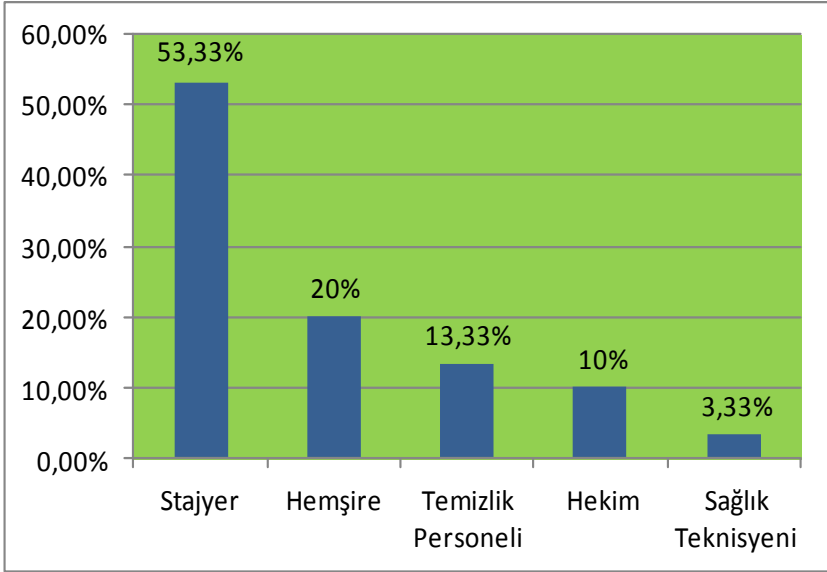
İstanbul'da bir devlet hastanesinde bir yıl içerisinde görülen kesici-delici alet yaralanma sıklığı ve bu yaralanmalar içerisinde öğrencilerin yaralanma sıklığını belirlemektir.

### **GEREÇ VE YÖNTEM**

Bu çalışma retrospektif tipte olup Üsküdar Devlet Hastanesinde 2016 yılında gerçekleşen kesici-delici alet yaralanma kayıtları değerlendirilerek gerçekleştirilmiştir. Kurumdan çalışma için izin alınmıştır. Araştırmanın örneklemini 2016 yılı içerisinde kesici-delici alet yaralanması yaşayan 30 sağlık personeli oluşturmaktadır. Bir yıl içerisinde gerçekleşen tüm yaralanmalar çalışmaya dahil edilmiştir. Veriler kurumda kullanılan kesici-delici alet yaralanma formları ve kök-neden analizi formları kullanılarak elde edilmiştir. Değerlendirme kapsamına; meslek grupları, yaralanmanın meydana geldiği ortam, yaralanmaya neden olan olay, yaralanmaya neden olan alet, olay sırasında kişisel koruyucu kullanma durumu alınmıştır. Toplanan veriler yüzdelik hesaplama kullanılarak değerlendirilmiştir.

### **BULGULAR VE TARTIŞMA**

2016 yılı içerisinde toplam 30 adet kesici-delici alet yaralanması bildirim yapılmıştır. Meslek bazında incelediğimizde; kesici-delici alet yaralanmalarının %10 u (n:3) hekim, %23.33 'ü hemşire(n:6), %3,33'ü (n:1) sağlık teknisyeni, %13.33'ü (n:4) temizlik personeli ve %50'si(n:31) stajyer öğrencilerin oluşturduğunu görmekteyiz. Yapılan çalışmalara baktığımızda bizim çalışmamızın sonuçları ile benzer sonuçlar olduğunu görmekteyiz. Cervini ve Bell (2005:420) yaptıkları çalışmada öğrencilerin kesici-delici aletlerle yaralanma sıklığını % 55 oranında ; Shiao ve ark.,(2002:197) %61,9; Patterson ve ark.(2003:226) %30, Askarian ve ark (2012:2) %73, Talas (2009:1394) % 74 olarak saptamıştır. Yaralanmaların %93.33'ü iğne ucu ile gerçekleşmiştir. Yaralanmaya neden olan aletlerin % 96,66'sının kontamine olduğu ve %10 yaralanma kan yolu ile bulaşan hastalığı olan hastada kullanılan alet ile gerçekleşmiştir. Bölüm bazında incelediğimizde yaralanmaların %36,66'sı (n:11) kliniklerde, %20'si(n:6) acil serviste, %10 u (n:3) ameliyathane'de, %10 u (n:3) kan alma biriminde, %10 u (n:3) endoskopi ünitesinde, %6,66'sı sterilizasyon ünitesinde, %6,66'sı yoğun bakım ünitesinde gerçekleşmiştir. Yaralanmaların %80'inde yaralanma esnasında kişisel koruyucu ekipman kullanıldığı görülmüştür.



**Grafik 1: Kesici-Delici Alet Yaralanmalarının Meslek Gruplarına Göre Dağılımı**

Öğrenci yaralanmaları tüm yaralanmaların % 50 sini oluşturmaktadır. Yapılan kök neden analizlerini incelediğimizde; yaşanan yaralanmaların 3 tanesinde öğrenci kan alırken yanında kesici-delici alet kutusu götürmemiş ve iğne ucunu elinde taşıırken yaralanmıştır. 10 olayın öğrencilerin dikkatsizlik ve bilgi eksikliği(iğne ucunu kapatmak, avucunda tutmak kesici-delici alet kutusuna atmamak vb.) olduğu görülmüştür. 2 olay da ise hastanın ajite tavırları nedeniyle öğrencinin eline çarpması nedeniyle yaralanma gerçekleşmiştir. Karataş ve ark.'nın (2016:23) çalışmasında öğrenci yaralanmalarının % 11'i iğne ucunu kapatırken gerçekleşmiştir. Bu oran Kuyurtar ve Altın ok'un (2009:67) sağlık yüksek okulu öğrencilerinde yaptığı çalışmada % 19,1 dur. Olgun ve ark.'nın (2014:39) çalışmasında kesici-delici alet yaralanmalarının %77.7 oranında iğne ucu nedeniyle olduğu tespit edilmiştir. Kontamine perkütanöz yaralanmaların %8'inin birkaç aşamalı işlemlerin herhangi bir aşamasında; %13'ünün iğnenin kılıfını takarken; %41'inin işlem bittikten sonra olduğu dikkati çekmektedir (Demir ve ark.,2006:183)

Hastanemizde tüm stajyer öğrencilere enfeksiyon hemşiresi tarafında staja başlamadan önce "kesici-delici alet yaralanmalarından korunma" konulu eğitim verilmektedir. Ancak bu çalışmada görülmüştür ki; öğrenciler panik, tecrübesizlik ve dikkatsizlikle bu eğitimde alınan bilgileri uygulamalarına entegre etmekte güçlük çekmektedirler.

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışma sonucunda bir devlet hastanesinde bir yıl içerisinde gerçekleşen tüm yaralanmaların % 50 sinde öğrencilerin yaralandığı görülmüştür. Yapılan kök neden analizlerinde öğrencilerin yaralanmalarının genellikle tecrübesizlik, dikkat eksikliği ve bilgi eksikliği kaynaklı olduğu görülmüştür. Kesici-delici alet yaralanmalarından korunmaya ilişkin eğitimlerin sağlık bilimleri ile ilişkili öğrenci yetiştiren tüm okullarda ilk yıldan itibaren örgün eğitimin içerisinde verilmesinin, öğrencilerin bilgi düzeyinin ve farkındalığının artması açısından önemli olduğu düşünülmektedir. Ayrıca invaziv işlemlerle ilişkili uygulamalarda klinik uygulama öncesi öğrenci hemşireye özgü bilişim sistemleri kullanılmalı ve simülasyon robotları gibi alternatif yöntemlerle uygulamalar yapılmalıdır. Klinik stajlar sırasında öğrencilerin uygulamalarının gözetmen öğretim görevlileri tarafından izlenmesi ve kayıt altına alınması yararlı olacaktır.

## KAYNAKLAR

- Altıok Meral; Kuyurtar Funda; Karaçoğlu Sevim; Ersöz Gülden; Erdoğan, Semra. Sağlık Çalışanlarının Delici Kesici Aletlerle Yaralanma Deneyimleri ve Yaralanmaya Yönelik Alınan Önlemler, Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi 2009; Cilt:2,Sayı:3 sayfa: 70-79
- Askarian, Mehrdad; Malekmakan, Leila; aid A; Assadian, Ojan. Prevalence of Needle Stick Injuries Among Dental, Nursing And Midwifery Students in Shiraz, Iran. GMS Krankenhhyg Interdiszip.2012 ;7(1) pp:1-5 Doc05. doi: 10.3205/dgkh000189.
- Cervini, Patrick; Bell Chaim. Needlestick Injury and Inadequate Post-Exposure Practice in Medical Students. J GEN INTERN MED. 2005; 20 pp:419-421.
- Demir İ, Kaya S, Demirci M, Cicioğlu-Arıdoğan B. Isparta İli Sağlık Personelinde Hepatit B Virüs Seropozitifliğinin Araştırılması, İnfeksiyon Dergisi 2006;20(3):183-7.  
[https://www.ccohs.ca/oshanswers/diseases/needlestick\\_injuries.html](https://www.ccohs.ca/oshanswers/diseases/needlestick_injuries.html),  
<https://www.cdc.gov/niosh/stopsticks/sharpsinjuries.html> Erişim tarihi:05.06.2017
- Karataş, Burcu; Çelik, Sedef, Seval; Koç, Ayşegül. Hemşirelik Öğrencilerinin kesici-delici aletlerle yaralanmaya ilişkin bilgi düzeylerinin ve tutumlarının incelenmesi, Bozok Tıp Derg. 2016; 6(4) s:21-29
- Kılıçarslan A, Yıdız AN, Bilir N. Hacettepe Üniversitesi Hastanelerinde Çalışan Araştırma Görevlilerinin Mesleki Riskleri. Hacettepe Tıp Dergisi 2006; 37 (4): 179-185.
- Kişioğlu, A Nesimi; Öztürk, Mustafa; Uskun, Ersin; Kırbıyık Sema. Bir Üniversite Hastanesi Sağlık Personelinde Delici Kesici Yaralanma Epidemiyolojisi Ve Korunmaya Yönelik Tutum ve Davranışları. J Med Sci. 2002; 22: pp: 390-396.
- Kuyurtar F, Altıok M. Tıp ve Hemşire Öğrencilerinin Delici-Kesici Aletlerle Yaralanma Deneyimleri Ve Aldıkları Önlemler. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi. 2009;4(12):67-84.
- Olgun S., Khorshid I., Eşer İ. Hemşirelerde Kesici-Delicialet Yaralanması Sıklığının ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2014;30 (2): 34-48.
- Omaç, Mehtap; Eğri, Mücahit; Karaoğlu, Leyla. Malatya Merkez Hastanelerinde Çalışmakta Olan Hemşirelerde Mesleki Kesici Delici Yaralanma ve Hepatit B Bağışıklanma Durumları. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2010; 17 (1), sayfa:19-25

Patterson JM<sup>1</sup>, Novak CB, Mackinnon SE, Ellis RA. Needlestick İnjuries Among Medical Students. Am J Infect Control. 2003; 31(4):226-30.

Shiao JS<sup>1</sup>, Mclaws ML, Huang KY, Guo YL<sup>2</sup>. Student nurses in Taiwan at high risk for needlestick injuries. Ann Epidemiol.82002);12(3) sayfa: 197-201.

Talas M.S. Occupational exposure to blood and body fluids among Turkish Nursing Students During Clinical Practice Training: Frequency of needlestick/sharp injuries and hepatitis B immunization. Journal of Clinical Nursing.2009;18:1394–1403.

## ÖĞRENCİ HEMŞİRELERİN ENTEGRE EĞİTİM SİSTEMİNDEN MEMNUNİYETLERİNİN İNCELENMESİ

INVESTIGATION OF STUDENT NURSES 'SATISFACTION IN INTEGRATED EDUCATION SYSTEM

Ceren ŞAVGAR Özgül ÖZÇAKIR Nildeniz AY

Doç. Dr. Fatma ORGUN\* Arş. Gör. Berna AKÇAKOCA\*

\*E.Ü.Hemşirelik Fakültesi Hemşirelikte Öğretim Anabilim Dalı

Geliş Tarihi/Received: 18.03.2018

Kabul Tarihi/ Accepted: 31.07.2018

---

### ÖZET

**Amaç:** Bu araştırma, bir hemşirelik fakültesinde öğrenim gören öğrenci hemşirelerin entegre eğitim sisteminden memnuniyetlerinin incelenmesi amacıyla yapılan tanımlayıcı tipte bir çalışmadır.

**Gereç ve Yöntem:** Araştırma evrenini 2015-2016 eğitim-öğretim yılında hemşirelik bölümünde öğrenim gören 1436 öğrenci hemşire oluşturmuştur. Örneklem grubunu belirlemede olasılıklı örnekleme yöntemlerinden tabakalı rastgele örnekleme yöntemi kullanılarak, her sınıftan araştırmaya katılmayı kabul eden 240 öğrenci araştırma kapsamına alınmıştır. Veriler araştırmacı tarafında oluşturulan "Kişisel Bilgi Formu" ve "Öğrenci Doyum Ölçeği - Kısa Formu" kullanılarak toplanmıştır.

**Bulgular:** Öğrenci hemşirelerin entegre eğitim sisteminden memnuniyetlerinin incelenmesi amacıyla yapılan çalışmada; öğrencilerin % 42,1'intörnlükten kısmen memnun olduğunu, %42,1'i entegre eğitim sisteminden memnun olmadığını, %61,6'sı entegre eğitim sisteminin bakım verme konusunda orta düzeyde yararlı olduğunu ve %44,6'sı intörnlük sisteminin mesleğe hazırlamada orta düzeyde yararlı olduğunu düşündüklerini ifade etmişlerdir. Öğrenci Doyum Ölçeği ile öğrenci hemşirelerin entegre eğitim sisteminden memnuniyet durumları ve intörnlük programından memnuniyet durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır.

**Sonuç:** Yapılan araştırmada, öğrenci hemşirelerin entegre eğitim sisteminin bakım vermedeki yararlılığını ve intörnlüğün mesleğe hazırlamadaki faydalarını "orta" düzeyde buldukları, entegre eğitim sisteminden memnun olmadıkları ve intörnlük uygulamasından kısmen memnun oldukları saptanmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Entegre eğitim sistemi, Eğitim memnuniyeti, İntörnlük, Öğrenci hemşire.

### ABSTRACT

**Objective:** *This research is a descriptive study aimed at examining the satisfaction of the integrated education system of student nurses studying at a nursing faculty.*

**Methods:** *The study population consisted of 1436 nurses who were studying at nursing faculty in 2015-2016 akademik year. 240 students who accepted the study using stratified random sampling method from probabilistic sampling methods for determining the sampling group were included in the study of thenurse. The data were collected using the "Personal Information Form" created by there searcherand and "Student Satisfaction Scale - Short Form".*

**Results:** *In order to examine the satisfaction of student nurses with the integrated education system, 42.1% of the students were partially satisfied, 42.1% were not satisfied with the integrated education system, 61.6% said that the integrated education system was moderately useful for caring, and 44.6% said that the internship system they were thought to be moderately useful. A statistically significant difference was found between "Student Satisfaction Scale" and satisfaction level of student nurses with integrated education system and satisfaction with intern program.*

**Conclusion:** *It was found that this study, the students 'nurses' satisfaction with the integrated education system was "moderate" in terms of their care-giving benefits and their proficiency in preparing their internship, they were not satisfied with the integrated education system and were partially satisfied with their internship application.*

**KeyWodrds:** *Integrated education, Satisfaction of education, Intern, Nursing student.*

### GİRİŞ

Sağlık bakımı, insanın temel haklarından biri olmasına rağmen dünyada insanların sağlık bakım gereksinimlerinin karşılanmasında farklılıklar olduğu çoğu yerde istendik düzeyde olmadığı bilinen bir gerçektir. Temel sağlık hizmetlerinin başarısı, sağlık bakım sistemindeki değişikliklerin hastanın bakım standardını arttıracak şekilde kullanılmasına ve bakım verecek hemşire ve diğer sağlık personelinin iyi yetiştirilmesine bağlıdır. Çünkü kaliteli bir ürün ve hizmet ancak iyi bir eğitim ile mümkün olmaktadır (Yıldız ve Ardiç 1999). Gelişen dünyaya entegre olabilmek için hemşirelik eğitim sisteminin de kendini yenilemesi, değişen koşul, gereksinim ve beklentilere karşılık vermesi gerekmektedir (Bölükbaş 2006, Çalışkan 2009). Eğitimin amacı; öğrencilerin belirlenen hedeflere ulaşmasını sağlamaktır. Öğrencinin başarısız olmasının başlıca nedeni ise eğitim sistemin öğrenciyeye uygun öğrenme ortamı sağlayamaması ve öğrencilerin öğrenme stillerine uygun eğitim-öğretim faaliyeti yapılamamasıdır (Mutlu 2008). Benzer eğitim seviyesindeki öğrencilerin aynı başarıyı gösteremiyor olması dikkate alınması gereken başka önemli noktalar olduğunu göstermektedir.

Her disiplinde olduğu gibi, hemşirelik eğitim programlarında da sistem ve model çeşitliliği görülmektedir (Dulski ve ark. 2006, Özkütük ve ark. 2018).Türkiye'de hemşirelik lisans programlarında eğitim süresi en az dört yıl ve 4600 saat teorik ve

pratik eğitimi kapsamaktadır. Lisans programları farklı üniversitelerde klasik eğitim, entegre eğitim ve probleme dayalı öğretim modelleri şeklinde yürütülmektedir (Kocaman ve Okumuş 2003, Şenturan ve Alpar 2008, HUÇEP 2014).

**Klasik eğitim** müfredatında, aktif ya da klasik öğretim yöntemleri kullanılarak sistemde var olan temel dersler verilmektedir (Şenturan ve Alpar 2008). Klasik programda eğiticinin aktif katılımı esastır. Öğrenciler ilk kez birinci sınıf bahar döneminde hastanede temel hemşirelik uygulaması yapmaktadırlar. İkinci sınıfta iç hastalıkları ve cerrahi hastalıkları hemşireliği, üçüncü sınıfta kadın doğum ve çocuk sağlığı ve hastalıkları hemşireliği, dördüncü sınıfta ruh sağlığı ve halk sağlığı hemşireliği alanlarında uygulama yapmaktadırlar (Karagözoğlu ve ark. 2014). Ülkemizde hemşirelik eğitiminin %71'inin klasik eğitim sistemi ile verildiği bilinmektedir (Özkütük ve ark. 2018).

**Probleme dayalı öğrenme (PDÖ)**, öğrenci merkezli bir eğitim modelidir. Eğitim yönlendiricisi küçük bir öğrenci grubunda eğitim programının hedeflerinin başarı ile tamamlanmasında aracılık eden bir öğretim elemanıdır (Das ve ark. 2002, Kocaman ve Okumuş 2003). Bu nedenle eğitim yönlendiricisinin sürecin başarısında önemli bir etkisi vardır. Eğitim oturumlarında yönlendirici hem ele alınan konuya öğrencinin ilgisini çekmesi açısından, hem de öğrencinin başarısı üzerinde etki yaratmaktadır (Dolmans ve ark. 1994, Maudsley 2002).

**Entegre eğitim sistemi**, ülkemizde 1999 yılından bu yana çeşitli üniversitelerin hemşirelik bölümlerinde kullanılmakta olup holistik öğrenmeye dayalıdır. Küçük parçaları öğrenmek yerine öğrencinin büyük resmi görmesini sağlar ve konu alanları bir konuya göre ilişkilendirilir (Kocaman 2003). Sağlıktan hastalığa doğru bir yapılanma içeren entegre eğitim programı, bakıma yönelik konular ile ilgili temel bilgi tutum ve becerilerini içerecek şekilde düzenlenmektedir. Entegre program yürütülen okullarda birinci, ikinci ve üçüncü sınıflarda dersler modüller şeklinde yürütülmekte, aktif eğitim yöntemleri kullanılmakta, laboratuvar ve kliniklerde beceri eğitimi verilmektedir. Öğrenciler ikinci sınıf bahar döneminde ilk kez hastane uygulaması yapmaktadırlar. Entegre eğitim sisteminde dördüncü yıl intörnlük programı olarak düzenlenmiştir. İntörnlük programının genel hedefi öğrenciye, üç yıl boyunca öğrendiği ve mezuniyette kazanmış olması beklenen bilişsel, duyuşsal ve psikomotor tüm becerileri geliştirmektir (Karagözoğlu ve ark. 2014). Ülkemizde hemşirelik eğitiminin %4'ünün entegre eğitim sistemi ile yürütüldüğü bilinmektedir (Özkütük ve ark. 2018)

Konu ile ilgili çalışmalarda da ifade edildiği gibi hemşirelik eğitiminde kullanılan çeşitli eğitim modelleri bulunmaktadır. Uygulanan bu eğitim modellerinin kalitesini ve uygulanabilirliğini ölçmenin en iyi yollarından biri de öğrencilerin fikirlerini değerlendirmektir. Ansari'ye göre (2002) öğrenme ve öğretme faaliyetlerinin ölçülmesinde en önemli kalite göstergelerinden biri öğrenci doyumudur. Bu nedenle eğitim kurumlarında, öğrencilerin memnuniyet düzeylerinin belirlenmesi kalite çalışmaları açısından önem taşımaktadır. Konu ile ilgili olarak özellikle yurt dışında ve

ülkemizde kalite çalışmaları kapsamında veya kalite çalışmalarına öncü olmuş çeşitli çalışmalar ve stratejik planlamalar bulunmaktadır (Norman ve ark. 2005, Baykal ve Sökmen 2005, Egelioglu ve ark. 2011, Balcı Yangın ve Kırca 2013).

Öğrenci doyumunu; eğitimle ilgili deneyimlerin ve sonuçların öğrenciler tarafından öznel bir şekilde değerlendirilmesi şeklinde ifade edilebilir (Oliver ve DeSarbo 1989; Akt. Elliot ve Shin, 2002). Elliott ve Shin'e göre (2002) öğrenci doyumunu, öğrencilerin güdülenme ve hatırlama becerisini olumlu yönde etkilemektedir. Daha etkili bir öğrenme ortamı oluşturabilmek için öğrenci doyumunun sağlanması gerekmektedir. Öğrencilerin daha başarılı ve mutlu olabilmelerinin doyum düzeyleri ile ilişkili olduğu bilinmektedir. Doyum, hemşirelerin mesleğini sürdürebilmesi adına da oldukça etkili bir faktördür. Doyum alamayan birey mesleğini yapmak istemeyecektir. Çalışmalarda öğrencilik yıllarında mesleki eğitimden doyum almayan öğrencilerin mesleğini yapmak istemediği saptanmış ve öğrenim çevresinin öğrencinin meslek algılayışını etkilemede önemli rol oynadığına yer verilmiştir (Happel 2000, Keskin ve ark. 2003). Yapılan işten doyum sağlandığı takdirde işten duyulan memnuniyet de artacaktır. Bu sebeple, öğrenci merkezli eğitimin benimsendiği günümüzde öğrencilerin güdülenmelerini, motivasyonlarını, ruhsal durumlarını ve başarı düzeylerini etkilediği bilinen öğrenci doyumunun önemle incelenmesi gerekmektedir.

### **AMAÇ**

Bu araştırma, bir üniversitede lisans eğitimi alan öğrenci hemşirelerin entegre eğitim sisteminden memnuniyetlerinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

### **GEREÇ VE YÖNTEM**

Tanımlayıcı tipte yapılan bir araştırma olan bu çalışmanın evrenini, 2015-2016 eğitim-öğretim yılında bir üniversitede öğrenim görmekte (1, 2, 3 ve 4. sınıfta) olan 1436 hemşirelik bölümü öğrencisi oluşturmuştur. Evrenden seçilen örneklem grubunu belirlemede olasılıklı örnekleme yöntemlerinden tabakalı rastgele örnekleme yöntemi kullanılmış ve araştırmaya katılmayı kabul eden 240 öğrenci araştırma kapsamına alınmıştır. Veriler araştırmacılar tarafından oluşturulan "Kişisel Bilgi Formu" ve Baykal, Harmancı, Eşkin, Altuntaş, Sökmen (2011) tarafından hazırlanan ve güvenilirlik katsayısı 0.97 olarak bulunan "Öğrenci Doyum Ölçeği - Kısa Formu" kullanılarak toplanmıştır.

**Kişisel Bilgi Formu:** Veri toplama aracının ilk bölümünü oluşturan "Kişisel bilgi formu", örnekleme tanımını sağlayan sosyo-demografik (yaş, sınıf, anne baba öğretim durumu, anne baba meslekleri gibi) sorular ve hemşirelik eğitimi doyumunu ile ilişkilendirilen bilgileri elde etmeye yarayan ifadelerden oluşmaktadır.

**Öğrenci Doyum Ölçeği-Kısa Formu:** Veri toplama aracının ikinci bölümünde Baykal, Sökmen ve Korkmaz (2002) tarafından geliştirilen "Öğrenci Memnuniyeti Ölçeği" ni, günümüz koşullarına uyarlayarak kısa formunu oluşturan Baykal, Harmancı, Eşkin, Altuntaş ve Sökmen (2011) tarafından revize edilen 53 sorudan oluşan "Öğrenci Doyum Ölçeği" kullanılmıştır.



Ölçek, Öğretim Elemanları (1-12), Okul Yönetimi (13-21), Kararlara Katılım (22-28), Bilimsel Sosyal Teknik Olanaklar (29-40), Eğitim Öğretimin Niteliği (41-53) olmak üzere toplam 5 alt boyuttan meydana gelmiştir. Ölçekte yer alan ifadelerle verilen yanıtlar "Kesinlikle katılmıyorum (1 puan), Katılmıyorum (2 puan), Kararsızım (3 puan), Katılıyorum (4 puan), Tamamen katılıyorum (5 puan)" gibi puanlanmaktadır. Ölçek bütününde ve alt boyutlarda ortalama puan "1 puan"a yaklaştıkça öğrencinin doyumunun düşük olduğu, "5 puan" a yaklaştıkça doyumun yüksek olduğu şeklinde değerlendirilmektedir. Baykal ve ark. (2011) tarafından yapılan analizler sonucunda ölçeğin Cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0.97 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada ise ölçeğin Cronbach alfa güvenirlik katsayısı; ölçek toplamında 0.98, Öğretim elemanları alt boyutunda 0.95, Okul yönetimi alt boyutunda 0.94, Kararlara katılım alt boyutunda 0.92, Bilimsel sosyal teknik olanaklar alt boyutunda 0.94 ve Eğitim öğretimin niteliği alt boyutunda 0.96 olarak bulunmuştur.

Kullanılan veri toplama aracından elde edilen veriler araştırmacı tarafından SPSS for Windows 16.0 programı kullanılarak sayı, yüzde dağılımları alınmış, t-testi, varyans analizi ve pearson korelasyon analizi yapılmış ve anlamlılık düzeyi 0,05 olarak kabul edilmiştir.

Araştırmacının uygulanabilmesi gerekli kurum izinleri, etik izinler ve araştırmada kullanılan ölçek izni alınmıştır. Anket formu, öğrencilere gerekli açıklamalar yapılarak araştırmaya katılmayı kabul eden öğrencilere uygulanmıştır.

### **BULGULAR VE TARTIŞMA**

Bir üniversitede lisans eğitimi alan öğrenci hemşirelerin entegre eğitim sisteminden memnuniyetlerinin incelenmesi amacıyla yapılan bu çalışmada öğrenci hemşirelerin; %33,5'inin ikinci sınıfta okuduğu (n=81), %48,3'ünün 22-24 yaş aralığında olduğu (n=117), %52,9'unun akademik başarı yönünden kendilerini orta (n=128) düzeyde algıladığı, %44,2'sinin entegre eğitim sisteminin eğitim kalitesini "kısmen kaliteli" (n=107) bulduğu, %40,5'inin mesleği isteyerek (n=98) seçtiği, %49,2'sinin mesleği "kısmen" (n=119) sevdiği, %66,5'inin mesleğin kendine uygunluğunu orta (n=161) düzeyde bulduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlara göre öğrenci hemşirelerin eğitim hayatlarını kısmen başarılı olarak algıladıkları ve entegre eğitim sistemini yorucu buldukları ve kolay iş bulma olanağının olması gibi nedenlerle hemşireliği isteyerek seçtikleri halde zorluklarından dolayı kendilerine kısmen uygun buldukları düşünülebilir.

Öğrenci hemşirelerin; %42,1'i intörlükten kısmen memnun (n=102) olduğunu, %42,1'i entegre eğitim sisteminden (n=102) memnun olmadığını, %61,6'sı entegre eğitimin bakım vermedeki yararlılık düzeyini (n=149) ve %44,6'sı ise intörlük sisteminin mesleğe hazırlamadaki faydalarını (n=108) orta düzeyde bulduklarını belirtmişlerdir. Norman ve ark. (2005)'nin ABD'de 496 hemşirelik öğrencisi ile yaptıkları bir çalışmada, hemşirelik öğrencisi olmanın zorluklarına rağmen,

öğrencilerin %86'sı hemşirelik eğitiminden memnun olduğu belirtilmiştir. Karagözoğlu ve ark. (2014)'nin çalışmasında da öğrencilerin entegre programdan teorik ve laboratuvar eğitiminin yeterli olduğunu düşündükleri, hem klasik hem de entegre eğitim programından orta düzeyde doyum aldıkları ifade edilmiştir. Erenel ve ark. (2008)'nin çalışmasında öğrencilerin tamamının intörlük uygulamasının gerekli ve çok yararlı olduğu konusunda görüş bildirdikleri bulunmuştur. Bahçecioğlu Bahçecioğlu Turan ve ark. (2017)'nin çalışmasında hemşirelik öğrencilerinin intörlük uygulamasından memnun olduğu belirtilmiştir. Karagözoğlu ve ark. (2013)'nin çalışmasında öğrenciler, entegre programın gerekli bilgi ve beceriyi kazandırmada ve laboratuvarın klinik uygulamaya hazırlamasını yeterli bulmadıklarını belirtmişlerdir.

Tural Büyük ve ark. (2014)'nin çalışmasında intörlük eğitiminin, klinik bilgi ve becerilerini, iletişimi becerilerini, motivasyonlarını ve bakım deneyimini arttırdığı belirtilmiştir. Yapılan çalışmalar ile bu çalışmanın sonuçları kısmen benzerlik göstermektedir. Stajların yoğun olmasından dolayı öğrenci hemşirelerin intörlükten kısmen memnun olduğu, eğitim sisteminde sınavların sık aralıklarla yapılmasının da entegre eğitim sisteminden memnuniyet durumunu olumsuz etkilediği düşünülmektedir.

**Tablo 1.** Öğrenci Doyum Ölçeği (Kısa Form) Puan Ortalamaları

	$\bar{X}$	SS
<b>Öğretim Elemanları</b>	3,31	,84
<b>Okul Yönetimi</b>	3,28	,89
<b>Kararlara Katılım</b>	3,25	,91
<b>Bilimsel Sosyal Teknik Olanaklar</b>	3,43	,91
<b>Eğitim Öğretimin Niteliği</b>	3,24	,91
<b>Öğrenci Doyum Ölçeği Toplamı</b>	3,38	,89

Öğrenci hemşirelerin; Öğrenci Doyum Ölçeği ve alt boyutlarına ait puan ortalamaları ölçek toplamında  $\bar{X}=3,38\pm,89$ , Öğretim Elemanları  $\bar{X}=3,31\pm,84$ , Okul Yönetimi  $\bar{X}=3,28\pm,89$ , Kararlara Katılım  $\bar{X}=3,25\pm,91$ , Bilimsel Sosyal Teknik Olanaklar  $\bar{X}=3,43\pm,91$  ve Eğitim Öğretimin Niteliği alt boyutlarında  $\bar{X}=3,24\pm,91$  olarak bulunmuştur. Ölçek toplamında ve alt boyutlarda ortalama puan "5"e yaklaştıkça doyumun yüksek olduğu bilgisine dayanarak (Baykal ve ark., 2011) öğrenci hemşirelerin aldıkları eğitimden kısmen memnun oldukları söylenebilir. Hemşirelik öğrencilerinin eğitimleriyle ilgili memnuniyet düzeylerinin saptanması ile ilgili yapılan çalışmalarda da benzer sonuçlar elde edilmiştir (Ulusoy ve ark. 2007, Egelioglu ve ark. 2011, Balci Yangın ve Kırca 2013, Özdelikara ve Babur 2016).

**Tablo 2.** Öğrenci Hemşirelerin Sınıfları İle Öğrenci Doyum Ölçeğinin (Kısa Form) Karşılaştırılması

ÖLÇEKLER	Birinci Sınıf (50)		İkinci Sınıf (81)		Üçüncü Sınıf (68)		Dördüncü Sınıf (43)		F	P
	X̄	SS	X̄	SS	X̄	SS	X̄	SS		
Öğretim Elemanları (ÖE)	3,69	,57	3,18	,80	3,07	1,16	3,30	,75	5,260	,002
Okul Yönetimi (OY)	3,64	,60	3,10	,81	3,08	,80	3,36	,75	5,089	,002
Kararlara Katılım (KK)	3,93	,57	3,25	,78	3,20	1,19	3,54	,73	8,238	,000
Bilimsel Sosyal Teknik Olanaklar (BSTO)	3,63	,66	3,10	,83	3,08	1,16	3,3	,73	4,582	,004
Eğitim Öğretimin Niteliği (EÖN)	3,82	,58	3,24	,78	3,16	1,11	3,45	,79	6,582	,000
Öğrenci Doyum Ölçeği (ÖDÖ) Toplamı	3,73	,51	3,18	,72	3,11	1,11	3,38	,70	6,600	,000

Öğrenci hemşirelerin sınıfları ile Öğrenci Doyum Ölçeği toplamı ve alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p < 0,05$ ) (Tablo 2). Ölçek puan ortalamalarına bakıldığında; birinci sınıftaki öğrenci hemşirelerin puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 2). Kantek ve Kazancı (2012)'nin ebelik ve hemşirelik öğrencilerinin memnuniyet düzeylerinin belirlenmesine yönelik çalışmasında, sınıflar arası farklılığın olduğunu, bu farklılığın birinci sınıfların daha memnun olmasından kaynaklandığını saptamışlardır. Baykal ve ark. (2005)'nin çalışmasında memnuniyet düzeyi en yüksek grup birinci ve üçüncü sınıflardır. Şahin ve ark.(2014)'nin çalışmasında sınıf değişkeni açısından anlamlı farklılığın olduğu, Yangın ve Kırca'nın (2013) yapmış olduğu çalışmada ise, öğrencilerin memnuniyet düzeylerinde sınıflarına göre farklılık çıktığı ve en yüksek memnuniyet düzeyine sahip olan grubun birinci sınıflar olduğu bulunmuştur. Bu sonuçlar yapılan araştırma ile benzer sonuçlar göstermektedir.

Elde edilen sonuçların entegre eğitim sisteminden kaynaklandığı düşünülmektedir. Nitekim entegre sistemde birinci sınıftan üçüncü sınıfa doğru ders yoğunluğunun arttığı bilinmekte ve bu artışından kaynaklı öğrencilerin memnuniyetlerinde azalma olduğu görülmektedir. Ancak intörlük uygulamasının yapıldığı dördüncü sınıfta öğrencilerin memnuniyet düzeylerinde belirgin bir artış olduğu fark edilmiştir. Nitekim çalışma sonuçlarında da öğrencilerin entegre sistemden memnun olmadıkları ancak intörlükten kısmen memnun olmaları bu bulguyu destekler niteliktedir.

**Tablo 3.** Öğrenci Hemşirelerin Akademik Başarılarını Algılama Durumları ile Öğrenci Doyum Ölçeğinin (Kısa Form) Karşılaştırılması

ÖLÇEKLER	Çok İyi (8)		İyi (88)		Orta (128)		Kötü (18)		F	P
	X̄	SS	X̄	SS	X̄	SS	X̄	SS		
Öğretim Elemanları (ÖE)	3,44	1,11	3,47	,81	3,27	,79	2,31	1,24	18,553	,000
Okul Yönetimi (OY)	3,37	1,15	3,42	,80	3,28	,81	2,15	1,25	13,350	,000
Kararlara Katılım (KK)	3,36	1,14	3,60	,75	3,48	,80	2,28	1,45	13,339	,000
Bilimsel Sosyal Teknik Olanaklar (BSTO)	3,25	1,10	3,42	,80	3,27	,82	2,17	1,24	8,828	,000
Eğitim Öğretimin Niteliği (EÖN)	3,32	1,02	3,59	,75	3,39	,77	2,31	1,40	12,212	,000
Öğrenci Doyum Ölçeği (ÖDÖ) Toplamı	3,35	1,04	3,49	,70	3,33	,74	2,25	1,26	15,069	,000

Öğrenci hemşirelerin akademik başarılarını algılama durumları ile Öğrenci Doyum Ölçeği toplamı ve alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ) (Tablo 3). Ölçek puan ortalamalarına bakıldığında; kendilerini akademik yönden iyi olarak değerlendiren öğrenci hemşirelerin ölçek puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Dost (2007) 'un yaptığı araştırmada, algılanan akademik başarıları yüksek olan üniversite öğrencilerinin doyum puan ortalaması, algılanan akademik başarıları orta ve düşük olanların doyum puan ortalamasından daha yüksek bulunmuştur. Egelioglu ve ark. (2011)'nin çalışmasında da Öğrencilerin Memnuniyet Ölçeği puanları ile akademik başarıları arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu saptanmıştır. Bu sonuçlar çalışma bulguları ile paralellik göstermektedir.

Okul ortamında memnuniyet öğrencilerin akademik başarısını etkileyen en önemli faktörlerden biridir ve lisans eğitiminin niteliği açısından önemli bir göstergedir. Üniversite tarafından kendilerine sağlanan olanaklar konusunda memnuniyet düzeyi yüksek olan öğrencilerin bölümlerine düzenli olarak devam ettiği ve mezuniyet oranlarının da daha yüksek olduğu bilinmektedir (Ekinci ve Burgaz 2007, Ansari 2010). Bu nedenle okullar, öğrencilerin öğrenme ihtiyaçlarını etkin bir şekilde karşılayabilmelidir. Bunun için öğrenme ortamlarının iyi hazırlanması ve öğrencinin ihtiyaç ve beklentilerini eğitim programı doğrultusunda karşılaması gerekmektedir.

**Tablo 4.** Öğrenci Hemşirelerin Entegre Eğitim Sistemi ve İntörlük Programından Memnuniyet Durumları ile Öğrenci Doyum Ölçeğinin (Kısa Form) Karşılaştırılması

Öğrenci Doyum Ölçeğinin (Kısa Form)	Entegre Eğitim Sistemi						İntörlük Programı					
	Evet (49)		Kısmen (91)		Hayır (102)		Evet (100)		Kısmen (102)		Hayır (40)	
	X̄	SS	X̄	SS	X̄	SS	X̄	SS	X̄	SS	X̄	SS
Öğretim Elemanları (ÖE)	3,76	,74	3,41	,75	2,92	,94	3,51	,81	3,25	,86	2,78	,98
	F=18,553 p=,000						F=10,361 p=,000					
Okul Yönetimi (OY)	3,68	,69	3,37	,74	2,94	1,02	3,49	,81	3,22	,87	2,75	1,00
	F=13,350 p=,000						F=10,372 p=,000					
Kararlara Katılım(KK)	3,81	,69	3,59	,73	3,11	1,03	3,65	,84	3,40	,87	2,97	1,00
	F=13,339 p=,000						F=8,450 p=,000					
Bilimsel Sosyal Teknik Olanaklar (BSTO)	3,61	,77	3,33	,81	2,99	,99	3,44	,87	3,20	,89	2,86	,96
	F=8,828 p=,000						F=6,450 p=,002					
Eğitim Öğretimin Niteliği (EÖN)	3,79	,69	3,47	,71	3,09	1,01	3,60	,82	3,33	,82	2,92	1,03
	F=12,212 p=,000						F= 9,280 p=,000					
Öğrenci Doyum Ölçeği (ÖDÖ) Toplamı	3,73	,63	3,42	,66	3,01	,95	3,53	,76	3,27	,80	2,85	,95
	F=15,069 p=,000						F=10,296 p=,000					

Öğrenci hemşirelerin entegre eğitim sistemi ve intörlük programından memnuniyet durumları ile Öğrenci Doyum Ölçeğinin karşılaştırılmasına ilişkin bulguların verildiği Tablo 4'te, öğrenci hemşirelerin entegre eğitim sisteminden ve intörlük programından memnuniyet durumları ile Öğrenci Doyum Ölçeği toplamı ve alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Ölçek puan ortalamalarına bakıldığında, entegre eğitim sisteminden ve intörlük programından memnun olduğunu belirten öğrenci hemşirelerin ölçek puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmektedir. Balcı Yangın ve Kırca (2013) ile Özdelikara ve Babur (2016)'un çalışmalarında da aldıkları eğitimden ve bölümünden memnun olan öğrencilerin ölçek puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Norman ve ark. (2005)'nin yaptığı çalışmada hemşirelik öğrencilerinin %88'inin hemşirelik eğitimini yeterli bulduğu saptanmıştır. Orak ve ark. (2009)'nin çalışmasında, intörn hemşirelerin

%96,86'sı klinik ortamda entegre uygulamaların yeterli beceri kazanmalarına katkıda bulunduğunu belirtmişlerdir. Gümrall ve Coşar (2006) ile Erenel ve ark. (2008) tarafından yapılan çalışmalarda ise öğrencilerin tamamına yakını intörlük uygulaması ile ilgili olumlu görüş belirtmişlerdir. Bu çalışmada elde edilen sonuçlar ilgili literatür ile paralellik göstermektedir.

Hemşirelik eğitim programlarının hemşirelerin profesyonel kimliklerinin olumlu yönde gelişmesine katkı sağlayacak şekilde planlanması gerektiği ve okul ortamının öğrenci doyumunu sağlamada önemli bir etken olduğu bilinmektedir. Ayrıca eğitimcilerden, okul yönetimine kadar okul ortamını etkileyen faktörlerin öğrenci doyumuna ve öğrenci deneyimlerine katkıda bulunduğu ve öğrencilerin bilişsel ve akademik gelişimi hızlandırdığı yapılan çalışmalarda desteklenmektedir (Tezcan 2007, Balcı Yangın ve Kırcı 2013, Özdelikara ve Babur 2016).

Çalışmalarda da görüldüğü gibi hemşirelik eğitiminin, yoğun programı ve öğrencilerin zamanlarının ciddi bir kısmını okulda geçirdikleri düşünöldüğünde okul imkanlarının ve okuldan memnun olma durumunun öğrenci doyumunu fazlasıyla etkilediği söylenebilmektedir. Okulumuzun yeni fiziki imkanlara sahip olması, donanımlı hemşirelik beceri laboratuvarlarının bulunması, okulun kampüs içinde yer alıyor olması gibi etkenlerin bu sonucu olumlu yönde etkilediği düşünölmektedir.

Tablo 5: Öğretici Hemşirelerin Akademik ve Sosyal Çevresinden Memnuniyet Durumları ile Öğrenci Doyum Ölçeğinin (Kısa Form) Karşılaştırılması

Öğretici Doyum Ölçeğinin (Kısa Form)	Memnuniyet Durumları																		
	Aile			Okul Yöneticileri			Öğretim Elemanları			Araçlar			İdari Personel			Klinik Hemşireleri			
	Evet	Kısmen	Hayır	Evet	Kısmen	Hayır	Evet	Kısmen	Hayır	Evet	Kısmen	Hayır	Evet	Kısmen	Hayır	Evet	Kısmen	Hayır	
N	SS	N	SS	N	SS	N	SS	N	SS	N	SS	N	SS	N	SS	N	SS	N	SS
3,31±,88	3,38±,82	2,35±1,16	3,69±,70	3,15±,87	2,46±,91	3,71±,62	3,17±,85	2,30±,95	3,38±,89	3,33±,80	2,35±1,08	3,69±,75	3,34±,77	2,32±,90	3,74±,66	3,12±,83	2,38±1,06		
F=4,956	p=.008		F=36,015	p=.000		F=36,113	p=.000		F=7,505	p=.001		F=36,835	p=.000		F=22,113	p=.000			
Okul Yönetimi (OY)	3,30±,90	3,19±,78	2,35±1,33	3,66±,70	3,11±,87	2,49±1,03	3,66±,68	3,14±,87	2,37±1,00	3,40±,88	3,18±,77	2,24±,97	3,70±,76	3,18±,76	2,34±1,00	3,72±,65	3,12±,85	2,69±1,08	
F=3,903	p=.021		F=23,375	p=.000		F=38,055	p=.000		F=14,295	p=.000		F=35,004	p=.000		F=23,308	p=.000			
Kararlar (KY)	3,47±,89	3,39±,81	2,51±1,30	3,78±,73	3,35±,85	2,63±1,16	3,73±,69	3,38±,87	2,63±1,20	3,54±,87	3,42±,81	2,49±1,16	3,81±,72	3,39±,80	2,52±1,12	3,84±,66	3,39±,84	3,00±1,21	
F=3,934	p=.021		F=19,827	p=.000		F=17,606	p=.000		F=10,935	p=.000		F=23,570	p=.000		F=15,379	p=.000			
Bilimsel Sosyal	3,29±,89	3,16±,84	2,44±1,48	3,61±,75	3,15±,85	2,40±1,05	3,56±,73	3,30±,88	2,37±1,02	3,37±,87	3,30±,81	2,27±1,12	3,70±,71	3,19±,79	2,24±,95	3,63±,74	3,15±,83	2,75±1,15	
F=3,224	p=.012		F=22,437	p=.000		F=21,400	p=.000		F=12,300	p=.000		F=41,409	p=.000		F=15,642	p=.000			
Teknik (BSTO)																			
Eğitim Öğretimin Niteliği (EÖN)	3,43±,87	3,39±,80	2,33±1,30	3,75±,67	3,38±,85	2,54±1,05	3,71±,66	3,30±,85	2,47±1,04	3,51±,86	3,34±,71	2,31±1,10	3,83±,65	3,32±,77	2,43±1,04	3,79±,62	3,37±,83	2,85±1,13	
F=5,166	p=.004		F=23,759	p=.000		F=36,828	p=.000		F=15,855	p=.000		F=39,066	p=.000		F=18,972	p=.000			
Öğretici Doyum Ölçeği (ÖDÖ)	3,36±,83	3,35±,71	2,36±1,32	3,69±,64	3,30±,80	2,49±,98	3,68±,64	3,23±,79	2,41±,98	3,44±,82	3,27±,69	2,36±1,04	3,74±,64	3,36±,71	2,36±,93	3,74±,59	3,19±,76	2,80±1,08	
F=4,986	p=.008		F=27,548	p=.000		F=30,899	p=.000		F=13,938	p=.000		F=41,309	p=.000		F=22,276	p=.000			
Toplam																			

Öğrenci hemşirelerin akademik ve sosyal çevresinden memnuniyet durumları ile Öğrenci Doyum Ölçeğinin karşılaştırılmasına ilişkin veriler Tablo 5’de verilmiştir. Öğrenci hemşirelerin ailelerinden, okul yöneticilerinden, öğretim elemanlarından, arkadaşlarından, idari çalışanlardan, klinik hemşirelerinden memnuniyet durumları ile Öğrenci Doyum Ölçeği toplamında ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Ölçek puan ortalamalarına bakıldığında ailelerinden, okul yöneticilerinden, öğretim elemanlarından, arkadaşlarından, idari çalışanlardan ve klinik hemşirelerinden memnun olduğunu belirten öğrencilerin ölçek puan ortalamalarının daha yüksek bulunduğu saptanmıştır. Bu sonuca göre öğrencilerin memnuniyet düzeyleri arttıkça ölçekten aldıkları puanların da arttığı söylenebilir.

Öğrencilerin memnuniyet geribildirimi, temel bir değişim dönemi olan yükseköğretimde onların nasıl deneyimler edindiklerine dair çok değerli bilgiler verir. Bu bilgiler sayesinde öğrencilerin edindikleri deneyimlerin yaşantıları üzerinde sosyo-ekonomik, politik ve kültürel etkiyi anlaşılabilir, uzun süreli kaygıların ve hangi önceliklerinin zaman içinde değiştiğini gösterebilir (Kane ve ark. 2008, Şahin ve ark. 2011). Öğrencilerin bireysel, mesleki, sosyal, duygusal ve demokratik ihtiyaçları göz önünde bulundurularak hazırlanmış öğrenme ve öğretme çevreleri düzenleyerek de bireylerdeki memnuniyet derecesini artırılabilir. Bu şekilde üniversiteler kendi amaç ve görüşlerini öğrenci görüş ve beklentilerini dikkate alarak gözden geçirerek, öğrenci memnuniyetlerini arttırarak ve kendi kurumlarını yeniden yapılandırabilirler. Nitekim eğitim kurumları nitelikli oldukları ölçüde nitelikli bireylerin yetişmesine olanak sağlayacaktır.

### **SONUÇ VE ÖNERİLER**

Yapılan araştırmada, öğrenci hemşirelerin entegre eğitim sistemini kısmen kaliteli olarak buldukları, bakım vermedeki yararlılığını ve intörlüğün mesleğe hazırlamadaki faydalarını “orta” düzeyde buldukları, intörlük uygulamasından kısmen memnun oldukları ve entegre eğitim sisteminden memnun olmadıkları saptanmıştır.

Öğrenci hemşirelerin sınıfları, kendilerini akademik olarak algılama durumları, intörlükten, entegre eğitim sisteminden, ailelerinden, okul yöneticilerinden, öğretim elemanlarından, arkadaşlarından, idari çalışanlardan, klinik hemşirelerinden memnuniyet durumlarına ilişkin algıları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur.

Araştırmada elde edilen verilere dayanılarak; okullarda öğrencilerin, öğrenme süreçlerinden yararlanmasına olanak veren düzenlemelere gidilmesi ve derslerin planlanması aşamasında bu araştırma sonuçlarından yararlanılması, teorik bilgi ve uygulamanın entegre bir şekilde öğretilmesine daha fazla önem verilmesi, öğrenci hemşirelerin sorunlarıyla ilgilenen birimlerin oluşturulması önerilmektedir.



### **KAYNAKÇA**

- Ansari WE. Student Nurse Satisfaction Levels With Their Courses: Part I Effects Of Demographic Variables. *Nursing Education Today* 2002; 22 (2): 159-169.
- Ansari WE, Stock C. Is The Health Andwellbeing Of University Students Associated With Their Academic Performance? Cross sectional findings from the United Kingdom. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2010; 7: 509-527.
- Baykal Ü, Harmancı AK, Eşkin F ve ark. Öğrenci Doyum Ölçeği - Kısa Form Geçerlik-Güvenirlik Çalışması. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2011; 14 (4).
- Baykal Ü, Sökmen S. Hemşirelik Yüksekokulu Öğrencilerinin 1. İle 4. Sınıf Arasındaki Doyum Düzeyleri: Hastane Yönetimi, Temmuz-Ağustos- Eylül 2005; 56-61.
- Bölükbaş N. Ordu Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin sosyo-demografik özellikleri ve eğitimleri ile ilgili görüşleri. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2006; 1(9): 49-57.
- Elliot KM, Shin D. Student Satisfaction: An Alternative Approach To Assessing Thi sImportant Concept. *Journal of Higher Education Policyand Menagement* 2002; 24(2): 197-209.
- Çalışkan F. Profesyonel hemşirelik eğitimi felsefesinin incelenmesi. *Sağlıkta Eğitim* (2009). <http://www.figentug.blog>. (Erişim Tarihi 01.06.2017).
- Das M, Mpofo DJS, Hasan MY ve ark. Student Perceptions of Tutor Skills in Problem-Based Learning Tutorials. *MedEduc* 2002; 36 (3): 272-278.
- Dolmans DHJM, Wolfhagen IHAP, Schmidt HG ve ark. A Ratingscalefortutorevaluation in a Problem-Based Curriculum: Validity And Reliability, *Medical Education* 1994; 28: 550- 558.
- Dost M. Üniversite Öğrencilerinin Yaşam Doyumunun Bazı Değişkenlere Göre İncelenmesi. *Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi* 2007; 2 (22).
- Dulski L, Kelly M, Carroll. Program Outcome Data: What Do We Measure? What Does İt Mean? How Does İt Lead To İmprovement? *Qual Manag Health Care* 2006; 15(4):296-299.
- Ekinci E, Burgaz B. Hacettepe Üniversitesi Öğrencilerinin Bazı Akademik Hizmetlere İlişkin Beklenti ve Memnuniyet Düzeyleri. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi* 2007; 33: 120-134.
- Erenel Ş, Dal Ü, Kutlutürkân S ve ark. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi 2008; 15(2).
- Gümral, N, Coşar, F. Ebelik ve Hemşirelik Son Sınıf Öğrencilerinin Okul-Hastane İşbirliği İle İlgili Görüşlerinin Değerlendirilmesi. *Sdü Tıp Fakültesi Dergisi* 2006; 13: 21-24.
- Happel B. Student Interest In Perioperative Nursing Practice as a Career. *Association of Peri Operati. Registered Nurses* 2000; 71(3): 600-605.
- Hemşirelik Eğitimi Derneği. Hemşirelik Ulusal Çekirdek Eğitim Programı (HUÇEP) (2014). <http://www.hemed.org.tr/images/stories/hucep-2014-pdf.pdf> (Erişim Tarihi 05.07.2018).
- Karagözoğlu Ş, Özden D, Tok Yıldız F. Entegre Program Hemşirelik Öğrencilerinin Klinik Stres Düzeyi ve Etkileyen Faktörler. *Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2013; 16(2): 90-95.
- Bahçecioğlu Turan G, Tan M, Dayapoğlu N. Hemşirelik Öğrencilerinin ve Klinik Hemşirelerin İntörn Uygulamasına İlişkin Görüşlerinin Belirlenmesi 2017; 20(3).
- Tural Büyük E, Rızalar S, Çetin A ve ark. Hemşirelerin İntörn Eğitim Uygulaması Hakkındaki Görüş ve Önerileri. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi* 2014; 3(3):135-140.
- Karagözoğlu Ş, Özden D, Türk G ve ark. Klasik ve Entegre Müfredat Programı Hemşirelik Öğrencilerinin İlk Klinik Uygulamada Yaşadıkları Kaygı, Klinik Stres Düzeyi ve Etkileyen Bazı Faktörler. *DEUHYO ED* 2014; 7 (4): 266-274.

- Kantek F, Kazancı G. An Analysis of the Satisfaction Levels of Nursing and Midwifery Students in A Health College in Turkey. *Contemp Nurse* 2012; (27): 38-46.
- Keskin G, Madenoğlu Kıvanç M, Mishal A. İstanbul Üniversitesi Bakırköy Sağlık Yüksekokulu birinci sınıf öğrencilerinin hemşirelik mesleği hakkındaki düşünceleri. II. Uluslararası- IX. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildiri Kitabı, Mirage Park Resort Otel, Antalya. 2003; 268-270.
- Kocaman, G. Okumuş, Z. Hemşirelik Eğitiminde Probleme Dayalı Öğrenme Modelinin Uygulanması ve Sonuçlarının incelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Araştırma Fonu Projesi 2003; Proje No: 0957.99.01.02. Turkey: İzmir.
- Maudsley G. Making sense of trying not to teach: an Interview study of tutors' ideas of problem-based learning, *Academic Medicine* 2002; 77(2): 162-172.
- Mutlu M. Eğitim Fakültesi Öğrencilerinin Öğrenme Stilleri. Atatürk Üniversitesi Kâzım Karabekir Eğitim Fakültesi Dergisi 2008; 17: 1-21
- Norman L, Buerhaus PI, Donelan, K ve ark. Nursing students assess nursing education. *Journal of Professional Nursing* 2005; 21(3): 150-158.
- Orak S, Orhan H, Özgürce B ve ark. Süleyman Demirel Üniversitesi Hastanesinde Yatan Hastaların Bakım Veren İntörn Hemşireler Hakkında Memnuniyetlerinin İncelenmesi. SDÜ Tıp Fak. Dergisi 2009; 16(2): 1-5.
- Özdelikara A, Babur S. Hemşirelik Öğrencilerinin Öğrenimlerine İlişkin Doyum Düzeyi ve Etkileyen Faktörler. *DEUHFED* 2016; 9(1): 2-8.
- Özkütük N, Orgun F, Akçakoca B. Türkiye'de Hemşirelik Eğitimi Veren Yükseköğretim Kurumlarına ilişkin Güncel Durumun incelenmesi. *Yükseköğretim Dergisi* 2018; Çevrimiçi Erken Baskı.
- Şenturan L, Alpar ŞC. Hemşirelik Öğrencilerinde Eleştirel Düşünme. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2008; 12 (1).
- Tezcan M. Gizli Müfredat Eğitim Sosyolojisi Açısından Bir Kavram Çözümlemesi. *Türk Eğitim Bilimleri Dergisi* 2007; 1(1).
- Ulusoy H, Arslan Ç, Öztürk N ve ark. Hemşirelik Öğrencilerinin Eğitimleriyle İlgili Memnuniyet Düzeylerinin Saptanması (2007). <https://hemsirelik.maltepe.edu.tr/dergiler/cilt3sayi7/pdf/15-24.pdf> (Erişim Tarihi 10.10.2017)
- Yıldız G, Ardıç K. Eğitimde toplam kalite yönetimi. *Bilgi, Sosyal Bilimler Dergisi* 1999; 1:73-82.
- Egelioglu N, Arslan S, Bakan G. Hemşirelik Öğrencilerinin Memnuniyet Durumlarının Akademik Başarıları Üzerine Etkisi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 2011; 1: 14-24.
- Balcı Yangın H, Kırca N. Antalya Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Öğrencilerinin Memnuniyet Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler. *Gümüşhane University Journal of Health Sciences* 2013; 2(1):78-94.
- Şahin İ, Zoraloğlu YR, Şahin Fırat N. Üniversite Öğrencilerinin Yaşam Amaçları, Eğitsel Hedefleri, Üniversite Öğreniminden Beklentileri ve Memnuniyet Durumları. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi. Educational Administration: Theory and Practice* 2011;17(3): 429-452.
- Kane D, Williams J, Cappuccini Ansfield G. Student Satisfaction Surveys: The Value in Taking an Historical Perspective. *Quality in Higher Education* 2008; 14(2): 135-155.

## ENDOTRAKEAL TÜP KAF BASINCI İZLEMİ: KLİNİK PİLOT ÇALIŞMA

### ENDOTRACHEAL CUFF PRESSURE MONITORING: CLINICAL PILOT STUDY

Doç.Dr.Türkan ÖZBAYIR\* Doç.Dr. Nurten TAŞDEMİR\*\* Prof.Dr.Mehmet UYAR\*\*\*

Prof.Dr. Meryem Y.van GIERBERGEN\* Gülay ÇANKAYA\*\*\* Gülin DİNÇASLAN\*\*\*

\*E.Ü.Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği AD.

\*\* Bülent Ecevit Üniversitesi Zonguldak Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü

\*\*\*Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD.

Geliş Tarihi/Received: 05.04.2018

Kabul Tarihi/ Accepted: 16.08.2018

---

## ÖZ

**Amaç:** Endotrakeal entübasyon yoğun bakım ünitelerinde tedavi gören hastalara sıklıkla uygulanmaktadır. Endotrakeal tüp bakımı ve izlemi hemşirelik aktiviteleri içinde yer almaktadır. Araştırma, düzenli endotrakeal kaf basıncı izleminin yoğun bakım ünitesi hemşirelik bakımını uygulamalarına dâhil olması amacıyla prospektif klinik pilot çalışma olarak yürütüldü.

**Gereç ve Yöntem:** Araştırmanın örneklemini yoğun bakım ünitesinde görev yapan 40 hemşire ve üç aylık izlem süresince bu üniteye tedavi gören 168 hastanın kaf basıncı izlem değerleri oluşturdu. Yoğun bakım hemşirelerine kaf basıncı ve yönetimi konusunda çok yönlü eğitim programı verildi. Eğitim öncesi ve sonrası eğitim düzeyleri, eğitimden sonraki 3 ayda kaf basıncı izleme formları ile değerlendirildi.

**Bulgular:** Endotrakeal tüp kaf basıncı ölçümüne yönelik verilen eğitimin hemşirelerin bilgi düzeylerini arttırdığı ve uygulanan eğitimden tamamına yakının olumlu değerlendirdikleri saptandı. Eğitim sonrası üç aylık izlem sürecinde kaf basıncı değerlerinin %66,31 oranında kaydedildiği belirlenmiştir.

**Sonuç:** Endotrakeal tüp kaf basıncı ölçüm değerlerinin literatürde belirtilen güvenli sınır aralığının üzerinde olduğu saptandı.

**Anahtar kelimeler:** Kaf basıncı, Endotrakeal tüp, Yoğun bakım hemşireliği, Monitorizasyon.

### ABSTRACT

**Objective:** Endotracheal intubation is frequently used in patients under treatment in intensive care units, and the care and monitoring of endotracheal tubes is part of nursing activities. The research was conducted as a prospective clinical pilot study with the aim of including regular monitoring of endotracheal cuff pressure in the practice of intensive care unit nursing care.

**Methods:** The research sample consisted of the 40 nurses working in anesthesia in the intensive care unit, and the cuff pressure monitoring values of the 168 patients who were treated in the intensive care unit during the three-month monitoring period. The Intensive Care Unit nurses were given a multifaceted education program on cuff pressure and its management, and their knowledge levels in the pre- and post-training periods, together with cuff pressure monitoring forms in the three months after training, were evaluated.

**Results:** It was found that the training given on measuring endotracheal tube cuff pressure increased nurses' knowledge levels, and that nearly all of the training given was evaluated as positive. Cuff pressure values were recorded at a rate of 66.31 % in the three-month monitoring period after the training.

**Conclusion:** It was established that the measured endotracheal tube cuff pressure values were above the safety limit specified in the literature.

**Keywords:** Cuff pressure; Endotracheal tube; Intensive care nursing; Monitoring

### GİRİŞ

Fizyolojik veriler hastanın durumunu, hemşirelik girişimlerinin etkisi ve tıbbi tedaviye yanıtın değerlendirilmesinde sayısal bilgileri kapsar. Hemşireler hasta değerlendirmesinde fizyolojik verileri izleme ve değerlendirme konusunda bilgi ve beceriye sahip olmalıdırlar (Sole ve ark. 2008). Fizyolojik veriler yoğun bakım hastalarının durumu gereği daha önemli olup hızlı karar vermeyi gerektirir. Endotrakeal entübasyon uygulanan hastaların hemşirelik bakımında endotrakeal tüp ya da trakeostomi kanülünün yeri, kaf basıncı, uygulanma tarihi, endotrakeal tüpün sürekliliğinin sağlanmasını kapsar. Yoğun bakım ünitesinde tedavi gören hastalarda endotrakeal kaf basıncı hemşire tarafından düzenli olarak ölçülerek kaydedilmelidir (Ganner 2001, Bhatta ve Greer 2007, Chan et al. 2007, Sole et al. 2011, Micik et al, 2013). Kaf basıncı ameliyat sonrası erken dönemde, hasta transferinden önce, entübasyondan sonra, mekanik ventilasyon cihazları alarm verdiğiğinde ölçülmelidir. Literatürde kaf basıncına 8-12 saatte bir ya da her vardiyada bakılması gerektiği vurgulanmaktadır (Mol 2004, Sengupta 2004, Sole 2011, Jordan, 2012). Rose ve Redl (2008) ile Jordan ve arkadaşları (2012) tarafından yapılan çalışmalarda da hemşirelerin %50- 70'inin kaf basıncını 6-12 saatte bir ölçtükleri bildirilmiştir (Rose, Redl, 2008; Jordan ve ark. 2012).

Endotrakeal entübasyon yoğun bakım gereksinimi olan hastalarda canlandırma ya da solunum destek tedavisinde güvenilir bir hava yolu sağlanması için yaşamsal önem taşır. Yoğun bakım ünitelerinde uzamış entübasyon sıklıkla görülmektedir (Vyas ve ark 2002).

Yoğun bakım ünitesinde mekanik ventilasyon desteği alan hastalarda endotrakeal tüp kaf basıncı düzeyinin 20- 30 cm H<sub>2</sub>O arasında tutulması gereklidir. Entübasyon tüpünde kafın yetersiz hacimde şişirilmesinin, ventilasyon ve oksijenasyonda sorunlara yol açabileceği, aşırı şişirilmesi durumunda da trakea mukozasında bası yaparak iskemi, nekroz ve kıkırdak hasarına neden olabileceği bildirilmektedir (Braz et al. 1999, Sengupta et al. 2004, Duguet et al. 2007, Jaber et al. 2007, Zand et al 2008, Efrati et al. 2010, Tekin ve İyigün, 2016). Endotrakeal tüp kaf basıncı hastaya bağlı faktörlere, çevresel koşullara ve terapötik girişimlere göre değişir (Lizy et. al. 2014). Trakea duvarında basınca bağlı oluşabilecek yaralanmaları engellemek amacıyla balon basınçlarının sürekli izlenmesi önemlidir.

Ayrıca kaf basıncı izlemi ventilatör ilişkili pnömoninin önlenmesi ve mekanik ventilasyon desteğinin güvenli şartlar altında sürdürülmesinde önemli uygulamalardan biridir. Son yıllarda endotrakeal kaf basıncının 20 cm H<sub>2</sub>O daha az olmasının ventilatör ilişkili pnömoni nedeni olduğu üzerinde durulmaktadır (Sole et. al. 2008, Sole et. al. 2011, Nsier et al 2011, Micik 2013, Lizy et. al. 2014, Tekin YE, İyigün E 2016).

**Amaç:** Çalışma, düzenli endotrakeal kaf basıncı izleminin yoğun bakım ünitesi hemşirelik bakımını uygulamalarına dâhil olması amacıyla prospektif klinik pilot çalışma olarak yürütüldü. Çalışma tek merkezde yürütülmesi, kaf basıncı ölçüm değerini etkileyen faktörlerin değerlendirilememesi çalışmanın sınırlılıkları arasındadır.

## GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma tanımlayıcı tipte prospektif klinik pilot çalışma olarak yürütüldü. Araştırmanın evrenini Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı Yoğun Bakım Bilim Dalı Yoğun Bakım Ünitesi'nde görev yapan hemşireler (48 hemşire) ve endotrakeal entübasyon uygulanan hastaların izlem formları oluşturdu. Örneklemi ise yoğun bakım ünitesinde görev yapan 40 hemşire ve üç aylık izlem süresince bu ünite tedavisi gören 168 hastanın kaf basıncı izlem değerleri oluşturdu. Araştırma verileri üç aşamada toplandı. 1. Aşamada endotrakeal tüp kaf basıncı ölçümü ve izlemine yönelik çok yönlü eğitim programı hazırlandı, 2. aşama; hazırlanan çok yönlü eğitim programı uygulandı ve değerlendirildi, 3. aşamada ise, 3 ay süresince kaf basıncı izlemi uygulaması ve kaydı değerlendirildi (Şekil 1).

Şekil:1. Veri toplama işlemleri

<b>1. Aşama:</b> Eğitim hazırlığı	-Eğitim içeriği, değerlendirme formlarının araştırma grubu tarafından oluşturulması. Uzman görüşü alınması. -Ege Üniversitesi Bilgi ve İletişim Teknolojileri Araştırma ve Uygulama Merkezi (BİTAM) Odyovizüel Merkezi desteği ile video CD hazırlanması.
<b>2. Aşama:</b> Çok yönü eğitimin uygulanması ve değerlendirilmesi	- Araştırmacıların sunumları, -Eğitim video CD izletilmesi, -Eğitimin manken üzerinde uygulanması, (Life/form® Adult Patient Education Tracheostomy Care, Posey® Cufflator Endotracheal Tube Inflator and Manometre) -Eğitimin yatak başı uygulanması.
<b>3. Aşama:</b> endotrakeal tüp kaf basıncı izlemi ve değerlendirilmesi	-Üç ay izlem süresi (Posey® Cufflator Endotracheal Tube Inflator and Manometre), -İzlem sonuçlarının kaydı.

**Tanıtıcı Özellikler:** Hemşirelerin tanıtıcı özelliklerinin (yaş, cinsiyet, çalışma süresi vb.) yer aldığı 7 sorudan oluşan soru formu eğitim programı öncesi uygulandı.

**Endotrakeal Tüp Kaf Basıncı Bilgi Formu:** Endotrakeal tüp kaf basıncı ve izlemine yönelik eğitim programının etkisini değerlendirmek amacıyla araştırmacılar tarafından hazırlanan, 11 sorudan oluşan soru formu eğitim programı öncesi ve sonrası uygulandı. Eğitim içeriği, değerlendirme formları araştırma grubu tarafından oluşturuldu ve uzman görüşü alındı.

**Endotrakeal Tüp Kaf Basıncı İzlem Formu:** Kaf basıncı ölçüm değerleri, hastanın pozisyonu ve hastaya ait verilerin yer aldığı form yoğun bakım ünitesi izlem formlarına eklenerek uygulandı. Eğitim sonrası, ilk üç ay sürecinde uygulanan formlar değerlendirmeye alındı. Kaf basıncı ölçümleri için Posey Cufflator Endotracheal Tube Inflator and Manometre basınç manometresi kullanıldı. Veriler Statistical Package for Social Sciences (SPSS)' version 15.0'de analiz edildi. Tanıtıcı özellikler ve ölçümlerin dağılımı göstermek için ortalama, standart sapma, frekans ve yüzdeleri içeren tanımlayıcı istatistikler kullanıldı. Ortalamaları karşılaştırmak için Student t ve Ki-kare testi kullanıldı. Sonuçlar %95 güven aralığında  $p < 0.05$  anlamlılık düzeyinde değerlendirildi. Araştırma için Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Bilimsel Etik Kurul'dan (No: 2010-07) onay alındıktan sonra araştırmacının yapılacağı kurumdan yazılı izin alındı. Uygulama öncesi hemşirelere araştırma ile ilgili bilgi verilerek sözlü onam alındı.

## BULGULAR VE YORUM

**Tablo 1.** Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı

Tanıtıcı Özellikler	Sayı	Yüzde (%)
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	38	95.0
Erkek	2	5.0
<b>Eğitim Durumu</b>		
Lisans	38	95.0
Yüksek Lisans	2	5.0
<b>Çalışma süresi</b>		
6 ay- 5 yıl	28	70.0
6 yıl ve üzeri	12	30.0
<b>Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışma Süresi</b>		
6 ay- 5 yıl	33	82,5
6 yıl ve üzeri	7	17.5
<b>Kurs/seminer katılma durumu</b>		
Hayır	38	95.0
Evet	2	5.0
<b>Toplam</b>	<b>40</b>	<b>100.0</b>

Araştırmaya katılan hemşirelerin yaş ortalamalarının 26,4 (min:22, maks:32,  $\pm 2.65$ ) yıldır. Hemşirelerin çalışma süreleri ortalamaları 3.9 (min: 6 ay, maks: 10 yıl,  $\pm 2.9$ ) yıl iken yoğun bakım ünitesinde çalışma süreleri 3.5 (min: 6 ay, maks: 10 yıl,  $\pm 2,6$ ) yıl olarak belirlenmiştir. Hemşirelerin %70'inin meslekte çalışma süresinin 5 yıl ve altında olduğu, yoğun bakım ünitesinde çalışma sürelerinin ise %82,5'inin 5 yıl ve altında olduğu belirlenmiştir (Tablo 1).

**Tablo 2.** Hastaların Tanıtıcı Özellikleri

Tanıtıcı Özellikler	Sayı	Yüzde (%)
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	60	35,7
Erkek	108	64,3
<b>Tanı</b>		
Dahili Tıp Bilimleri	66	51.6
Cerrahi Tıp Bilimleri	62	48.4
<b>Toplam</b>	<b>168</b>	<b>100</b>

Araştırmanın yürütüldüğü süre içinde toplam 168 hastanın kaf basıncı izlendiği, hastaların %64,3'nün cinsiyetinin erkek olduğu, hastalar tanılarına göre değerlendirildiklerinde, % 51,6'sının Dâhili Tıp Bilimlerini içeren tanılar konulduğu belirlenmiştir (Tablo 2).

**Tablo 3.** Hemşirelerin Eğitim Öncesi Sonrası Doğru Cevaplarının Karşılaştırılması (n=40)

Hemşirelerin Eğitim Öncesi Sonrası Doğru Cevapları	Eğitim Öncesi		Eğitim sonrası		İstatistiksel Analiz
	Doğru cevap		Doğru cevap		
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
1. Kaf basıncı güvenli sınır aralığı	10	25	39	97,5	t=10,140 p=0,00
2. Kaf basıncı ölçüm değeri üst sınırı	12	30	38	95	t=7,286 p=0,00
3. 30 cmH <sub>2</sub> O üzerindeki kaf basıncı trekea hasarı, stenoz yaralanma gibi komplikasyonlara neden olur.	33	82,5	40	100	t=4,088 p=0,00
4. 20 cmH <sub>2</sub> O altındaki kaf basıncı trekea hasarı, stenoz yaralanma gibi komplikasyonlara neden olur.	28	70	40	100	t=2,876 p=0,006
5. Kaf basıncı ölçününe hasta pozisyonunu ölçüm değerini etkiler	19	47,5	39	97,5	t=5,701 p=0,00
6. Kaf basıncı ölçününe hastanın hareket etmesi ölçüm değerini etkiler.	15	37,5	39	97,5	t=6,958 p=0,00
7. Kaf basıncı ölçününe hastanın hareket etmesi ölçüm değerini etkilemez.	13	32,5	39	97,5	t=7,164 p=0,00
8. Kaf basıncı izlem aralığı 24 saatte bir olmalıdır.	40	100	40	100	t=1,088 p=0,150
9. Kaf basıncı izlem aralığı 8-12 saatte bir olmalıdır.	38	95	40	100	t=1,433 p=0,160
10. Kaf basıncı değerinin 20 cmH <sub>2</sub> O altında olması aspirasyona neden olabilir.	39	97,5	39	97,5	t=-1,00 p=0,323
11. Kaf basıncı değerinin 50 cmH <sub>2</sub> O altında olması aspirasyona neden olabilir.	36	90	38	95	t=0,572 p=0,570

Hemşirelere endotrakeal tüp kaf basıncı ölçümüne yönelik verilen eğitim öncesi ve sonrası doğru cevaplarına ilişkin veriler Tablo 3'te görülmektedir. Değerlendirme sonucunda altı soruda (1, 2, 4, 5, 6, 7) doğru cevap sayısındaki artış istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p < 0.05$ ) (Tablo 3).

**Tablo 4.** Endotrakeal Tüp Kaf Basıncı Ölçümüne Yönelik Uygulanan Eğitime İlişkin Görüşler

Değerlendirme Konuları	Evet		Hayır	
	Sayı	%	Sayı	%
Eğitimin İçeriği beklentilerinizi karşıladı mı?	40	100	-	-
Eğitim size yeni bilgiler kattı mı?	39	97,5	1	2,5
Eğitimin süresi yeterli miydi?	39	97,5	1	2,5
Eğitimin zamanı uygun muydu?	40	100	-	-
Eğitimde kullanılan araç gereçler yeterli miydi?	40	100	-	-



Eğitim yöntemleri uygun muydu?	40	100	-	-
Eğitimin uygulamalı bölümünün içeriği yeterli miydi?	39	97,5	1	2,5
Eğitimin uygulamalı bölümünün süresi yeterli miydi?	40	100	-	-
Eğitim için ortam uygun muydu?	40	100	-	-

Endotrakeal tüp kaf basıncı ölçümüne katılan hemşirelerin eğitimi yönelik görüşleri Tablo 4'te yer almaktadır. Hemşirelerin tamamı (%100) eğitimin içeriğini, zamanını, kullanılan araç gereçleri, yöntemi, süre ve ortamı yeterli olarak değerlendirmişlerdir. Hemşirelerin %97,5'i ise eğitimin yeni bilgiler kattığını, süresinin yeterli olduğunu ve uygulamalı bölüm içeriğinin yeterli olduğunu ifade etmiştir.

**Tablo 5.** Hastaların Endotrakeal Tüp Kaf Basıncı Ölçüm Değerleri Ortalaması (cmH<sub>2</sub>O) ve Güvenli Sınır Aralığı Dağılımı

Ölçüm Değerleri	Mean±SD	20-30 cmH <sub>2</sub> O		31-50 cmH <sub>2</sub> O		51 cmH <sub>2</sub> O ve üzeri	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
1. Ölçüm	33,65 ±7,49	686	68.9	290	29.1	20	2.0
2. Ölçüm	33,78 ±7,63	628	67.5	287	30.9	15	1.6
3. Ölçüm	34,41 ±8,28	567	63.8	305	34.3	17	1.9

Araştırma süresinde 168 hastanın 1502 izlem günü endotrakeal kaf basıncı izlem formları değerlendirilmiştir. İzlem sürecinde hastalar en az 1 gün en fazla 53 gün izlenmiştir. Araştırma kapsamında 24 saatlik zaman diliminde kaf basıncı 8 saat aralıklı olarak üç defa ölçüldü. Endotrakeal tüp kaf basıncı ölçüm sonuçları üç izlem periyoduna göre değerlendirildi. 24 saatlik zaman diliminde yapılan her ölçümde güvenli sınır aralığı olan 20- 30 cmH<sub>2</sub>O değeri en yüksek ölçüm sayısı olarak belirlendi. Ölçüm değerleri sırasıyla; 1. Ölçüm değerleri ortalaması 33,65 mmH<sub>2</sub>O (Min:20, maks:90; SS:±7,49), 2. Ölçüm değerleri ortalaması 33,78 mmH<sub>2</sub>O (Min:20, maks:90; SS:±7,63), 3. Ölçüm değerleri ortalaması 34,41 mmH<sub>2</sub>O (Min:20, maks:95; SS:±8,28) olarak saptandı. Güvenli sınır aralığı birinci ölçümde %68.9, ikinci ölçümde %67.5 ve üçüncü ölçümde %63.8 olarak saptandı (Tablo 5).

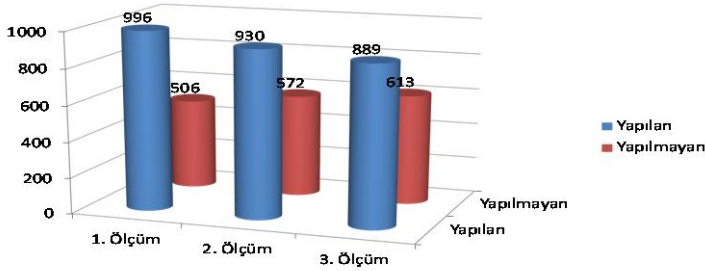
**Tablo 6.** Hastaların Endotrakeal Tüp Kaf Basıncı Ölçümü Sırasındaki Pozisyonlarının Dağılımı

Ölçüm	1. Ölçüm		2. Ölçüm		3. Ölçüm	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Prone pozisyonu	1060	70,5	1018	67,8	870	57,9
Sağ lateral pozisyon	184	12,5	126	8,4	125	8,3
Sol lateral pozisyon	39	2,5	92	6,1	130	8,7
Kayıt edilemeyen	309	14,5	266	17,7	377	25,1
<b>Total</b>	<b>1502</b>	<b>100</b>	<b>1502</b>	<b>100</b>	<b>1502</b>	<b>100</b>

Tablo 6'da endotrakeal tüp kaf basıncı ölçümü sırasındaki hasta pozisyonları görülmektedir. Prone pozisyonunda 1. Ölçümde %70,5, 2. Ölçümde %68,8 ve 3.ölçümde %57,9 ölçüm yapıldığı saptandı. Sağ lateral pozisyonunda 1. Ölçümde %12,5,

2. Ölçümde %8,4 ve 3.ölçümde %8,3 ölçüm yapıldığı saptandı. Sol lateral pozisyonda 1. Ölçümde %2,5, 2. Ölçümde %6,1 ve 3.ölçümde %8,7 ölçüm yapıldığı saptandı. Kayıt edilemeyen Sağ lateral pozisyonda 1. Ölçümde %14,5, 2. Ölçümde %17,7 ve 3. Ölçümde %25,1 ölçüm yapıldığı saptandı.

**Grafik 1.** Hastaların Endotrakeal Tüp Kaf Basıncı Ölçüm Sayıları



Araştırma süresinde 168 hastanın 1502 izlem günü endotrakeal kaf basıncı izlem formları değerlendirilmiştir. Araştırma kapsamında 24 saatlik zaman diliminde kaf basıncı 8 saat aralıklı olarak üç defa ölçüldü. Ölçüm sayıları Grafik 1’de görülmektedir. Birinci ölçüm 996 (%66,31), ikinci ölçüm 930 (%61,91) ve 3. Ölçüm 889 (%59,19) olarak saptandı. Üçüncü ölçümün gece saatlerinde yapıldığı belirlendi.

## TARTIŞMA

Araştırma endotrakeal entübasyonun sıklıkla uygulandığı anestezi yoğun bakım ünitesinde yürütülmüştür.

### Yoğun Bakım Ünitelerinde Kaf Basıncı İzlemi

Çalışma düzenli kaf basıncı ölçümünün rutin hemşirelik izlemi arasında yer alması amacıyla yürütüldü. Endotrakeal tüp kaf basıncı izlemine yönelik çalışmalar incelendiğinde, bu konudaki çalışmaların az olduğu ve bu çalışmalarda izlemin düzensiz olduğu belirtilmektedir. Spittle ve Beavis (2001) çalışmalarında 30 yoğun bakım ünitesini kaf basıncı izlemi yönünden değerlendirmiş ve sadece 4 ünite düzenli ölçüm yapıldığını belirtmiştir. Aynı çalışmada bu ünitelerde görev yapan 20 sorumlu hemşirenin ise maksimum kaf basıncı değerini bilmediği belirtilmiştir (Spittle and Beavis, 2001) Mol ve ark. (2004) 11 farklı yoğun bakım ünitesinde 112 hemşire ile yaptıkları çalışmalarında, hemşirelerin endotrakeal/trakeostomi tüpü kafı konusunda bilgilerinin yanlış olduğunu ve endotrakeal tüp kaf basıncı ölçümünün rutin

uygulanan bir işlem olmadığını belirtilmiştir. Bu çalışmada da benzer sonuçlar bulunmuştur.

Bhatta ve Greer (2007) tarafından yürütülen çalışmada 21 hemşireden dokuzunun kaf basıncının güvenli üst sınır değerini bildiği saptanmıştır. Jordan et al., (2012) yoğun bakım hemşirelerinin kaf basıncı ve izlemine yönelik bilgileri eğitim öncesi ve eğitim sonrası dönemde değerlendirilmiştir. Eğitim öncesi dönemde 12 hemşire kaf basıncı güvenli üst sınır değerini doğru olarak bildiği, eğitim sonrası ise 38 hemşirenin doğru yanıtları bildiği ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Labeau ve ark. (2015) yoğun bakım hemşirelerinin kaf basıncı ve ölçümü hakkında bilgilerinin değerlendirildiği çalışmada hemşirelerin %52'si doğru yanıt vermişlerdir. Tekin ve İyigün (2016) çalışmasında ise hemşirelerin %42,5'si doğru yanıt vermişlerdir. Çalışmamıza göre, hemşirelerin eğitim öncesi ve sonrası değerlendirme sonucunda altı soruda (1, 2, 4, 5, 6, 7) doğru cevap sayısındaki artış istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Endotrakeal tüp kaf basıncı ölçümüne yönelik verilen eğitimin hemşirelerin bilgi düzeylerini arttığı saptanmıştır.

### **Endotrakeal Tüp Kaf Basıncı Ölçüm Sonuçlarının Tartışılması**

Literatürde kaf basıncının 30 mmH<sub>2</sub>O 'nin altında tutulması önerilmektedir (Chan ve ark. 2009, Rose ve Redl 2008, Rose ve Redl 2008 a). Vyas ve ark. (2002) üç hafta izleme dayanan çalışmalarında en fazla ölçülen kaf basıncı 26- 38 cmH<sub>2</sub>O aralığında belirlemişlerdir. Nseir ve arkadaşları (2009) 101 hastanın kaf basıncını 25cm H<sub>2</sub>O olarak ayarlamış ve hastaları 808 saat izlemiştir. Hastaların %54'ünün kaf basıncı 20cm H<sub>2</sub>O 'nun altında, %73'ünün kaf basıncı 30 cm H<sub>2</sub>O 'nun üzerinde bulunmuştur.

Literatürde, hayvanlarla yapılan çalışmalarda kaf-trakea basıncı 30 cmH<sub>2</sub>O üzerinde olanlarda trakeal mukozada iskemiye neden olduğu belirtilmekte bu nedenle kaf basıncının 30 mmH<sub>2</sub>O 'nin altında tutulması önerilmektedir (Rose ve Redl 2008, Rose ve Redl 2008 a, Chan ve ark., 2009). Bu çalışmada ölçüm değerleri ortalaması 30 cmH<sub>2</sub>O üzerinde bulunmuştur. Bu değer önerilen güvenli aralığı sınırının çok az üzerindedir.

Hastanın pozisyonu endotrakeal tüp kaf basıncı ölçüm değerini etkileyen faktörler arasında yer almaktadır (Godoy et. al., 2008; Lizy et. al., 2014, Kim et al. 2015; Tekin Y E, İyigün E 2016). Çalışmamızda en sık ölçüm yapılan hasta pozisyonu prone olarak belirlenmiştir.

### **SONUÇ VE ÖNERİLER**

Endotrakeal tüp kaf basıncı ölçümüne yönelik verilen çok yönlü eğitimin hemşirelerin bilgi ve uygulama düzeylerini arttığı, hemşirelerin uygulamalı olarak gerçekleştirilen eğitime ilişkin değerlendirmelerinin olumlu olduğu, endotrakeal tüp kaf basıncı ölçüm değerlerinin literatürde belirtilen güvenli sınır aralığının çok az üzerinde olduğu, ölçüm sırasında hastaların çoğunluğunun prone pozisyonunda olduğu, ölçüm yapılmasının ve kaydedilmesinin gece saatlerinde daha az yapıldığı saptandı

Yoğun bakım ünitelerinde endotrakeal entübasyon uygulanan hastaların kaf basıncı değerlerinin düzenli olarak ölçülüp kaydedilmesi komplikasyonların

önlenmesi verilen sağlık hizmetinin kalitesi açısından önemlidir. Bu nedenle tüm yoğun bakım ünitelerinde endotrakeal tüp kaf basıncı izleminin yaygınlaştırılması ve ölçümün literatüre uygun aralıklarla yapılması önerilmektedir.

Araştırmayı destekleyen Ege Üniversitesi, Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimine, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Başhekimliğine, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı Başkanlığına, katkıda bulunan hekim hemşire ve hastalara teşekkür ederiz.

#### **KAYNAKÇA**

- Bhatta K., Greer R. Awareness and Monitoring Of Tracheal Tube Cuff Pressure in a Multidisciplinary Intensive Care Unit. *Anaesthesia and Intensive Care* 2007; (35) 2; 302- 303.
- Braz JRC, Navarro LHC, Takata IH, Nascimento Júnior P. Endotracheal Tube Cuff Pressure: Need for Precise Measurement. *Sao Paulo Med J* 1999; 117(6):243-247.
- Chan S, Wong C, Cheng C. Determining an optimal tracheal tube cuff pressure by the feel of the pilot balloon: a training course for trainees providing airway care. *Acta Anaesthesiol Taiwan* 2009;47(2):79–83.
- Duguet A, D'Amico L, Biondi G, Prodanovic H, Gonzalez- Bermejo J, Similowski T. Control of Tracheal Cuff Pressure: A Pilot Study Using a Pneumatic Device. *Intensive Care Med* 2007; 33:128-132.
- Efrati S, Deutsch I, Gurman GM, Noff M, Conti G. Tracheal Pressure and Endotracheal Tube Obstruction Can be Detected by Continuous Cuff Pressure Monitoring: In Vitro Pilot Study. *Intensive Care Med* 2010; 36:984–990.
- Ganner C, The Accurate Measurement of Endotracheal Tube Cuff Pressures. *British Journal of Nursing* 2001; 10 (17); 1127- 1134.
- Godoy, A C F D, Vieira RJ, Capitani, EMD. Endotracheal Tube Cuff Pressure Alteration After Changes in Position in Patients Under Mechanical Ventilation. *Jornal Brasileiro de Pneumologia* 2008; 34(5), 294-297.
- Jaber S, Kamel ME, Chanques G, Mustapha Sebbane M. Et al. Endotracheal Tube Cuff Pressure in Intensive Care Unit: The Need for Pressure Monitoring. *Intensive Care Medicine* 2007; 33: 917–918.
- Jordan P, van Rooyen, Venter D. Endotracheal Tube Cuff Pressure Cuff Pressure Management in Adult Intensive Care Units. *S Afr J Crit Care* 2012;28(1):13-16.
- Kim D, Jeon B, Son JS, Lee JR, Ko S, Lim H. The Changes of Endotracheal Tube Cuff Pressure by the Position Changes From Supine to Prone and the Flexion and Extension of Head. *Korean Journal of Anesthesiology*, 2015; 68(1), 27-31.
- Labeau SO, Bleiman M, Rello J, Vandijck DM, Claes B, Blot SI. Knowledge and Management of Endotracheal Tube Cuffs. *International Journal Of Nursing Studies* 2015; 52(1), 498-499.
- Lizy C, Swinnen W, Labeau S, Blot S. Deviations in Endotracheal Cuff Pressure During Intensive Care, *American Journal of Critical Care* 2011; 20(6), 421-26.
- Lizy C, Swinnen W, Labeau S, Poelaert J, Vogelaers D, Vandewoude K, Dulhunty J, Blot S. Cuff Pressure of Endotracheal Tubes After Changes in Body Position in Critically Ill Patients Treated with Mechanical Ventilation. *American Journal of Critical Care* 2014; 23(1), e1-e8.
- Micik S, Besic N, Johnson N, Han M, Hamlyn S, Ball H. Reducing Risk For Ventilator Associated Pneumonia Through Nursing Sensitive Interventions. *Intensive and Clinical Care Nursing* 2013; 29(59):261-265

- Mol DA, De Villiers GDT, Claassen AJ. Use and Care of an Endotracheal/Tracheostomy Tube Cuff - Are Intensive Care Unit Staff Adequately Informed?. SAJS 2004; 42, 1; 14-16.
- Nseir S, Brisson H, Marquettec CH, Chaudd P, et al. Variations in Endotracheal Cuff Pressure in Intubated Critically Ill Patients: Prevalence and Risk Factors. European Journal of Anaesthesiology, 2009; 26;229–234.
- Nseir S. Endotracheal Cuff Pressure Monitoring: Another Alarm in the ICU? American Journal of Critical Care 2011, 20(6), 421-26.
- Rose L, Redl L. Survey of Cuff Management Practices in Intensive Care Units in Australia and New Zeland. American Journal of Critical Care 2008; 17 (5); 428- 435.
- Rose L., Redl J. Survey of cuff management practices in intensive care units in Australia and New Zeland. American Journal of Critical Care 2008 a; 17 (5): 428-435.
- Sengupta P. Sessler DI. Maglinger P. Wells S. Endotracheal Tube Cuff Pressure in Three Hospitals, and the Volume Required to Produce an Appropriate Cuff Pressure. BMC Anesthesiology 2004, 4: 8.
- Sole ML, Aragon D, Bennett M, Johnson R. Continuous Measurement of Endotracheal Tube Cuff Pressure How Difficult Can It Be? AACN 2008; 19(2), 235-43
- Sole ML, Su X, Talbert S, Penoyer AD, Kalita SEvaluation of an Intervention to Maintain Endotracheal Tube Cuff Pressure within Therapeutic Range. American Journal of Critical Care 2011; 20(2): 109-117.
- Spittle CNS, Beavis SE, Do you measure tracheal cuff pressure? A survey of clinical practice. Brit. J. Anaesth. 2001; 87 (2), 344-345.
- Tekin Y E, İyigün E. Yoğun bakım Ünitelerinde Hemşirelerin Trakeostomi/Endotrakeal Tüp Kaf Basıncı Uygulamalarının İncelenmesi, Türkiye KlinikleriJ Nurs Sci 2016; 8(1)26-33
- Vyas D, Inweregbu K, Pittard A. Measurement of Tracheal Tube Cuff Pressure in Critical Care. Anaesthesia. 2002; 57: 275-277.
- Zand F, Nekooeian AA, Rohani M. Endotracheal Tube Cuff Pressure Monitoring in Intensive Care Units. Iranian Red Crescent Medical Journal 2008; 10(3):223-227.

## **TAMAMLAYICI TEDAVİLERİ KULLANMAYA YÖNELİK TUTUM ÖLÇEĞİ'NİN GELİŞTİRİLMESİ**

*DEVELOPING OF ATTITUDE TOWARDS USING COMPLEMENTARY TREATMENTS SCALE*

**Prof. Dr. Ayşegül BİLGE\*** **Arş Gör. Merve UĞURYOL\*** **Doç. Dr. Şeyda DÜLGERLER\***  
**Prof. Dr. Mustafa YILDIZ\*\***

\*Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

\*\*Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

*Geliş Tarihi/Received: 17.04.2018*

*Kabul Tarihi/Accepted: 13.08.2018*

---

### **ÖZ**

**Amaç:** Tamamlayıcı tedaviler modern tedaviyi desteklemek için yapılan kanıtlanmış uygulamalardır. Bu araştırmada bireylerin Tamamlayıcı Tedavileri Kullanmaya Yönelik Tutumlarını (TTÖ) belirlemek için bir ölçek geliştirmek ve geliştirilen ölçeğin geçerlik ve güvenilirliğini saptamak amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Araştırma metodolojik olarak planlanmıştır. Araştırmanın örneklemini Türkiye' de bir devlet üniversitesinde 2014-2015 öğretim yılında öğrenim gören 631 sağlıklı birey oluşturmuştur. Araştırmanın gerçekleştirilebilmesi için gerekli izinler alınmıştır. Veri toplama aracı olarak araştırmacılar tarafından geliştirilen TTÖ kullanılmıştır. TTÖ ilk aşamada 23 maddeden oluşmaktadır. Ölçekten alınan yüksek puan tamamlayıcı tedavilere karşı olumlu tutumu göstermektedir.

**Bulgular:** Ölçeğin geçerlik çalışması aşamasında uzman görüşleri alınmış, Kendall Uyuşum Katsayısı korelasyon testi uygulanarak ölçeğin içerik geçerliliği saptanmıştır ( $W^p=0,20$ ,  $p=0,46$ ). Ölçeğin güvenirlik çalışması aşamasında ise ilk olarak 23 maddenin toplam puan korelasyonları incelenmiş olup, 0,20 korelasyon sınırının altında olan maddeler ölçekten çıkarılmıştır. Ölçek bu hali ile 13 maddedir. Ölçeğin iç tutarlılık analizlerinde Cronbach Alpha değeri 0,79 olarak bulunmuştur. Bu noktada ölçeğin iç tutarlılığı kabul edilebilir düzeydedir.

**Sonuç:** Tamamlayıcı Tedavileri Kullanmaya Yönelik Tutum Ölçeği geçerli ve güvenilir bir ölçektir.

**Anahtar Kelimeler:** Tamamlayıcı Tedaviler, Geçerlik, Güvenirlik, Ölçek

### ABSTRACT

**Objective :** *Complementary treatments are evidence-based practices to support modern therapy. In this study, it was aimed to develop a scale to determine the Attitudes towards Using Complementary Treatments Scale (ACTS) and to determine the validity and reliability of the developed scale.*

**Methods:** *The study has been methodologically planned. The sample of the study at a state university in Turkey has consisted studying 631 healthy individuals studying in 2014-2015 academic year at a state university. Permission has been obtained for the research to be carried out. ACTS developed by the researchers was used as data collection tool. ACTS consists of 23 items in the first stage. The high score on the scale shows a positive attitude towards complementary therapies.*

**Results:** *In the course of validity assessment of the scale, expert opinion has been received, and the content validity of the scale has been determined by using Kendall coefficient correlation test ( $W^a=0,20$ ,  $p = 0,46$ ). In the course of the reliability assessment of the scale, total score correlations of 23 materials have been examined, and those under 0,20 correlation limit has been removed from the scale correlation. As a result, the scale was left to be 13 items. In the internal consistency tests of the analyses, Cronbach's alpha value has been found to be 0,79.*

**Conclusion:** *Attitude Towards Using Complementary Treatments Scale is a valid and reliable scale.*

**Keywords:** *Complementary Treatments, Validity, Reliability, Scale*

## GİRİŞ

Tamamlayıcı tedaviler modern tıp uygulamalarına ek olarak bireyin fiziksel, duygusal, ruhsal, sosyal ve çevresel bir çerçevede sağlığını sürdürmesinde, hastalıkların önlenmesinde, hastalık durumlarında bireyi destekleyici ve sağlığın yükseltilmesi amacı ile kullanılan tedavi yöntemleridir (Gürkan ve Bilge 2006, Kav ve ark. 2008).

Dünya'da ve ülkemizde sağlık sistemlerinin değişmesi ile birlikte tamamlayıcı tedavilerde bu değişimden etkilenmekte ve tamamlayıcı tedavilerin kullanımı günden güne artmaktadır (Eisenberg ve ark. 1998, Ernst 2000, Rafferty ve ark. 2002).

Dünyada tamamlayıcı tedavi kullanılma oranları incelendiğinde; Amerika'da 1990-1997 yılları arasında bireylerin tamamlayıcı tedavileri kullanma oranlarının %33,8'den %42,1'e yükseldiği bildirilmektedir (Eisenberg ve ark. 1998). Yine Avustralya'da bu oran %48 (MacLennan ve ark. 1996), Fransa'da ise %49 (Fisher ve Ward 1994) olarak saptanmıştır.

Türkiye'de Ankara'da yaşayan 65 yaş ve üzeri 200 kadın üzerinde yapılan bir çalışmada; kadınların %83,5'i tamamlayıcı tedavilerin etkili olduğunu bildirmiştir.

Kadınların %63'ünün ise tamamlayıcı tedavilerden en fazla bitkisel terapileri kullandıkları saptanmıştır (Özer ve ark. 2013).

Zivcic ve ark. (2014) hekim, hemşire ve fizyoterapistlerin tamamlayıcı tedavilere karşı tutumlarının incelendiği bir çalışmada, hemşire ve fizyoterapistlerin tamamlayıcı tedavilere karşı tutumları daha olumlu bulunmuştur. Günümüzde Türkiye'de sağlık kurumlarında tamamlayıcı tedavilerin sağlık profesyonelleri ve özellikle hekim ve hemşireler tarafından uygulanması gerekli görülmektedir (Khorsid ve Yapucu 2005, Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği 2014). Bu araştırmaların gerçekleştirilebilmesi için ölçüm araçlarına gereksinim vardır.

Tamamlayıcı tedavilere yönelik ölçek geliştirme çalışmaları incelendiğinde; İngiltere'de Hyland ve ark. (2003) tarafından geliştirilmiş olan The Holistic Complementary and Alternative Medicine Questionnaire (HCAMQ) - Bütüncül Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Soru Formu, Amerika'da Schneider ve ark. (2003)'nin geliştirdiği Integrative Medicine Attitude Questionnaire (IMAQ) - Bütüncül Tedaviler Tutumu Soru Formu ve yine aynı ülkede McFadden ve ark. (2010)'nin araştırmalarında kullandıkları Complementary, Alternative, and Conventional Medicine Attitudes Scale (CACMAC) - Tamamlayıcı Alternatif Geleneksel Tedaviler Tutum Ölçeği, İngiltere'de Bishop ve ark. (2005)'nin geliştirdikleri Complementary Alternative Medicine Belief Inventory (CAMBI) - Tamamlayıcı Alternatif Tıp İnançları Ölçeği ve Lewith ve ark. (2002)'nin geçerliliğini yaptıkları Attitudes to Alternative Medicine Scale (AAMS)- Alternatif Tıp Tutum Ölçeği'nin kullanıldığı belirlenmiştir. Türkiye'de Tamamlayıcı tedaviler ile ilgili bir ölçüm aracına ulaşılamamıştır. Tamamlayıcı tedavi uygulamalarının bilimsel verilere dayandırılması için bu konuda ölçüm araçlarının geliştirilmesine ve bu alan ile ilgili araştırmaların artırılmasına gereksinim vardır.

Bu araştırmanın amacı Tamamlayıcı Tedavileri Kullanmaya Yönelik Tutum Ölçeği'nin geçerlik ve güvenilirliğini yapmaktır.

## **GEREÇ VE YÖNTEM**

Araştırma, Tamamlayıcı Tedavileri Kullanmaya Yönelik Tutum Ölçeği'nin geçerlik ve güvenilirliğini belirlemek amacı ile planlanmış, metodolojik tipte bir araştırmadır. Araştırmanın evrenini 2014-2015 öğretim yılında öğrenim gören 937 birey oluşturmuştur. Araştırma olasılıksız örneklem yöntemi ile araştırmaya katılmayı kabul eden 631 sağlıklı birey ile yürütülmüştür. Örnek grubu Türkiye'deki bir devlet üniversitesinde eğitim alan bireylerden oluşmaktadır. Etik açıdan araştırmanın gerçekleştirildiği kurumdan yazılı, örnekleme oluşturan kişilerden ise sözlü izin alınmıştır.

### **Ölçümler**

Araştırmada veri toplama aracı olarak araştırmacılar tarafından geliştirilen Tamamlayıcı Tedavileri Kullanmaya Yönelik Tutum Ölçeği kullanılmıştır.



## Tamamlayıcı Tedavileri Kullanmaya Yönelik Tutum Ölçeği

Ölçek, araştırmacılar tarafından geliştirilmiştir. Ölçekte bireylerin sağlık sorunları yaşadıklarında başvurdukları tamamlayıcı ve modern tedavi uygulamalarını içeren 23 soru yer almaktadır (Siahpush 1999, Hyland ve ark. 2003, Gürkan ve Bilge 2006, McFadden ve ark. 2010, Grzywacz 2012, Thomson ve ark. 2014). Soru formu hazırlanırken 4'lü likert tip değerlendirme kullanılmıştır. Kişiler soruları yanıtlarken (0) hiç katılmıyorum, (1) biraz katılıyorum, (2) oldukça katılıyorum (3) tümüyle katılıyorum şıklarından birini seçmişlerdir. Tersine dönmüş maddeler, 13 maddelik ölçeğin son halinde 9. maddedir. 0 – 3 arasında puanlanan ölçekten alınan en az puan 0, en fazla puan ise 39'dur. Ölçekten alınan yüksek puan tamamlayıcı tedavilere karşı olumlu tutumu göstermektedir.

### Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada verilerin değerlendirilmesi psikometrik özelliklerin incelenmesi (geçerlik -güvenirlik) ile gerçekleştirilmiştir.

Psikometrik özelliklerin incelenmesinde geçerlik çalışmasında; örnek yeterliliği için Kaiser-Mayer-Olkin Measure of Sampling Adequacy (KMO) ve Bartlett's Test Sphericity analizi kullanılmıştır (20). Ölçek içerik geçerliliği için beş uzman görüşüne sunulmuştur. Uzmanlardan ölçekteki her bir maddenin ölçme derecesini 100 puan üzerinden değerlendirmeleri istenmiştir. Uzman görüşleri Kendall Uyuşum Katsayısı ( $W^a$ ) ile analiz edilmiştir.

Güvenirlik çalışmasında; iç tutarlılık analizleri olarak; Cronbach Alpha Güvenirlik Analizi ve madde çıkarma analizi için Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon analizi hesaplanmıştır. Ölçek toplam puanı ile ölçek maddeleri arasındaki korelasyon için Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon analizi yapılmıştır.

## BULGULAR VE YORUM

Araştırmada; katılımcıların ölçek toplam puanları ve eğitim durumları arasında istatistiksel açıdan fark bulunmamıştır ( $F=2,07$ ,  $p=0,12$ ,  $p>0,05$ ). Örnek grubu homojendir.

### Geçerliliğe İlişkin Bulgular

**Tablo 1.** Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling (KMO), Bartlett's Test Sphericity Analizi Sonuçları

Kaiser-Mayer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,87
Bartlett's Test of Sphericity	Approx.Chi-Square	2060,23
	df	78
	p	0,00*

$p<0.01^*$

Ölçeğin örnek büyüklüğünün uygunluğunu test etmek için yapılan analiz sonucu istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $p=0,000$ ) (Tablo 1).

**Tablo 2.** Tamamlayıcı Tedavileri Kullanmaya Yönelik Tutum Ölçeği'nin Kendall Uyuşum Katsayısı Analiz (W<sup>a</sup>) Test Sonuçları

Uzman Görüş (N)	W <sup>a</sup>	X <sup>2</sup>	SD	p
5	0,20	22,00	22	0,46

Tamamlayıcı Tedavileri Kullanmaya Yönelik Tutum Ölçeği için alınan uzman görüşleri doğrultusunda yapılan analiz sonucu uzmanlar arasında istatistiksel açıdan fark olmadığını göstermiştir. (Kendall's W<sup>a</sup>=0,20, x<sup>2</sup>=22,000, df=22, p=0,460) (Tablo 2).

### Güvenirlğe İlişkin Bulgular

**Tablo 3:** Tamamlayıcı Tedavileri Kullanmaya Yönelik Tutum Ölçeği'nin Maddelerinin Analizi

Maddeler		Madde	Madde	Madde Toplam	Madde
Eski Madde	Yeni Madde	Çıktığında Ölçek Ortalaması	Çıktığında Ölçek Varyansı	Korelasyonu	Çıktığında Ölçek Alphası
1	1	18,3423	22,670	0,478	0,772
2	2	18,4548	27,632	0,232	0,830
3	3	18,6957	22,301	0,535	0,767
4	4	18,3518	22,190	0,586	0,763
5	5	18,2758	22,003	0,566	0,764
7	6	18,8843	22,090	0,476	0,772
8	7	18,6101	23,064	0,418	0,778
9	8	18,2932	22,509	0,472	0,773
11	9	18,6260	23,622	0,315	0,787
12	10	18,1220	22,949	0,413	0,778
15	11	18,6878	21,834	0,577	0,763
20	12	18,6545	22,563	0,400	0,780
21	13	18,0586	22,112	0,525	0,768
Maddeler=13			n=631	Alpha=0,791	

Tablo 3’de ölçeğin iç tutarlılık analizi yapılmış, madde korelasyon katsayısı 0,20 değerinin altında olan maddeler ölçekten çıkarılmıştır (6.,10.,13.,14.,16.,17.,18.,19.,22.,23. maddeler). Ölçek bu hali ile 13 maddede bırakılmıştır. Ölçek toplam Cronbach Alpha Katsayısı 0,791 bulunmuştur.

**Tablo 4:** Tamamlayıcı Tedavileri Kullanmaya Yönelik Tutum Ölçeği’nin Madde-Toplam Puan Korelasyonları

Maddeler	r	P
1.Tamamlayıcı tedavilerin daha kolay uygulanabilir olduğuna inanırım.	,58	,000**
2.Tamamlayıcı tedaviler telkin etkisi yapar.	,09	,014*
3.Tamamlayıcı tedavi yöntemlerinin ilaç tedavilerinden daha etkili olduğunu düşünürüm.	,63	,000**
4.Tamamlayıcı tedavi uygulamalarından sonra kendimi iyi hissedirim.	,66	,000**
5.Tamamlayıcı tedavilerin vücudun doğal güç kaynakları olduğunu düşünürüm.	,65	,000**
6.Herhangi bir sağlık sorununda hekime başvurmadan önce tamamlayıcı tedavi yöntemlerine başvururum.	,59	,000**
7.Sağlık sorunu yaşadığımda ilaç tedavisi ve tamamlayıcı tedavi yöntemlerini eşit oranda kullanırım.	,52	,000**
8.Tamamlayıcı tedavilerin daha kolay ulaşılır olduğuna inanırım.	,58	,000**
9.İlaç tedavisinin tamamlayıcı tedaviden daha etkili olduğunu düşünürüm.	,44	,000**
10.Sağlık sorunu yaşadığımda yalnızca ilaç tedavisi kullanırım.	,52	,000**
11.Çevremdekilere tamamlayıcı tedavi yöntemlerini kullanmalarını öneririm.	,67	,000**
12. İlaç tedavisinin tek başına faydalı olmayacağına inanırım.	,53	,000**
13.İlaç tedavisinin yanında tamamlayıcı tedavilerinde faydalı olduğuna inanırım.	,62	,000**

\* $p < 0,05$  \*\* $p < 0,01$

Ölçeğin toplam puan ortalaması ile madde puan ortalamaları arasındaki korelasyon incelendiğinde, tüm maddeler ile toplam puan ortalaması arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p < 0,01$ ,  $p < 0,05$ ). Madde 2 korelasyon değeri düşük olmasına rağmen toplam puan korelasyonu ile anlamlı bir ilişki olduğundan ölçekte bırakılmıştır (Tablo 4).

## TARTIŞMA

TTÖ’nün geçerlik güvenirliğini saptamak amacıyla planlanmış bu çalışmada, ilk olarak örnek grubunun geçerlik ve güvenirlik analizlerine uygunluğunu test etmek için örnek büyüklüğü analizi yapılmıştır. Örneklem sayısının yeterli olması ölçeğin geçerlik ve güvenirliğini açısından önemlidir. Göktepe ve Baykal (2012) tarafından yapılan ölçek geliştirme çalışmasında, 58 maddelik ölçek, 600 birey üzerinde uygulanmıştır. Literatürde ölçek geliştirme çalışmalarında, her bir ölçek maddesi başına 3-10 kişi alınabileceği önerilmektedir (Öner 1997, Gözüm ve Aksayan 1999,

Tavşancıl 2005). Tutum çalışmalarında örnek büyüklüğünün 200 ve üzerinde olması önerilmektedir (Tavşancıl 2005, Aykar Şenuzun ve ark. 2014). Bu noktada, TTTÖ'nin geçerlik güvenirlik çalışmasında 23 maddelik ölçek için toplam 631 sağlıklı birey analize alınmıştır. Yapılan KMO ve Barlett analizinde örnek büyüklüğünün istatistiksel açıdan yeterli olduğu belirlenmiştir (KMO=0,878; p=0,000). Bu çalışma literatürü desteklemektedir.

TTTÖ'nin kapsam geçerliliği için uzman görüşüne başvurulmuş, ilk Kendall analizde  $p < 0,05$  düzeyinde istatistiksel fark saptanmış, uzmanların önerileri doğrultusunda maddeler yeniden yapılandırılmış ve uzmanlara sunulmuştur. Bu analizde uzmanlar arasında istatistiksel açıdan fark olmadığı saptanmıştır ( $p=0,460$ ). Bu sonuç ölçek maddelerinin anlaşılması ve yorumlanması açısından uzman görüşleri arasında istatistiksel olarak fark olmadığını göstermektedir. Tüm maddeler uzmanlar tarafından aynı şekilde anlaşılmıştır. Kapsam geçerliliğinde beklenen durum uzmanların aynı görüşte olmasıdır. Bu nedenle ölçek maddelerinin anlam farklılıklarında, uzman görüşleri ile maddeler düzeltilip uzmanlara değerlendirmeleri için yeniden verilir. Bu çalışmada da bu yöntem uygulanmıştır.

Güvenirlik; ölçme ile elde edilen sonuçların, farklı ölçümlerden sonra da aynı değerleri vermesi ve değerlerin tesadüfi olmaması açısından, bilimsel araştırmalarda temel koşuldur. Güvenirlik aynı zamanda yanıtlar arasındaki benzerlik, yakınlık ve kararlılığı gösterir. Güvenirliğin düşük olması, yapılan çalışmanın anlamsız olduğunu, yüksek olması ise test sonuçlarına güvenilmesi anlamına gelmektedir. Güvenirlik katsayısı yani Cronbach  $\alpha$  katsayısı 0 ile 1 arasında değer almaktadır (Güriş ve Astar 2014).

Araştırma bulgularına göre TTTÖ'nin Cronbach Alpha katsayısı 0,791 saptanmıştır. Cronbach Alpha katsayısının  $0,7 \leq \alpha < 0,9$  değerleri arasında olması iyi derecede güvenilir olduğunu ifade etmektedir (Güriş ve Astar 2014). Bu doğrultuda TTTÖ'nün iyi derecede güvenilir bir ölçek olduğu söylenebilir.

Ölçeğin iç tutarlılık analizleri yapılmış ve madde korelasyon katsayısı 0,20'nin altında olan maddeler ölçekten çıkarılmıştır (Tablo 3). Ölçek son hali ile 13 maddede bırakılmıştır. Madde toplam korelasyon puanının 0,20'nin üstünde olması ve negatif olmaması beklenir. Madde korelasyon puanı 0,20'nin altında olan maddelerin ölçekten çıkarılması ve tekrar Cronbach Alpha Katsayısı ve ortalamaların değişimine bakmak gerekmektedir (Tavşancıl 2005). Bırakılmış olan 13 madde ile ölçek madde toplam puanı arasındaki korelasyon incelendiğinde  $p < 0,05$  ve  $p < 0,01$  düzeyinde anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlar 13 maddenin de TTTÖ için bulunması gereken maddeler olduğu anlamını taşımaktadır.

## SONUÇ

Sonuç olarak; TTTÖ'nin geçerlik analizleri sonucunda; içerik ve dil geçerliliği analizleri beklendik düzeyde bulunmuştur. Güvenirlik analizleri sonucunda iyi derecede güvenilir bir ölçek olduğu saptanmıştır. TTTÖ'yi geçerli ve güvenilir bir ölçektir. Herhangi bir çıkar çatışması ve finansal destek bulunmamaktadır.

### **KAYNAKÇA**

- Aykar Şenuzun F, Bilge A., Mermer G ve ark. Validity and Reliability of The Social Support Scale in Chronic Diseases-TR (SSCII-TR). *European Geriatric Medicine* 2014; 5: 21-25.
- 2.Bishop FL, Yardley L, Lewith G. Developing A Measure Of Treatment Beliefs: The Complementary and Alternative Medicine Beliefs Inventory. *Complementary Therapies in Medicine* 2005;13:144-149.
- 3.Eisenberg MD, Davis RB, Ettner S. Trends in Alternative Medicine Use in The United States 1990-1997. *JAMA* 1998; 280: 1569-1575.
- 4.Ernst E. Prevalence of Use of Complementary/Alternative Medicine: A Systematic Review. *Bulletin of the World Health Organization* 2000;78 (2): 252-7.
- 5.Fisher P, Ward A. Medicine in Europe: Complementary Medicine in Europe. *BMJ* 1994; 309: 107-111.
- Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği 27/10/2014 Tarihli 29158 Sayılı Resmi Gazete (İnternet belgesi). (Güncel:05/07/2015).Erişim: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/10/20141027-3.htm>.
- Göktepe N, Baykal Ü. Verimliliğe İlişkin Tutum Ölçeğinin Geliştirilmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 2012; 2: 29-41.
- Gözüm S, Aksayan S. Öz Etkililik Yeterlik Ölçeğinin Türkçe Formunun Güvenilirlik Ve Geçerliliği, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 1999;2(1):21-34.
- Grzywacz GJ. Measuring Differential Beliefs in Complementary Therapy Research: An Exploration Of The Complementary and Alternative Medicine Beliefs Inventory. *Complementary Therapy Medicine* 2012; 20(1-2):54-60.
- Güriş S, Astar M. Bilimsel Araştırmalarda Spss İle İstatistik. İstanbul: Ada Ofset Matbaacılık Tekstil Gıda San. ve Tic. Ltd. Şti; 2014: 245-246.
- Gürkan A, Bilge A. Alternatif Terapiler Ve Psikiyatri Hemşireliği. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2006; 22 (1): 225-232.
- Hyland ME, Lewith GT, Westoby C. Developing A Measure Of Attitudes: The Holistic Complementary and Alternative Medicine Questionnaire. *Complementary Therapies in Medicine* 2003;11:33-38.
- Kav S, Hanoğlu Z, Algier L. Türkiye’de Kanserli Hastalarda Tamamlayıcı Ve Alternatif Tedavi Yöntemlerinin Kullanımı. Literatür Taraması. *Uluslararası Hematoloji-Onkoloji Dergisi* 2008; 18(1): 32-8.
- Khorsid L, Yapucu Ü. Tamamlayıcı Tedavilerde Hemşirelerin Rolü. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2005; 8(2): 124-130.
- Lewith GT, Hyland ME, Shaw S. Do Attitudes Toward and Beliefs about Complementary Medicine Affect Treatment Outcomes. *American Journal of Public Health* 2002;92(10):1604-1606.
- MacLennan AH, Wilson DH, Taylor AW. Prevalence and Cost of Alternative Medicine in Australia. *Lancet* 1996; 347: 569-573.
- McFadden LK, Hernández DT, Ito AT. Attitudes Toward Complementary and Alternative Medicine Influence Its Use. *Explore* 2010; 6: 380-388.
- Öner N. Türkiye’de Kullanılan Psikolojik Testler Bir Başvuru Kaynağı. 3.Baskı. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınları; 1997.
- Özer Ö, Şantaş F, Yıldırım HH. An Evaluation on Levels of Knowledge, Attitude and Behavior of People at 65 Years and Above About Alternative Medicine in Ankara. *Afr. J.Complement. Altern. Med.* 2013;10 (1): 134-141.

- Rafferty AP, McGee HB, Miller CE et al. Prevalence Of Complementary And Alternative Medicine Use: State-Specific Estimates From The 2001 Behavioral Risk Factor Surveillance System. *American Journal of Public Health* 2002; 92 (10): 1598-1600.
- Schneider CD, Meek PM, Bell IR. Development and Validation Of IMAQ: Integrative Medicine Attitude Questionnaire. *BMC Medical Education* 2003;3:1-7.
- Siahpush M. Why Do People Favour Alternative Medicine?. *Aust. N Z J Public Health* 1999; 23: 266-271.
- Tavşancıl E. Tutumların Ölçülmesi Ve Spss İle Veri Analizi. 2. Baskı. Ankara:2005.
- Thomson P, Jones J, Browne M et al. Why People Seek Complementary and Alternative Medicine Before Conventional Medical Treatment: A Population Based Study. *Complementary Therapies in Clinical Practice* 2014; 20: 339-346.
- Zivcic D, Racz A, Naletilic D. Differences in Attitudes Towards/Beliefs on Complementary and Alternative Medicine Witnessed between Psychotherapists, Nurses/Paramedics and Physicians. *Afr. J.Complement. Altern. Med.* 2014; 11 (6): 57-65.

## TİP 2 DİABETES MELLİTUS TEDAVİSİNDE HASTA UYUMUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ

### EVALUATION OF THE PATIENT COMPLIANCE IN TYPE 2 DIABETES MELLITUS TREATMENT

Öğr. Gör. Akile KARAASLAN EŞER\* Öğr. Gör. Emine Nevin DOĞAN\*

Prof. Dr. Sultan KAV\*

Yasemin BULUT\*\*

\*Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

\*\*Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü

Geliş Tarihi/Received: 31.05.2018

Kabul Tarihi/ Accepted: 15.08.2018

### ÖZ

**Amaç:** Bu araştırma, Tip 2 Diabetes Mellitus (DM) tedavisinde hasta uyumunu belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

**Gereç Ve Yöntem:** Araştırma Ankara'da bir vakıf üniversitesi hastanesinin endokrinoloji polikliniğinde gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın örneklemini en az 1 yıldır Tip 2 DM tanısıyla izlenen, oral antidiyabetik ilaç ya da insülin kullanan, 18 yaşının üstünde, sözel iletişim kurulabilen ve çalışmaya katılmaya gönüllü 303 birey oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında soru formu ve "Tip 2 DM Tedavisine Hasta Uyum Ölçeği" kullanılmıştır.

**Bulgular ve Sonuç:** Hastaların yaş ortalaması  $61.68 \pm 11.26$  olup, yarıdan fazlası kadın (%57.1), evli (%76.9), emekli ya da çalışmamaktadır (%77.2). Hastaların %49.2'sinin eğitim durumu üniversite ve üzeridir. Hastaların çoğu Tip 2 DM tanısını altı yıldan daha uzun zaman önce almış (%68.6), günde üçten fazla ilaç kullanmakta (%69) ve ek başka bir hastalığı (%81.2) bulunmaktadır. Ölçek puan ortalaması  $(77.69 \pm 10.73)$  hasta uyumunun orta düzeyde olduğunu göstermektedir. Katılımcılar arasında tedavi uyumu kötü olan hasta bulunmazken iyi olarak değerlendirilen 8 hasta (%2.6), orta olarak değerlendiren 295 hasta (%97.4) bulunmuştur. Bir günde alınan ilaç sayısı 3 ten fazla olan ve diyet uygulamayan hastaların tedavi uyumlarının daha düşük olduğu belirlenmiştir ( $p < 0.05$ ). Çalışmaya katılan hastaların tedavi uyumlarının orta düzeyde olduğu, kullanılan ilaç sayısı arttıkça tedavi uyumlarının

olumsuz etkilendiği, diyet uygulayanların uyumlarının daha yüksek olduğu görülmektedir. Hemşirelerin diyabetli bireyleri tedavi uyumu açısından değerlendirmesi, uygun girişimler planlayıp etkinliğini izlemesi önerilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Diabetes Mellitus, Tip 2 Diyabet, uyum, hastalık yönetimi, hemşirelik, sebat etme.

### ABSTRACT

**Aim:** *This study has been performed with the aim to determine patient compliance in type 2 diabetes mellitus treatment.*

**Material and Methods:** *The research was conducted at endocrinology outpatient clinic of a Foundation University Hospital located in Ankara. Sample of the study were consisted of 303 individuals who were followed up by type 2 DM at least one year; were taking either oral antidiabetic drugs or insulin, over 18 years old, able to communicate verbally and volunteer to participate in the study. Questionnaire and "Patient Compliance Scale for Type 2 DM Treatment" were used to collect the data.*

**Results and Conclusions:** *The mean age of the patients was  $61.68 \pm 11.26$ , more than half of them were female (57.1%) married (76.9%), retired or not working (77.2%). Patients education level was university and over (49.2%). Most of the patients had Type 2 DM diagnosed more than six years ago (68.6%), had more than three drugs per day (69%), and comorbid diseases (81.2%). The mean score of the scale ( $77.69 \pm 10.73$ ) indicates that the patient compliance is moderate. There was no patient with poor compliance between the participants, eight patients (2.6%) were evaluated as good, and 295 (97.4%) were evaluated as moderate. Patients receiving over 3 drugs and not following medical diet had lower adherence ( $p < 0.05$ ). It was determined that the treatment compliance of patients who had more than 3 drugs per day and did not following a diet for diabetes was lower ( $p < 0.05$ ). Patients in this study showed moderate compliance level; those who were following their diet have better compliance however adversely affected by using increased number of drugs. It is recommended that the nurse should assess diabetic individuals in terms of treatment compliance, plan appropriate interventions and monitor their effectiveness.*

**Keywords:** *Diabetes Mellitus, type 2 diabetes, compliance, disease management, nursing, persistence.*

### GİRİŞ

Tip 2 Diabetes Mellitus (DM) insülin direnci ve/veya beta hücre fonksiyon kaybı ile karakterize kronik bir hastalıktır. Hastalık prevalansı yaş, sedanter yaşam ve obeziteye paralel bir şekilde hızla artmaya devam etmektedir. Uluslararası Diyabet Federasyonu (2015) her 11 kişiden birinin diyabet hastası olduğunu, diyabetli her iki kişiden birinin hastalığını bilmediğini ve küresel sağlık harcamalarının %12'sinin diyabete yönelik olduğunu belirtmektedir. Bu rapora göre Türkiye, Avrupa bölgesinde Rusya (12,1 milyon) ve Almanya'dan (6,5 milyon) sonra en fazla diyabet hastasının (6,4 milyon) olduğu ve yaşa göre düzeltilmiş karşılaştırmalı prevalansı (%12,8 karşılaştırmalı prevalans, %12,5 ham prevalans) en yüksek olan ülkedir (Uluslararası Diyabet Federasyonu, 2015). Ulusal Hastalık Yükü Çalışması 2013 verilerine göre, 2000-2013 yılları karşılaştırmasında diyabet, hastalık yükünde %60 artış ile (2000 yılında 10. sıradayken 2013'de 4. sıra) ilk sıralara gelmiştir.



Diabetes Mellitus' un kilo kontrolü, fiziksel aktivite, beslenme alışkanlıklarında değişim gibi yaşam tarzı düzenlemeleri ve ilaç tedavisi ile kontrol edilebildiği bilinmektedir. Diabetes Mellitus hastalığına sahip bireylerin bu düzenlemeleri yapabilmesi tedaviye uyum sağlamalarıyla mümkündür. Dünya Sağlık Örgütü uyum kavramını "Bir kişinin sağlık profesyonellerinin önerileri doğrultusunda belirlenen ilaçları alma, diyete uygunluk gösterme, yaşam tarzı değişiklikleri gibi davranışlarının derecesi" olarak tanımlamaktadır (WHO 2003). Diyabetik hastalarda tedaviye uyum glisemik kontrolü etkilemekte, akut komplikasyonların oluşmasını engellemekte ve kronik komplikasyonların oluşmasını geciktirmektedir. Hastanın önerilen tıbbi tedaviye uyum sağlayamaması hastane yatışlarını ve sağlık bakım masraflarını artırmaktadır (Martin ve ark. 2017, Blacburn ve ark. 2013, Sufiza ve ark. 2013, Cobden ve ark. 2010).

Tedavi uyumu; bilgi eksikliği, karmaşık tedavi rejimleri, eşlik eden hastalıkların varlığı, yan etkiler, tedavi maliyeti, duygusal iyilik hali gibi pek çok faktörden etkilenmektedir. Bireyin tedaviye uyumunu etkileyen faktörler: sosyoekonomik faktörler, tedaviyle ilişkili faktörler, hastayla ilişkili faktörler, durumla ilgili faktörler, sağlık ekibi/ sağlık sistemi ile ilgili faktörler olarak gruplandırılabilir (Sufiza ve ark. 2013, WHO 2003).

Diyabet komplikasyonlarının önlenmesi glisemik kontrolün sağlanması ile gerçekleştirilebilir. Glisemik kontrolün sürdürülmesinde bireyin belirlenen ilaç tedavisine uyum göstermesinin yanı sıra düzenli ve dengeli beslenme, egzersiz gibi yaşam tarzı değişikliklerini de benimsemesi gerekmektedir. Hastanın belirlenen tedaviye uyumunu geliştirmede ilk adım bireyin tedavi uyumunun değerlendirilmesidir. Diyabetli hastaların tedavi uyumunun belirlenmesi ile diyabetin akut ve kronik komplikasyonlarını önlemeye, hasta bakım kalitesini arttırmaya ve bu alanda yapılmış bilimsel bilgiye katkı sağlanacağı düşünölmektedir.

## **AMAÇ**

Araştırma, Tip 2 Diabetes Mellitus tedavisinde hasta uyumunu belirlemek amacı ile yapılmıştır. Bu amaç doğrultusunda "Tip 2 Diabetes Mellitus hastalarının aldıkları tedaviye uyumları nasıldır?" ve "Tip 2 Diabetes Mellitus hastalarının tedavi uyumlarını etkileyen faktörler nelerdir?" sorularına yanıt aranmıştır.

## **GEREÇ VE YÖNTEM**

**Araştırmanın Tipi:** Araştırma tanımlayıcı tipte yapılmıştır.

**Araştırmanın Evren ve Örneklemi:** Araştırmanın evrenini, Ankara'da bir vakıf üniversitesi hastanesinin Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Bilim Dalı'na bağlı ayaktan tedavi ünitesine başvuran ve Tip 2 Diabetes Mellitus tanısıyla izlenen hastalar oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini belirlemek için 2014 yılı hasta kayıtları esas alınmıştır. Hastanenin endokrinoloji polikliniğinde 2014 yılında toplam 1298 Tip 2 Diabetes Mellitus tanılı hasta ayaktan tedavi hizmeti almıştır. Bu veriler esas alınarak evreni bilinen örnekleme yöntemi ile örnekleme sayısı 303 olarak belirlenmiştir. Belirlenen sayıya ulaşınca kadar (04 Mayıs 2015-04 Eylül 2015) veri toplama süreci

devam etmiştir. Araştırmaya en az 1 yıldır Tip 2 Diabetes Mellitus tanısıyla izlenen, oral antidiyabetik ilaç ya da insülin kullanan, 18 yaşının üstünde, okuma ve yazma bilen, sözel iletişim kurulabilen, çalışmanın yürütüldüğü tarihlerde gebelik öyküsü ve mental hastalığı bulunmayan ve çalışmaya katılmaya gönüllü bireyler dâhil edilmiştir.

**Veri Toplama Araçları:** Araştırmanın verileri literatür bilgileri doğrultusunda (Demirtaş ve Albayrak 2017, Brunton ve Polonsky 2017, Küçük ve Yapar 2016, Elsous ve ark 2017) hazırlanan anket formu ve "Tip 2 Diabetes Mellitus Tedavisine Hasta Uyum Ölçeği" aracılığıyla toplanmıştır. Anket formunda hastaların yaş, cinsiyet, medeni durum gibi sosyodemografik özelliklerini belirlemeye yönelik 10 tane; tanı alma zamanı, kullanılan tedavi yöntemleri, bir günde alınan toplam ilaç sayısı, başka hastalık varlığı, son hemogloblin A1C düzeyini bilme gibi hastalığa ve tedaviye ilişkin özellikleri belirlemeye yönelik 9 tane kapalı uçlu soru bulunmaktadır.

### **Tip 2 Diabetes Mellitus Tedavisine Hasta Uyum Ölçeği**

Tip 2 Diabetes Mellitus Tedavisine Hasta Uyum Ölçeği 30 sorudan oluşmakta olup, beşli likert tipi derecelendirme kullanılmaktadır. Ölçekte 13 olumlu 17 olumsuz tutum içeren madde bulunmaktadır. Puanlama olumlu maddeler için 1'den 5'e doğru yapılmış olup olumsuz maddeler için 5'den 1'e doğru ters puanlama yapılmıştır. Ölçekten alınan en yüksek puan 150 en düşük puan 30'dur. Ölçekten alınan 30-54 puan "tedaviye uyum iyi", 55-125 puan "tedaviye uyum orta", 126-150 puan ise hastanın tedaviye uyumunun kötü olduğunu göstermektedir. Ölçek, Türk toplumunda kullanılmak üzere Demirtaş ve Albayrak tarafından 2014 yılında doktora tezi kapsamında geliştirilmiş yeni bir ölçek olup Cronbach alfa değeri 0,77 olarak bulunmuştur (Demirtaş ve Albayrak 2017). Bu çalışmada ise ölçeğin Cronbach alfa değeri 0,72 olarak hesaplanmıştır.

**Veri Toplama Araçlarının Uygulanması:** Veri toplama formları araştırmacılar tarafından yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak, hastane polikliniğinin bekleme odasında yazılı ve sözlü onam alındıktan sonra yaklaşık 15 dakika sürede toplanmıştır. Araştırmada kullanılacak soru formlarının anlaşılabilirliğinin değerlendirilmesi amacıyla 04.05.2015-10.05.2015 tarihleri arasında 10 hastayla ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonrasında soru formunda değişiklik yapılmadığı için ön uygulama verileri araştırma kapsamına dâhil edilmiştir.

**Verilerin Değerlendirilmesi:** Hastaların "Tip 2 Diabetes Mellitus Tedavisine Hasta Uyum Ölçeğinden" aldıkları puanlar araştırmanın bağımlı değişkenini, hastaların yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durumu, çalışma durumu, gelir düzeyi, yaşadığı yer, yaşanan şehir, kiminle yaşadığı, sigara kullanma durumu, tanı alma zamanı, alınan ilaç sayısı/gün, başka hastalık varlığı, beden kütle indeksi, hemogloblin A1C değeri ve uygulanan tedaviler ise bağımsız değişkenleri oluşturmuştur. Araştırmadan elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 18.0 paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistik hesaplamalarında sayı ve yüzde hesaplamaları kullanılmıştır. Parametrik test varsayımlarının sağlandığı ikiden çok bağımsız grup arasındaki farkı test etmek için Tek Yönlü Varyans Analizi, tek yönlü varyans analizi sonrasında gruplar arası farkı

tespit etmek için Bonferroni testi uygulanmıştır. Parametrik test varsayımlarının sağlanmadığı sayısal verilerde ikili grup karşılaŐtırmalarında Mann Whitney U Testi, ikiden fazla grup karşılaŐtırmalarında Kruskal Wallis Testi kullanılmıştır. Veriler %95 güven aralığında deđerlendirilmiŐ olup,  $p < 0.05$  düzeyi anlamlı olarak kabul edilmiştir.

**Araştırmanın Etik Yönu:** Araştırma öncesi, Başkent Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu'ndan etik kurul onayı (KA15/136) alınmıştır. Araştırmanın yapılabilmesi için hastanenin hemşirelik hizmetleri müdürlüğü ve baŐhekimliğinden gerekli yazılı izinler alınmıştır. Araştırmaya katılan hastalara bilgilendirilmiŐ onam okunarak yazılı onam alınmıştır. Tip 2 Diabetes Mellitus Tedavisine Hasta Uyum Ölçeği'nin kullanılabilmesi için ölçeği geliŐtiren yazardan yazılı izin alınmıştır.

**Araştırmanın Sınırlılıkları:** Araştırmadan elde edilen bulgular sadece araştırmanın yapıldığı hastanede tedavi gören Tip 2 Diabetes Mellitus hastalarına genellenebilir. Araştırma, veri toplama araçlarının uygulandığı tarihlerde araştırmaya katılmayı kabul eden hastalardan elde edilen verilerle sınırlıdır.

## **BULGULAR VE TARTIŞMA**

Araştırmaya katılan hastaların sosyodemografik özelliklerine ilişkin verilerin dağılımı Tablo 1'de yer almaktadır. Hastaların yaş ortalaması  $61.68 \pm 11.26$  olup, yarıdan fazlası kadın (%57.1) ve evlidir (%76.9). Hastaların yarısına yakınının (%49.2) eğitim durumu üniversite ve üzeri, yarısından fazlası emekli ya da çalıŐmamakta (%77.2), gelir gideri eşit (%53.5), il merkezinde (%79.9), eş ve çocuklarıyla (%38) yaşamakta ve yarısından fazlası (%73.6) sigara kullanmamaktadır.

**Tablo 1.** Hastaların Sosyodemografik Özellikleri (N=303).

<b>Sosyodemografik Özellikler</b>		
<b>Yaş (Ortalama <math>\pm</math> SS: <math>61.68 \pm 11.26</math> Min-Max: 33-92)</b>		
<b>Cinsiyet</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>
Kadın	173	57.1
Erkek	130	42.9
<b>Medeni durum</b>		
Evli	233	76.9
Bekâr	42	13.9
BoŐanmıŐ	28	9.2
<b>Eğitim durumu</b>		
Okur-yazar	10	3.3
İlköğretim	50	16.5
Ortaöğretim	26	8.6
Lise	68	22.4
Üniversite ve üzeri	149	49.2
<b>Çalışma Durumu</b>		
Çalışıyor	69	22.8
Çalışmıyor	76	25.1
Emekli	158	52.1

## Tip 2 Diabetes Mellitus Tedavisinde Hasta Uyumunun Değerlendirilmesi

<b>Gelir Düzeyi</b>		
Gelir giderden az	59	19.5
Gelir gidere eşit	162	53.5
Gelir giderden fazla	82	27.0
<b>Yaşadığı Yer</b>		
Köy/Kasaba	39	12.9
İlçe	22	7.2
İl	242	79.9
<b>Kiminle Yaşıyor</b>		
Yalnız	36	11.9
Eş	102	33.7
Eş ve Çocuklar	115	38
Anne-Baba	13	4.2
Diğer	37	12.2
<b>Sigara Kullanım Durumu</b>		
Evet	51	16.8
Hayır	223	73.6
Bırakmış	29	9.6
<b>Toplam</b>	<b>303</b>	<b>100.0</b>

Hastaların hastalık özellikleri ile ilgili veriler Tablo 2'de görülmektedir. Hastaların %68.6'sı Tip 2 DM tanısını altı yıldan daha uzun zaman önce almış, %69'u günde üçten fazla ilaç kullanmakta ve çoğunluğunun (%81.2) Tip 2 DM dışında kronik bir hastalığı bulunmaktadır.

**Tablo 2.** Hastaların Hastalık Durumuna İlişkin Özellikler

Hastalık Özellikleri	Sayı	Yüzde
<b>Tanı Alma Zamanı</b>		
5 yıl veya daha az	95	31.4
6-10 yıl	91	30
11-20 yıl	117	38.6
<b>Alınan İlaç Sayısı/Gün</b>		
1 tane	9	3.0
2 tane	38	12.5
3 tane	46	15.2
3 ten fazla	210	69.3
<b>Başka Hastalık Varlığı</b>		
Var	246	81.2
Yok	57	18.8
<b>Toplam</b>	<b>303</b>	<b>100.0</b>

Hastaların tedavi özelliklerine ilişkin veriler Tablo 3'de yer almaktadır. Hastaların %88.1'i diyetine dikkat ediyor, %80.25'i oral antidiyabetik ilaç tedavisi, %35.3'ü insülin tedavisi, %17.8'i ise bitkisel ürün kullanmaktadır.

**Tablo 3. Hastaların Tedavi Durumuna İlişkin Özellikler**

Tedavi Özellikleri	Sayı	Yüzde
<b>Diyet</b>		
Evet	267	88.1
Hayır	36	11.9
<b>Oral Antidiyabetik</b>		
Evet	244	80.5
Hayır	59	19.5
<b>İnsülin</b>		
Evet	107	35.3
Hayır	196	64.7
<b>Bitkisel Ürün</b>		
Evet	54	17.8
Hayır	249	82.2
<b>HbA1C düzeyi</b>		
Biliyor	105	34.7
Bilmiyor	198	65.3
<b>Toplam</b>	303	100.0

Tablo 4'deki bulgulara göre araştırma kapsamına alınan bireylerin çoğunluğunun (%97.4) tedavi uyumlarının orta düzeyde olduğu görülmektedir. Katılımcılar arasında tedavi uyumu kötü olan hasta bulunmazken, iyi olarak değerlendirilen sekiz hasta (%2.6) bulunmuştur. Ölçekten alınan toplam puan ortalaması ise  $77.69 \pm 10.73$  (minimum:39, maksimum: 106) olarak hesaplanmıştır.

**Tablo 4. Hastaların Tedaviye Uyumlarına İlişkin Tanımlayıcı Bulguları (N=303)**

UYUM	Sayı	Yüzde	X ± SS	Minimum	Maximum
İyi (30-54 puan)	8	2.6	48.12 ± 4.82	39	54
Orta (55-125 puan)	295	97.4	78.49 ± 9.66	55	106
Kötü (126-150 puan)	0	0	0	0	0

**\*DM (Diabetes Mellitus)**

**Tablo 5. Sosyodemografik Özelliklere Göre Tip 2 DM Tedavisine Uyum Ölçeği'nden**

Alınan Puanlar

Sosyodemografik Özellikler	Sayı	X± SS	Önemlilik	Değerlendirme*
<b>Cinsiyet</b>				
Kadın	173	77.02± 10.35	0.126	Z=-1.531
Erkek	130	78.59± 11.20		
<b>Medeni durum</b>				
Evli	233	78.15± 10.41	0.194	$\chi^2=3.279$
Bekar	42	74.40± 11.55		
BoŐanmıŐ	28	78.78± 11.63		

**Tip 2 Diabetes Mellitus Tedavisinde Hasta Uyumunun Değerlendirilmesi**

<b>Eğitim durumu</b>				
Okur-yazar	10	79.90± 8.62	0.764	$\chi^2=1.15$
İlköğretim	50	79.36± 8.90		
Ortaöğretim	26	79.15± 11.79		
Lise	68	78.26± 9.76		
Üniversite ve üzeri	149	76.47± 11.60		
<b>Çalışma Durumu</b>				
Çalışıyor	69	76.89± 11.83	0.356	$\chi^2=2.065$
Çalışmıyor	76	79.21± 9.22		
Emekli	158	77.31± 10.91		
<b>Gelir Düzeyi</b>				
Gelir giderden az	59	78.50± 11.09	0.685	$\chi^2=0.756$
Gelir gidere eşit	162	77.91± 10.25		
Gelir giderden fazla	82	76.67± 11.45		
<b>Yaşadığı Yer</b>				
Köy/Kasaba	39	80.20± 10.32	0.259	$\chi^2=2.702$
İlçe	22	77.00± 10.34		
İl	242	77.35± 10.82		
<b>Kiminle Yaşıyor</b>				
Yalnız	36	79.58± 8.63	0.175	$\chi^2=6.349$
Eş	102	78.32± 10.64		
Eş ve Çocuklar	115	77.46± 10.68		
Anne-Baba	13	69.15± 15.72		
Diğer	37	77.86± 10.10		
<b>Sigara Kullanım Durumu</b>				
Evet	51	80.45± 9.23	0.085	$\chi^2=4.928$
Hayır	223	76.75± 11.08		
Bırakmış	29	80.06± 9.48		

\*Z= Mann Whitney U testi,  $\chi^2$ =Kruskal Wallis testine ait değerlerdir.

Hastaların sosyodemografik özellikleri ve Tip 2 Diabetes Mellitus Tedavisine Uyum Ölçeğinden alınan puanlar (Tablo 5) incelendiğinde; kadın, bekâr, yüksek eğitim düzeyine sahip, çalışan, geliri giderinden fazla olan, sigara kullanmayan ve anne-babasıyla yaşayanların ölçekten aldığı puanların daha düşük olduğu, tedavi uyumlarının daha iyi olduğu, ancak bu durumun istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir ( $p>0,05$ ). Beş yıl ve daha kısa süredir Tip 2 DM tanısıyla izlenen, komorbid hastalığı olanların ölçek puanlarının daha yüksek olduğu ve tedavi uyumlarının daha düşük olduğu saptanmış, ancak bu sonuçların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ( $p>0,05$ ) görülmüştür (Tablo 6). Hastaların oral antidiyabetik ilaç, insülin ya da bitkisel ürün kullanma durumları ve ölçek puanları arasında anlamlı bir fark görülmemiştir. Hastaların HbA1C değerini bilme durumları ve ölçek puanları arasında anlamlı bir fark ( $p>0,05$ ) görülmemiştir (Tablo 7).

Tip 2 DM tanısıyla izlenen hastaların bir günde aldığı ilaç sayısı üçten fazla ise bu hastaların Tip 2 Diabetes Mellitus Tedavisine Uyum Ölçeğinden aldığı puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ( $78.99\pm 10.19$ ), tedavi uyumlarının daha düşük olduğu ve bu durumun istatistiksel olarak da anlamlı ( $p<0,05$ ) olduğu bulunmuştur

(Tablo 6). Yapılan Bonferroni Post Hoc testine göre bu anlamlılığın günde üç tane ilaç kullanan ve üçten daha fazla ilaç kullanan gruptan kaynaklandığı belirlenmiştir. Benzer şekilde diyetine uygunluk göstermeyen hastaların tedavi uyumlarının daha kötü olduğu (85.11±9.44) bu farkın istatistikî olarak da olarak anlamlı (p<0.05) olduğu görülmüştür (Tablo 7).

**Tablo 6.** Hastalık Özelliklerine Göre Tip 2 DM Tedavisine Uyum Ölçeği'nden Alınan Puanlar

Hastalık Özellikleri	Sayı	X± SS	Önemlilik (p)	Değerlendirme*
<b>Tanı Zamanı</b>				
5 yıl veya daha az	95	78.43± 10.66	0.311	$\chi^2=2.339$
6-10 yıl	91	76.61± 11.02		
11-20 yıl	117	77.94± 10.59		
<b>Bir Günde Alınan İlaç Sayısı</b>			0.009	F=3.892
1 tane	9	73.77± 9.53		
2 tane	38	75.76± 10.01		
3 tane	46	73.93± 12.80		
3 ten fazla	210	79.03± 10.19		
<b>Başka Hastalık Varlığı</b>			0.07	Z=-1.771
Var	246	78.20± 10.85		
Yok	57	75.50± 10.02		

\*Z= Mann Whitney U testi, F= Tek Yönlü Varyans Analizi testi,  $\chi^2$ =Kruskal Wallis testine ait değerlerdir.

**Tablo 7.** Tedavi Özelliklerine Göre Tip 2 DM Tedavisine Uyum Ölçeği'nden Alınan Puanlar

Tedavi Özellikleri	Sayı	X± SS	Önemlilik	Değerlendirme*
<b>Diyet</b>			0.000	Z=-4.170
Evet	267	76.69± 10.52		
Hayır	36	85.11± 9.44		
<b>Oral Antidiyabetik</b>			0.626	Z=-0.487
Evet	244	77.68± 10.38		
Hayır	59	77.74± 12.19		
<b>Bitkisel Ürün</b>			0.856	Z=-0.182
Evet	54			
Hayır	249			
<b>İnsülin</b>			0.836	Z-0.207
Evet	107	77.55± 11.54		
Hayır	196	77.77± 10.30		
<b>HbA1C</b>			0,830	Z=-0.214
Biliyor	105	77.40± 12.29		
Bilmiyor	198	77.84± 9.84		

\*Z= Mann Whitney U testine ait değerlerdir

Kronik bir hastalık olan diyabet tedavisinin başarısı; hastanın belirlenen tedaviye, ilaç rejimlerine uyum sağlaması, belirli davranış değişiklikleri oluşturması ve bu davranış değişikliklerini sürdürmesi ile mümkündür. Diyabet hastalarının tedavi uyumu; genç yaş, düşük eğitim düzeyi, düşük gelir gibi sosyodemografik faktörlerin yanı sıra sınırlı sağlık okuryazarlığı, unutkanlık, hastalık ve tedaviyle ilgili yanlış inanışlar, tedavi etkinliği konusunda şüphe, depresyon, karmaşık tedavi rejimleri,

sağlık personeli ile iletişim yetersizliği ve güvensizlik gibi faktörlerden etkilemektedir (Brunton ve Polonsky 2017, Wong ve ark. 2011).

Bu çalışmada hastaların yaş ortalaması  $61.68 \pm 11.26$  ve hastaların %55'i 20-64 yaş grubundadır. Bu durum Tip 2 Diabetes Mellitus tanısıyla izlenen hastaların çoğunluğunun 20-64 yaş aralığında olduğunu bildiren Uluslararası Diyabet Federasyonu (International Diabetes Federation, IDF) raporundaki ilgili bulgularla benzerdir (Uluslararası Diyabet Federasyonu 2015). Bu çalışmada kadın ve erkeklerin sayıları birbirine yakın olmakla beraber kadınların sayısı daha fazladır (%57.1). Ülkemizdeki Tip 2 diyabet görülme sıklığı benzer şekilde kadınlarda (%17.2) erkeklerden (%16) daha fazladır (Satman ve ark. 2013). Çalışmaya katılan gönüllülerin yarısından fazlasının (%71.6) eğitim düzeyi lise ve üzeridir. Eğitim düzeyinin ülkemiz genelinde yapılan çalışmalara (Küçük ve Yapar 2016, Satman ve ark. 2013) göre yüksek bulunmasının nedeni bu çalışmanın vakıf üniversitesi hastanesinde yapılması ve sosyoekonomik düzeyin daha yüksek olması kaynaklı olabileceği düşünülmektedir. Araştırmaya katılan hastaların gelir durumunu orta veya yüksek algılaması (%80.6) bu düşüncemizi desteklemektedir.

Bu çalışmada hastaların çoğunluğu (%87.1) şehirde yaşamakta ve yarısından fazlasının (%63) beden kütle indeksi 25 ve üzeri, kilolu olarak bulunmuştur. IDF verilerine göre diyabet şehirde yaşayanlarda daha fazla görülmektedir (Uluslararası Diyabet Federasyonu 2015). Şehir hayatının diyabeti tetikleyen stres, hareketsiz yaşam, beslenme düzensizlikleri gibi yaşam tarzı değişikliklerine ve kilo artışına neden olabileceği düşünülmektedir. Araştırma sonuçlarına göre hastaların çoğunluğunun (%81.2) kronik başka bir hastalığı bulunmakta ve bu hastalıklar arasında en fazla (%61.7) kalp damar hastalıkları yer almaktadır. Küçük ve Yaşar'ın (2016) çalışmasında da hastaların yarısından fazlasının (%65.8) benzer şekilde kalp damar hastalığı bulunmaktadır. Çalışma sonuçlarımıza göre komorbid hastalığı olan katılımcıların uyum ölçeğinden aldığı puan ortalamalarının daha yüksek olduğu, diğer bir ifadeyle tedavi uyumlarının daha kötü olduğu belirlenmiştir. Bu bulgu literatürle benzerlik göstermektedir (Elsous ve ark. 2017, Ahmad ve ark. 2013).

Araştırma sonuçlarımıza göre hastaların diyabet tedavisine uyumlarının orta düzeyde (%97.4) olduğu bulunmuştur. Katılımcılar arasında tedavi uyumu kötü olan hasta bulunmazken iyi olarak değerlendirilen 8 hasta (%2.6) bulunmuştur. Literatürde hastaların tedavi uyumu ile ilgili değişken sonuçlar belirtilmiştir. Krass ve arkadaşlarının (2015) yayınladığı meta-analiz çalışmasında ilaç uyumunun %38.5-%93 arasında olduğu bildirilmiştir. Yapılan diğer çalışmalarda hastaların diyabet tedavisine olan uyumlarının araştırma sonuçlarımıza göre daha yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır (Elsous ve ark. 2017, Bagonza ve ark. 2015, Wong ve ark. 2011). Bu durumun sağlık bakım ortamı, sosyoekonomik durum ve uyumu değerlendirmek için kullanılan ölçekler arası farklılıklardan kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Baykal ve Kapucu'nun yapmış olduğu bir başka çalışmada ise hastaların çoğunluğu, kendi ifadeleriyle, tedaviye iyi uyum gösterdiklerini belirtmelerine rağmen; sadece %35.7'sinin diyetle tamamen uyduğu saptanmıştır. Bununla birlikte hastaların yarısından fazlasının diyabet eğitimi almadığı ve eğitim almayan grupta



mikrovasküler komplikasyonların daha çok görüldüğü ve glisemik kontrolün yetersiz olduğu saptanmıştır (Baykal ve Kapucu, 2015).

Çalışmamızda kadınların diyabet tedavisine olan uyumlarının erkeklere göre daha iyi olduğu görülmektedir. Literatürde cinsiyet ve tedavi uyumları arasında ilişki gösteren (Wong ve ark. 2011; Elsous ve ark. 2017) ve göstermeyen çalışmalar (Sajith ve ark. 2014) bulunmaktadır. Elsous ve arkadaşlarına (2017) göre kadınların tedavi uyumlarının daha iyi olması tıbbi tedavi ve önleyici yaklaşımları talep etme yönünden erkeklere göre daha proaktif olmaları, karmaşık tedavi rejimlerini daha iyi yönetebilmeleri ile açıklanmaktadır. Bu araştırmada eğitim düzeyi yüksek olan hastaların tedavi uyumlarının daha iyi olduğu ancak bu durumun istatistiki olarak anlamlı olmadığı görülmektedir. Literatürde hastaların eğitim durumu ve tedavi uyumu arasındaki ilişki ile ilgili farklı sonuçlar görülmektedir (Awodele ve Osuolale, 2015; Al-Qazaz ve ark. 2011). Al-Qazaz ve arkadaşlarının (2011) yayınladığı çalışmaya göre eğitim düzeyi arttıka kişilerin hastalığı anlama, komplikasyonları önleme ve öz-yönetim becerilerini geliştirmeye yönelik arayıŐlarının daha fazla olabileceği bu nedenle tedavi uyumlarının da daha iyi olabileceği belirtilmektedir. Hastaların diyabet hakkındaki bilgi düzeyleri arttıka ilaç uyumu ve kan glikoz düzeyinin de iyileŐtiđi belirtilmektedir (Al-Qazaz ve ark. 2011). Yalnız yaşayan bireylerin diyabet tedavisine uyum düzeylerinin diğer gruplara göre daha düşük düzeyde olduğu saptanmıştır. Yalnız yaşama düzenli beslenme, ilaç alım zamanını hatırlama, yan etkileri daha erken fark edip hastaneye baŐvurma gibi durumları olumsuz yönde etkileyebilir ve tedavi uyumunu güçleŐtirebilir. Muslu ve arkadaşlarının (2017) yayınladığı niteliksel çalışmada yalnız yaşayan hastaların özellikle diyetine uyum sağlamada sorun yaşadıkları vurgulanmıŐtır.

Araştırmaya katılan hastaların tedavi özellikleri incelendiğinde beş yıldan daha kısa süredir DM tedavisi gören, günde üç ve/veya daha fazla oral ilaç alan hastaların tedavi uyumlarının daha düşük olduğu belirlenmiŐtır. Teklay ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında da karmaşık tedavi rejimleri ve daha fazla sayıda ilaç kullanmanın hastaların tedavi uyumunu üç kat azalttığı saptanmıştır. Voorman ve arkadaşları tarafından 2011 yılında Hollanda'da 11,268 Tip 2 diyabetli hasta ile yapılan araştırmada, hastaların antidiyabetik ilaç dozunun arttırılması ve/veya tedaviye yeni ilaç eklenmesinin tedaviye uyum düzeyini azalttığı saptanmıştır. Grant ve arkadaşlarının (2003) 128 Tip 2 Diabetes Mellitus tanılı hastayla gerçekleŐtirdiđi çalışmada ise araştırmacılar, ilaç sayısı ve tedavi karmaŐıklılıđının tedaviye uyumla ilişkili olmadığı, ancak üçten fazla ilaç kullananların sadece tek bir ilaca uyum gösterdiğini belirlemiŐtır. Waheed ve arkadaşları (2017) Tip 2 DM hastalarının çoklu ilaç kullanma durumları ve tedavi uyumları arasında önemli ölçüde bir ilişki ortaya koymamıŐlardır. Bununla birlikte, hastaların reçete edilen ilaçtan fayda göreceğine olan inancının tedaviye uyumunu büyük ölçüde etkilediği saptanmıştır.

Oral antidiyabetik tedavi ya da insülin tedavisi kullanan hastaların tedavi uyumları arasında belirgin bir fark görülmemiŐtır. Bagonza ve arkadaşları (2015), çalıŐmamızla benzer şekilde, üç yıldan daha kısa süredir diyabet tedavisi gören hastaların uyumlarının daha düşük düzeyde olduğunu göstermiŐtır. Daha uzun süredir diyabet

tanısıyla izlenen hastaların uyum düzeylerinin daha iyi olması sağlık profesyonelleriyle daha fazla etkileşime girme, tedavi rejimini daha iyi anlama, öz-yönetim becerileri geliştirme ve tedaviyi sürdürmek için motive olmaları ile açıklanabilir.

### **SONUÇ VE ÖNERİLER**

Tüm kronik hastalıklarda olduğu gibi diyabet tedavisinde de hasta uyumunun sağlanması tedavi başarısı ve komplikasyonları önlemede oldukça önemlidir. Bu araştırma sonuçlarına göre Tip 2 Diabetes Mellitus hastalarının tedavi uyumlarının orta düzeyde olduğu görülmektedir. Kullanılan ilaç sayısı arttıkça hastaların tedavi uyumlarının da olumsuz etkilendiği, diyetine uygunluk gösteren hastaların uyumlarının daha yüksek olduğu görülmektedir. Diyabetli bireylerin tedavi uyumlarının orta düzeyde olduğu göz önüne alındığında; hemşirenin diyabetli bireyi uyum açısından değerlendirmesi, tedavi uyumu yönünden risk altında olan bireylerin izlemine daha sık yapması ve kontrollerine düzenli gelmelerini sağlaması önerilmektedir. Diyabet eğitim programlarında diyet tedavisinin öneminin vurgulanması, hastanın biyopsikososyal yönden ele alınması ve eğitim programlarının tedavi uyumunu kapsayacak şekilde düzenlenmesi önerilmektedir. Diyabetli hastalarda tedavi uyumu geliştirmeye yönelik müdahaleleri tanımlamak için daha büyük bir örneklem grubu ile ileri araştırmaların yapılması önerilmektedir.

### **KAYNAKÇA**

- Awodele O, Osuolale JA. Medication adherence in type 2 diabetes patients: study of patients in Alimosho General Hospital, Igando, Lagos, Nigeria. *African Health Science* 2015(2): 513-522.
- Ahmad NS, Ramli A, İslahudin F, Paraidathathu T. Medication adherence in patients with type 2 diabetes mellitus treated at primary health clinics in Malaysia. *Patient Preference and Adherence* 2013 7: 525-530.
- Al-Qazaz HK, Sulaiman SA, Hassali MA, Sha AA, Sundram S, Al-Nuri R, Saleem F. Diabetes knowledge, medication adherence and glycemic control among patients with type 2 diabetes. *Int J ClinPharm* 2011 33: 1028-1035.
- Bagonza J, Rutebemberwa E, Bayezo W. Adherence to anti diabetic medication among patients with diabetes in eastern Uganda; a crosssectional study. *BMC Health Services Research* 2015 15: 168-174.
- Baykal A, Kapucu S. Tip 2 Diyabetes Mellituslu Hastaların Tedavilerine Uyumlarının Değerlendirilmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 2015: 44-58.
- Blackburn DF, Swidrovich J, Lemstra M. Non-adherence in type 2 diabetes: Practical considerations for interpreting the literature. *Patient Preference and Adherence* 2013 7:183-189.
- Brunton S, Polonsky WH. Medication Adherence in Type 2 Diabetes Mellitus: Real-World Strategies for Addressing a Common Problem. *Supplement to The Journal of Family Practice* 2017 66(4): 546-551.
- Cobden DS, Niessen LW, Rutten F, Redekop WK. Modeling the economic impact of medication adherence in type 2 diabetes: a theoretical approach. *Patient Preference and Adherence* 2010 4: 283-290.
- Demirtaş A, Albayrak A. Development of an assessment scale for treatment compliance in type 2 Diabetes Mellitus in Turkish population: Psychometric evaluation. *International Journal of Nursing Sciences* 2017 4: 244-251.

- Elsous A, Radwan M, Al-Sharif H, Abu Mustafa A. Medications Adherence and Associated Factors among Patients with Type 2 Diabetes Mellitus in the Gaza Strip, Palestine. *Front. Endocrinol.* 2017 8: 100-109.
- Grant RW, Devita NG, Singer DE, Meigs JB. Polypharmacy And Medication Adherence in Patients With Type 2 Diabetes. *Diabetes Care*, 2013,26: 1408-1412.
- Krass I, Schieback P, Dhippayom T. Systematic Review or Meta-analysis Adherence to diabetes medication: a systematic review. *DiabeticMedicine* 2015 32: 725-737.
- Küçük E, Yapar K. Tip II diyabetli hastalarda sağlık algısı, sağlıkla ilgili davranışlar ve ilaç tedavisine uyum: Türkiye'nin Karadeniz Bölgesi'nde bir çalışma. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 2016 15(4): 285-292.
- Martin TK, Boye KS, Peng X. Cost of medication adherence and persistence in type 2 diabetes mellitus: a literature review. *Patient Preference and Adherence* 2017 11: 1103-1107.
- Muslu L, Ardahan M, Günbayı İ. Tip 2 diabetes mellituslu hastaların psikososyal uyum sürecine ilişkin görüşleri: fenomenolojik bir araştırma. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry* 2017 9(1): 75-100.
- Sajith M, Pankaj M, Pawar A, Modi A, Sumariya R. Medication adherence to antidiabetic therapy in patients with type 2 diabetes mellitus. *Int J Pharm Pharm Sci* 2014 6(2): 564-70.
- Satman I, Ömer B, Tutuncu Y, Kalaca S, Gedik S, Telci A, Canbaz B, et al. Twelve-year trends in the prevalence and risk factors of diabetes and prediabetes in Turkish adults. *European Journal of Epidemiology*, 2013 28: 169-180.
- Sufiza AN, Ramli A, Islahudin F, Paraidathathu T. Medication adherence in patients with type 2 diabetes mellitus treated at primary health clinics in Malaysia. *Patient Preference and Adherence* 2013 7: 525-530.
- Teklay G, Hussien J, Tesfaye D. Nonadherence and Associated factors Among Type 2 Diabetic Patients at Jimma University Specialized Hospital. *J. Medi. Sci*, 2013: 1-7.
- Ulusal Hastalık Yükü Çalışması Sonuçları ve Çözüm Önerileri. (2017). URL: [http://www.tip.hacettepe.edu.tr/ekler/pdf/ulusal\\_program.pdf](http://www.tip.hacettepe.edu.tr/ekler/pdf/ulusal_program.pdf) (Erişim tarihi: 01.09. 2017)
- Uluslararası Diyabet Federasyonu (2015). *International Diabetes Federation Diabetes Atlas (7th ed.)* URL: <http://www.diabetesatlas.org/> (Erişim tarihi: 10. 09. 2017)
- Voorman J, Haaijer-Ruskamp FM, Wolffenbuttel BH, Stolk RP, Dening P. Medication Adherence Affects Treatment Modifications in Patients With Type 2 Diabetes. *Clinic Therapy*, 2011, 33: 121-134.
- Waheed S, Jamal M, Amin F. Polypharmacy and Medication Compliance In Patients With Type 2 Diabetes. *IJPSR*, 2017, 8(5): 2298-2301.
- Wong MCS, Kong APS, So WY, Jiang JY, Chan JCN, Griffiths AM. Adherence to oral hypoglycemic agents in 26782 chinese patients: a cohortstudy. *Journal of Clinical Pharmacology* 2011 51: 1474-1482.
- World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. 003; URL: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241545992.pdf>.

## KADIN SAĞLIĞININ KORUNMASINDA KEGEL EGZERSİZLERİNİN ÖNEMİ VE EBELİK YAKLAŞIMI

*THE IMPORTANCE OF KEGEL EXERCISES IN THE PROTECTION OF WOMEN'S HEALTH AND  
MIDWIFERY APPROACH*

**Rukiye DEMİR\***

**Doç.Dr. Ayten TAŞPINAR\*\***

\*Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora öğrencisi

\*\*Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü

*Geliş Tarihi/Received: 15.03.2018*

*Kabul Tarihi/ Accepted: 26.06.2018*

---

### ÖZ

Yıllardan beri pelvik kasların kuvvetlendirilmesi için yapılan kegel egzersizleri pelvik taban disfonksiyonları sonucu ortaya çıkabilecek sorunları önlemekte, kadınların yaşam kalitelerini arttırmaktadır. Pelvik taban disfonksiyonu olan kadınlarda üriner ve boşaltım sistemi bozuklukları, pelvik organ prolapsusu, kronik pelvik ağrı, gebelik, doğum, doğum sonu görülen sorunlar, seksüel problemler sık yaşanmaktadır. Pelvik taban yetersizlikleri sonucu ortaya çıkan bu rahatsızlıklar son yıllarda artmış olmasına bağlı olarak kegel egzersizlerinin yapılması büyük bir önem kazanmakta olup, ebelerin bu konudaki rolü ve sorumlulukları da her geçen gün artmaktadır. Ebeler, kadınların pelvik taban yetersizliklerinden korunma tedavi aşamalarında yanlarında olmalı, egzersiz için doğru kasların pelvik kasların nasıl doğru kasıldığını öğreterek, kadının egzersizleri günlük egzersiz programına dâhil edip ömür boyu devam etmesine teşvik etmelidir. Bu derlemede kadın sağlığının korunmasında kegel egzersizlerinin önemi ve ebelik yaklaşımları literatür doğrultusunda incelenmiştir.

**Anahtar kelimeler:** Kadın sağlığı, Kegel egzersizi, Pelvik taban, Pelvik taban kusurları

### ABSTRACT

*Kegel exercises for strengthening the pelvic muscles since years prevent pelvic floor dysfunctions that may result, increasing the quality of life for women. In women with pelvic floor dysfunction, urinary and excretory system disorders, pelvic organ prolapse, chronic pelvic pain, pregnancy, birth, birth problems, sexual problems are frequent. Due to the increased incidence of pelvic floor deficiencies that have increased in recent years, the practice of kegel exercises is gaining in importance and the role and responsibilities of midwives are increasing day by day. Midwives, should encourage women to participate in the daily exercise program and continue for life, by teaching the right muscles how the right muscles contract the pelvic muscles for prevention, assesment and treatment during pelvic floor deficiencies. In this review, the prevalence and midwifery approaches of kegel exercises in the protection of women's health have been examined in the light of the literature.*

**Key words:** Woman's health, Kegel exercise, Pelvic floor, Pelvic floor disorders

### GİRİŞ

Kadın sağlığı; ruhsal, sosyal ve fiziksel iyiliği içermekte; aile sağlığından ve dolaylı olarak toplum sağlığından ayrı düşünülmemektedir, çünkü sağlıklı kadın sağlıklı gebe, sağlıklı çocuk ve sağlıklı toplumdur. Bu nedenle kadınların sağlık sorunları ele alınması gereken konuların başında gelmektedir. Kadın sağlığının geliştirilmesi ve sürdürülmesinde sağlık çalışanlarına önemli görevler düşmektedir (Metel 2008). Kadınlara sağlık alanında gereken desteği sağlamak, onlara gereken bakım ve danışmanlık hizmetlerini sunmak, yaşam konforlarını artırmakta ebelerin görevleri arasındadır. Bu rolleri ile kadınların sağlığa ilişkin olumlu bilgi ve tutumlar geliştirmesinde ve olumsuz olanların değiştirilmesinde kilit görevindedirler. Kegel egzersizlerinin kadın sağlığını yükseltmek, onların yaşam dönemleri boyunca karşılaşılabileceği sorunları hafifletmek için yapılabilecek en iyi örneklerden biridir. Kadın sağlığını ve yaşam kalitesini arttırması, düşük maliyetli ve düşük riskli olması, ayrıca ayaktan tedavide hastaya ev programı şeklinde verilebilecek olması, kolay öğrenilebilir ve uygulanabilir olması bu egzersizlerin yapılmasının önemini arttırmaktadır. Bu derleme, kadın sağlığının geliştirilmesinde kegel egzersizlerinin önemini ve bu konuda ebelerin rolünü vurgulamak için yazılmıştır.

Pelvik kasların kuvvetlendirilmesi için yapılan pelvik taban kas egzersizleri, pelvik taban kaslarını güçlendirerek pelvik taban disfonksiyonlarını önlemek, pelvik taban kas kuvvetini ve tonüsünü artırmak, üretra çevresindeki sfinkterik aktivitenin etkinliğini sağlamak, alt üriner sistem ve üreme sistemi organlarının anatomik ve fonksiyonel değişikliklerden kaynaklanan sorunları azaltmak, kısacası kadınların yaşam kalitelerini arttırmak için yapılmaktadır (Bo 2010, Kahyaoğlu 2015, Park ve ark. 2013, Lamin ve ark. 2016, Nazarpour ve ark. 2017).

### Pelvik Taban Kas Egzersizlerinin Tarihçesi

Pelvik taban kas egzersizleri, eski dönemlerde Çin Tao egzersizlerinin bir parçası olarak yapılmış, Hindistan'da benzer egzersizler tanımlanmış ve yogiler tarafından da kullanılmıştır. Hipokrat ve Galen'in de eski Yunan/Roma hamam ve jimnasyumlarında

kullanılan bir takım pelvik taban kas egzersiz programları tanımladıkları bilinmektedir (Bo 2012). O yıllarda bu grup kasları güçlendirmenin genel sağlığı olumlu etkilediği, yaşam süresini uzattığı, ruhsal ve cinsel sağlığı iyileştirdiği düşünülmüştür (Hay-Smith ve Dumoulin 2007). Pelvik taban kas egzersizlerinin modern tıbbı girişi ilk kez 1936 yılında Margaret Morris tarafından, idrar ve gaita kaçırmanın önlenmesi ve tedavisinde bir seçenek olarak *pelvik taban kaslarının kasılma ve gevşemesi* şeklinde tanımladığı egzersizler ile olmuştur (Ko ve ark. 2011, Fitcheltt ve ark. 2015, Kandadai ve ark. 2015).

Pelvik taban kaslarını güçlendirme egzersizleri olarak bilinen Kegel egzersizleri ise ilk kez 1951 yılında Arnold Kegel tarafından tanımlanmış, pelvik taban kaslarının doğumda nasıl gerildiğini ve yaralanıp fonksiyon kaybına uğradığını göstererek kasların rejenerasyonu ve tekrar eğitimi için *Kegel egzersizleri* adı verilen yöntemi geliştirmiştir (Lemos ve ark. 2008).

### **Pelvik Tabanın Yapısı**

Pelvis tabanı, abdomino pelvik kaviteyle birlikte vajina, rektum ve üretranın dışı açıldığı noktaları destekleyen kas ve fasya tabakalarından oluşur, pelvik organlar, pubik kemikler, kaslar ve bağ dokusu ile yaptıkları bağlar ile destek alır (Herderschee ve ark. 2011). Pelvis tabanının işlevleri arasında prolapsusu önlemek, kontinansı sağlamak, miksiyon ve defekasyonu kolaylaştırmak, seksüel fonksiyon görevi görmek, doğum kanalının bir parçası olmak vardır. Pelvik tabanı oluşturan ve destekleyen pelvik taban kas fonksiyonları normalde, pelvik taban desteklenir. Pelvik taban kasları gevşek veya hasarlı ise, pelvik organlar sadece ligament ve fasyalarla tutulmaya çalışılır. Zamanla bağ dokusu gerilir ve bu dokuda hasar olur (Bayramova 2008, Ko ve ark. 2011).

Pelvik tabanın fonksiyonları gebelik, doğum, doğum sonu, menapoz gibi kadın yaşamının bazı dönemlerinde sık bozulmakla birlikte, obezite, yaş, idrar yolu enfeksiyonu, kronik hastalıklar, kullanılan ilaçlar, stres, sıvı alımı, işeme aralığı gibi çeşitli nedenlerde bu disfonksiyonu hızlandırmaktadır (Bayramova 2008, Kahyaoğlu 2015). Pelvik taban disfonksiyonu olan kadınlarda en sık görülen ve kadınların yaşam kalitelerini etkileyen problemler üriner ve boşaltım sistemi bozuklukları, pelvik organ prolapsusu, kronik pelvik ağrı, gebelik, doğum, doğum sonu görülen sorunlar, seksüel ve psikolojik problemlerdir (Kahyaoğlu 2015, Nazaerpour ve ark. 2017).

### **Pelvik Taban Kas Egzersizlerinin Uygulanması**

Pelvik kas egzersizlerinin kadın yaşamını kolaylaştırıcı faydalarının olmasına rağmen egzersizleri doğru olarak bilip uygulayan kadınların sayısının az sayıda olduğu bilinmektedir (Baybek ve ark. 2003). Kandadai ve ark (2015)'nin yaptıkları bir çalışmada egzersizleri uygulamayı bildiğini söyleyen 83 kadının (%23) yanlış uygulama yaptıkları belirlenmiştir. Yalçın ve Tekin (2013)'in 126 gebe ile yaptıkları çalışmada gebelerin %61,1'inin gebelik egzersizleri hakkında bilgi sahibi oldukları ancak yeterli ve doğru bilgiye sahip olmadıkları, gebelerin sadece %16,8'inin sağlık çalışanlarından gebelik egzersizleri ile ilgili bilgi aldıkları belirlenmiştir. Yapılan araştırmalardan egzersizlerin pelvik muayeneye dâhil edilmesi, öneminin

vurgulanması ve kadınlara verilen rutin eğitimler arasına alınmasının gerekliliği ortaya çıkmaktadır. Pelvik taban kas egzersizlerinin etkili olabilmesi için kadın doğru kaslarına kasma becerisi kazandırmalı ve belirlenmiş olan egzersiz programına uymalıdır. Bazı kadınlar doğru kasların tespiti konusunda sorun yaşayabilmektedir (Bayramova 2008). Doğru kasların tespiti ve kasları kasma işleminde yapılması gerekenler: (Herderschee ve ark. 2011).

Kadın sırtüstü yatırılır, vaginaya bir parmak yerleştirilir, vaginal kaslarla parmak sıkılır. Kasılmanın parmağın etrafında hissedilmesi gerekir.

- İdrar yaparken pelvik taban kasları kasılarak orta akım idrar akışı durdurulur. Ancak sürekli yapılması önerilmez, öğrenme aşamasında uygulanır.
- Vajinada olan bir tamponun düşeceği farz edilerek, tamponu vajinaya itmek için pelvik taban kasları sıkılır.
- İdrarı tutmak ve/veya gaz çıkışını durdurmak için de bu kaslar sıkılır

Pelvik taban kasları doğru olarak belirlendikten ve kasıldıktan sonra egzersizleri öğrenmeye geçilir. Egzersizlere başlamadan önce mesane boşaltılır, karın ve uyluk kasları gevşek tutulur, farklı pozisyonlarda da (otururken, sırtüstü ya da yüzüstü yatarken, diz çökmüş, ayakta vb.) egzersiz yapılabilir (Bayramova 2008). Egzersizi öğrenmede, sırtüstü yatar pozisyonda iken başın hafifçe kaldırılarak (baş yastıkla desteklenebilir) dizlerin fleksiyonda olması tercih edilen en kolay pozisyonudur. Karın, kalça ve uyluk kasları gevşek, mesane boş olmalıdır (Wilson ve ark. 2002). Egzersiz eğitimi aşamasında, kadınlar bireysel değerlendirmenin yanı sıra gruba dâhil edilebilirse, hastanın artan motivasyonu, akran desteği ve daha genelleştirilmiş gövde ve pelvik kas eğitimine katılması için bir fırsat sağlar. Yapılan bir çalışmada, bir haftalık yoğun grup egzersizinin 6 aylık bir süre içinde tek başına uygulanan egzersizden daha faydalı olduğu görülmüştür (Laycock ve Haslam 2002).

Kegel egzersizlerinin uygulama sayısı ve sıklığında kabul görmüş standart bir uygulama yoktur. Burada önemli olan kadınların doğru kasların kasılmasını sağlayarak, bu egzersizleri doğru uygulamayla yeterli sayıda ve düzenli olarak yapmalarını, yaşamları boyunca alışkanlık haline getirmelerini sağlamaktır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) kegel egzersizlerini beşe kadar sayarak kalçaların sıkılıp bırakılması şeklinde, günde beş kez yapılmasını önermektedir (World Healty Organization 2017). Literatürde belirtilen diğer bir egzersiz uygulama şeklinde ise; her pelvik taban kas kasılması yavaş ve hızlı istemli pelvik taban kas kasılmasından oluşan aşamaları içermekte, egzersizler sıklığı ve süresi giderek artan üç düzeyden oluşmaktadır. Bu uygulamayı haftada en az 3-4 kez olmak üzere, 15-20 hafta boyunca uygulanması ve belli bir kas tonüsüne ulaşıncaya, ömür boyu sürdürülmesi önerilmektedir. Başarılı bir uygulama için doğru zamanda doğru kasların kasılması ve yapılan egzersizlerin yeterli olması gerekmektedir (Bayramova 2008, Lemos ve ark. 2008, Lamin ve ark. 2016, Herderschee ve ark. 2011).

### **Kegel Egzersizlerinin Kadın Sağlığı Açısından Önemi**

Kegel egzersizlerinin amacı; yıpranmış ve güçsüz düşmüş olan pelvik taban kas gruplarının güçlenmesini ve işlevlerini daha iyi yerine getirmesini sağlamaktır (Kahyaoğlu 2015).

Kegel egzersizleri;

- Sağlanan pelvik taban kas gücü artışı ile pelvik organ prolapsusu ihtimalini azaltır,
- Bağırsak kontrolünü artırır, üriner sistem ve boşaltım sistemi bozukluklarını azaltır, hemoroid oluşumunu engeller,
- Orgazmı artırır, seksüel problemleri azaltır, cinsellikten haz almayı sağlar,
- Mesane ve vajinayı destekleyen pelvik kaslarının güçlenmesine yardımcı olur,
- Pelvik taban kas gücünü artırarak idrar ve dışkı kaçırmayı önler,
- Vajinal doğumlarda epizyotomi ihtiyacını ve perianal hasar olasılığını azaltır,
- Vajinal doğum sonrası epizyotomi bölgesinin ve oluşabilecek perianal hasarın iyileşmesini hızlandırır,
- Vajen ve perine kaslarının eski tonüsünü kazandırır,
- Perine bölgesindeki ödemi azaltır, dolaşımı hızlandırır,
- Abdominal kasların gerginleşmesini dolayısıyla sarkmaları ve bel ağrılarını önler (Ko ve ark. 2011, Beşen ve Özkan 2013, Dönmez ve Kavlak 2014, Park ve ark. 2013, Kandadai ve ark. 2015, Lamin ve ark. 2016).

### **Pelvik Organlarının Desteklenmesinde Kegel Egzersizlerinin Önemi**

Pelvik organ prolapsusu, son derece yaygın bir durumdur ve pelvisteki bir veya daha fazla organın zayıflamış veya gerilmiş pelvik taban ve/veya vajinal destek kaybı nedeniyle aşağı sarkması durumunda meydana gelir (Hagen ve ark 2009). Vajinal doğum, yaşlanma ve obezitenin yanında histerektomi, kronik ıkınma ve bağ dokusu anormallikleri bazı kadınlarda vajinanın bağ dokusu bağlantılarında tahrip, gerilme veya disfonksiyona zemin hazırlayarak da pelvik organlarda sarkmaya neden olabilmektedir (Duman ve Elbaş 2009).

Egzersizler sırasında iyi zamanlanmış, hızlı ve güçlü pelvik taban kas kontraksiyonu, simfisis pubise karşı üretrayı iterek, üretral kapanma basıncını artırmak için üretrayı sıkıştırarak ve intraabdominal basıncı artıran durumlarda üretranın aşağıya doğru inmesini önleyecektir. Ayrıca egzersizin uyarısıyla hipertrofi olan kaslar, üretral basınç ve pelvik organ destek yapılarında iyileşme meydana getirerek pelvik organ prolapsusu riskini azaltmaktadır (Dönmez ve Kavlak 2014). Fitchett ve ark. (2015)'nin yaptıkları bir çalışmada, kadınların %70,8'ine ikinci evre pelvik organ prolapsusu veya daha yüksek evrede prolapsus teşhisinin konulmuş olduğu; %73,4'ünün beş yıldan fazla, %28,4'ünün ise 20 yıldan fazla acı çektiğini belirtmişlerdir. Ayrıca Kegel egzersizlerini uygulamayı öğrettikleri kadınlarda prolapsusa bağlı şikâyetlerin azaldığını tespit etmişler, kegel egzersizlerinin pelvik



organ prolapsus riskini azaltmak için önemli bir fırsat olduğuna, kadınlara egzersizler konusunda eğitim verilmesinin önemine vurgu yapmışlardır. Peripartum pelvik taban egzersizlerinin etkinliğini değerlendirmek amacıyla yapılan bir sistematik derlemede postpartum dönemde yapılan pelvik taban egzersizlerin, direnç veya geri bildirim sağlayan bir vajinal cihazla yapıldığında doğum sonu idrar kaçırma oranını düşürmekte olduğu ve pelvik kas gücünü arttırarak pelvik organ sarkmasını engellediği ifade edilmiştir (Harvey 2003).

### **Antenatal ve Postnatal Dönemde Kegel Egzersizlerinin Önemi**

Pelvik taban gebelikte, sağlam bir pelvik destek sağlama, mesane, uterus ve rektumun pozisyonu ile fonksiyonunu sürdürmeye yardım etme gibi önemli rollere sahiptir (Morkved 2007). Fakat pelvik taban kas gücünde 20. gebelik haftasından postpartum 6. haftaya kadar bir düşüş vardır (Erbaba ve Pınar 2016). Ayrıca gebelik ve doğum eylemi sırasında meydana gelen mekanik veya hormonal etkiler de pelvik taban desteğini olumsuz etkileyebilir. Relaksin pelvik tabandaki konnektif dokuyu doğuma hazırlamak üzere yumuşatır. Ayrıca büyüyen uterusun pelvik organları aşağıya doğru itmesi, pelvik tabanı sürekli stres ve baskıya maruz bırakmakta, sonuçta pelvik tabanın kas gücü ve kalınlığı azalabilmektedir (Kocaöz 2007, de Oliveira ve ark. 2007, Dönmez ve Kavlak 2014). Bu nedenlerden dolayı gebelikte sorunlar yaşanmaktadır. Dinç ve ark (2009)'nın pelvik kas gücünü değerlendirmek amacıyla yaptıkları çalışmada, gebeliğin 36-38. haftasında egzersiz yapan kadınların %48,6'sında ve kontrol grubundaki kadınların %88,6'sında pelvik kas gücünün anlamlı düzeyde azaldığı saptanmıştır.

Gebelik sırasında ve postpartum dönemde stres üriner inkontinansın daha sık görülmesi pelvik taban kas gücünün düşük olması ile ilişkilidir. Dünya Sağlık Örgütü kegel egzersizlerinin abdominal ve perineal kasların gücünü arttırarak, idrar kaçırma şikâyetlerini önlediğini, tüm kadınların postnatal dönemde egzersiz yapmaya teşvik edilmesi gerektiğini belirtmiştir (World Healty Organization 2017). Yapılan çalışmalarda, gebelik döneminde pelvik taban kas egzersizi yapan kadınlarda yapmayanlara göre daha az üriner inkontinans sorunu yaşadıkları belirtilmektedir (Kocaöz 2007, Dönmez ve Kavlak 2014). Ko ve ark (2011)'nin gebelik ve postpartum dönemde idrar kaçırmanın önlenmesi ve tedavisinde antenatal pelvik taban kas egzersizinin etkisini değerlendirmek amacıyla, 300 gebe kadını egzersiz ve kontrol grubu olarak iki gruba ayırarak yaptıkları bir çalışmada; pelvik taban kasları egzersiz grubunda üriner inkontinans oranının daha düşük olduğunu (geç gebelik döneminde %34 ve %51, postpartum 6. ayda ise %16'ya karşı %27) belirlemişlerdir. Yine Kocaöz (2007)'ün yaptığı çalışmada, gebelikte kegel egzersizi yapan kadınların, egzersiz yapmayan kadınlara göre gebelik ve doğum sonu dönemde daha az stres üriner inkontinans sorunu yaşadıklarını belirlemiştir. Park ve ark (2013)'nin yaptıkları sistematik derlemede; kegel egzersizlerinin gebelikten postpartuma, idrar ve fekal kaçırma problemlerini önemli ölçüde azalttığına vurgu yapılarak, kadın doğum kliniklerinin öncelikli görevinin doğum ve doğum sonrası kadınlar için standart kegel egzersiz programları geliştirmek ve bu programların etkin bir şekilde kullanılmasını sağlamak olduğunu vurgulamışlardır.

### **Perineal Travmaların Önlenmesinde Kegel Egzersizlerinin Önemi**

Perineal travma doğum sırasında sıkça görülen bir durumdur ve kadınların önemli bir kısmında perineal travmaya bağlı kanama, enfeksiyon ve laserasyon gibi kısa dönem komplikasyonların yaşandığı, uzun dönem etki olarak ise disparoni, perineal ağrı, üriner ve fekal inkontinans, pelvik organ prolapsusu, cinsel disfonksiyon, beden imgesinde bozulma ve postpartum depresyon gibi şikayetlerin görüldüğü belirtilmektedir (Sanders ve ark. 2005; Hagen ve ark. 2009).

Pelvik taban kas egzersizleri ile perineal kasların güçlendirilmesi ve doğum anında perineal esneme sağlanarak laserasyon ve yırtılmaların azaltılması hedeflenmektedir. Egzersizleri düzenli uygulayan kadınlarda epizyotomi insizyonlarının iyileşmesi daha çabuk olmaktadır (Sayiner 2007). Ayrıca yapılan çalışmalarda perinenin tonüs ve elastikiyetini arttırdığı için vajinal doğumlarda yırtık ihtimalini azalttığı, epizyotomi yarasının iyileşmesi egzersiz yapan kadınlarda daha hızlı olduğu belirtilmektedir (Halsam 2003). Morkved (2004)'ün gebelikte pelvik taban kas egzersizlerinin doğum üzerindeki etkilerini değerlendirmek amacıyla, 301 nullipar kadınla yaptıkları bir çalışmada, epizyotomi oranının kegel egzersizi yapan grupta daha düşük olduğunu belirlemişlerdir.

Özellikle vajinal doğuma bağlı olarak, pelvik destek dokularında ve bunlarla ilgili sinirsel yapılarda hasar meydana geldiği için, vajinal doğum sonrasında oluşan laserasyon oranını azaltmak, vajen ve perine kaslarının eski tonüsünü kazandırmak, perine bölgesindeki ödemi azaltmak, dolaşımı hızlandırmak için antenatal dönemde kegel egzersizlerinin önemi vurgulanmalıdır (Dönmez ve Kavlak 2014).

### **Üriner İnkontinansın Önlenmesinde Kegel Egzersizlerinin Önemi**

Üriner İnkontinans Derneği'nin tanımına göre, üriner inkontinans; kişide sosyal ve hijyenik problemlere sebep olan, objektif olarak gösterilebilen istemsiz idrar kaçırmadır. İdrar kaçırma alt üriner sistem disfonksiyonunun önemli bir semptomudur. Kegel egzersizleri, üretral sfinkter ve detrüör kasının desteğini artırarak idrar kaçırmayı engellemeyi hedefler (Abrams ve ark. 2003, Günalp ve ark. 2008, Yıldız 2014). Pelvik taban kas egzersizleri kadınların yaşamları boyunca özellikle gebelik, doğum ve menopozda yapmaları gereken önemli egzersizlerdir. Özellikle artan yaşla birlikte üriner sistem problemlerini gelişmeden önlenmesi için karın içi basıncını artıracak hareketlerden kaçınılması ve kegel egzersizlerinin kadına öğretilmesi pelvik taban kaslarını güçlendirmede önemlidir (Duman ve Elbaş 2009, Beşen ve Yeşiltepe 2013, Ahmed ve ark. 2013). Cavkaytar ve ark (2015)'nin yaptıkları bir çalışmada, kegel egzersizlerinin stres ve miks üriner inkontinansı olan kadınlarda etkili olduğu, iyileşmenin stres inkontinansı olan kadınlarda daha belirgin olduğu belirlenmiştir.

Pelvik taban kas egzersizlerinin aşırı aktif mesane tedavisinde de etkili olduğu bildirilmiştir. Pantazis ve Freeman (2006)'nın yaptıkları çalışmada, pelvik taban kas egzersizi ile sıkışma anında pelvik taban kaslarını daha kuvvetli kasmanın inkontinansı azalttığı için aşırı aktif mesanenin başlangıç tedavisinde, pelvik taban kas eğitiminin önemli olduğunu vurgulamışlardır. Shafik (2004)'in 28 aşırı aktif mesane

şikâyeti olan hastalar ile 17 sağlıklı kadın ile yaptığı bir çalışmada, pelvik taban kas egzersizlerinin pelvik kasları güçlendirdiği, intraüretal basıncı artırdığı ve mesane içi basıncı azalttığı belirlenmiştir.

### **Seksüel Problemlerin Tedavisinde Kegel Egzersizlerinin Önemi**

Kadınlarda orgazm sırasında klitoris ve vajinal girişten alınan uyarılar sonucunda pelvik tabanda yer alan **ischio cavernosi, bulbo cavernosi ve puboccygeus kasları** kasılmaktadır. Kegel egzersizleriyle vajen kaslarının güçlendirilmesi ve bu bölgenin kan akımının artması sağlanarak, cinsel haz dolayısı ile orgazm fonksiyonların istenilen düzeyde sürdürülmesi sağlanır. Güçlü kaslar, kolay ve uzun süreli orgazm olmayı da sağlar (Şahin 2009).

Meston ve ark (2004) kadınların %24'lük bir kısmında orgazm bozukluğu olduğuna ve bunun kadınların yaşam kalitesini etkilediğine vurgu yaparak kadınlarda orgazm bozukluklarının yönetimi için kegel egzersizleri gibi davranışsal egzersizleri kullanarak tutum ve cinsel ilişkiyle ilgili düşünce değişikliklerinin ve kaygı azaltımının teşvik edilmesi gerektiğini belirtmişlerdir. Nazarpour ve ark (2017)'nin cinsel eğitim ve kegel egzersizlerinin postmenopozal kadınların cinsel işlevine etkilerini değerlendirmek amacıyla 145 postmenopozal dönemdeki kadınla yaptıkları bir çalışmada, kadınları üç gruba ayırarak eğitimler verilmiş, eğitimler öncesi ve 12 hafta sonrası eğitimler değerlendirilmiştir. 12 hafta sonrasında, cinsellik ve kegel egzersizi eğitimi verilen gruplarda uyarılma puanlarının, orgazm skorlarının, kadınlardaki memnuniyetin diğer gruba göre belirgin olarak yüksek olduğu belirlenmiştir.

Vajinismus tüm kadınların yaklaşık %1'inde ortaya çıkan istemsiz kasılmalarıdır. Kegel egzersizleri vajinanın girişinde yer alan kasların çalıştırılarak geliştirilmesi için vajinismus tedavisinde de kullanılır (Yaşar ve ark. 2010).

### **Pelvik Taban Kas Egzersizlerinin Uygulanmasında Ebinin Rolü**

Pelvik taban yetersizlikleri sonucu ortaya çıkan rahatsızlıklar son yıllarda artmış olmasına bağlı olarak pelvik taban kas egzersizlerinin düzenli uygulanması ve kadınların bu egzersizleri uygulamaya teşvik edilmesi için multidisipliner bir ekip çalışması gerekmektedir ve bu ekip içerisindeki ebelere önemli sorumluluklar düşmektedir. Ebeler eğitici, danışman, yönetici, karar verici, uygulayıcı rollerini kullanarak, kadınların pelvik taban yetersizliklerinden korunma ve tedavi aşamalarında yanlarında olmalıdırlar (Kızılkaya 2005). Ebeler kadınlara pelvik taban yetersizlikleri üzerine pelvik taban kaslarının etkisini anlatarak, pelvik taban kaslarını güçlendirmek için, hayatlarının her döneminde kullanacağı kegel egzersizini öğretmeli ve düzenli olarak bu egzersizleri yapmaları gerektiği konusunda teşvik ederek, bu egzersizlerin onların yaşam kalitelerini artıracaklarını vurgulamalıdırlar (Beji ve ark. 2010, Kahyaoğlu 2015). Ayrıca;

- Gebelik esnasında hormonal etkiler nedeniyle yaşanan sarkmalar ve ağırlığın artmasına bağlı olarak organların yer değiştirmesi gibi nedenlerle meydana gelen değişimler konusunda bu dönemlerdeki kadınları bilgilendirmeli, kegel egzersizlerini uygulamayı öğretmelidirler (Berzuk 2007).

- Kadınlara ağır kaldırma, zorlama gerektiren hareketlerden ve yoğun fiziksel egzersizlerden kaçınmaları gerektiği ve fazla kilo alımının mesane üzerinde aşırı üretral mobiliteye neden olabileceği ve buna bağlı olarak da üriner inkontinans riski görülebileceği kadınlara anlatılmalıdır.
- Bronşit, bronşektazi, güçlü öksürme, astım gibi intraabdominal basıncı arttıran durumlardan kaçınmasının, hastalık varsa bunların tedavilerine yönelik girişimlerde bulunulmasının gereği kadına anlatılmalıdır (Eryılmaz 2015).
- Sigara kullananlarda tekrarlayan kronik öksürük intraabdominal basıncı arttırarak idrar kaçırmayı kolaylaştırır. Nikotin mesane kontraksiyonlarını arttırarak, urge üriner inkontinans riskini arttırır. Bu nedenlerle sigarayı bırakmaları konusunda kadınlar uyarılmalıdır.
- Konstipasyon pelvik disfonksiyon için potansiyel risk faktörüdür. Ebeler konstipasyonun giderilmesi için diyetle lifli gıdaların eklenmesi, sıvı alımı artırılması, düzenli egzersiz, rutin bir defekasyon programı oluşturması ve şiddetli durumlarda laksatif kullanılması konusunda kadınları bilgilendirmelidirler.
- Doğurganlık döneminde aile planlaması yöntemleri konusunda eğitim yaparak gebelik ve doğum sayısını sınırlı tutmada aileye yardımcı olunmalıdır.
- Doğum eylemi sırasında gereksiz müdahalelerden, operasyonlardan kaçınmak, servikal dilatasyonun tamamlamadan anneyi ikindirmamak, perineyi dikkatle korumak, yırtıkları önlemek için epizyotomiye uygun zamanda yapmak, pelvisi gereksiz travmalardan korumak konusunda dikkatli davranılmalıdır.
- Yaşam stilindeki birkaç değişikliğin pelvik relaksasyonun önlenmesine yardımcı olabileceği açıklanarak gerekli abdominal desteği sağlamak için korse kullanması, sürekli ayakta kalacak aktivitelerden kaçınması, ideal kiloya ulaşmak için uygun beslenmenin düzenlenmesinin önemi anlatılmalıdır (Eryılmaz 2015).

## **SONUÇ**

Kadın sağlığı hizmetlerindeki çağdaş yaklaşım, yaşam boyu, bütün yaş gruplarını ve etkileyen tüm faktörleri göz önüne alan kapsamlı bir yaklaşımdır. Kadının sağlığının korunup geliştirilmesi ve var olan sorunların çözülebilmesi için nitelikli ve ulaşılabilir sağlık bakım hizmetlerine ihtiyaç vardır. Bu konuda en önemli rol sağlık personellerine, özellikle de ebelere düşmektedir. Ebeler, her türlü sağlık kurumlarında çalışmakta nüfusun her kesimi ile ilişki içinde bulunmaktadır ve böylece farkında olmadan değişime aracılık etmektedirler.

Kadınlar da pelvik taban yetersizlikleri oldukça yüksek seyretmesine ve bu durumun onların yaşam kalitesini önemli ölçüde düşürmesine rağmen genellikle profesyonel bir yardım almamaktadırlar. Sağlık hizmetlerinin sunumunda sağlık

ekibinin bir üyesi olarak ebeler eğitici, danışman, araştırmacı ve uygulayıcı rolleriyle sorumluluk üstlenebilecek yetkili kişilerdir. Ebeler, kadınlara pelvik taban yetersizliklerinin önlenmesi ve korunma için eğitim ve danışmanlık rollerini kullanarak, sağlıklı yaşam biçimi davranışları konularında bilgi vermeli, pelvik taban kas egzersizlerinin tedavi edici ve yaşam kalitesini artırıcı etkisini vurgulayarak, kadınların bu egzersizi düzenli yapmalarını ve alışkanlık haline getirmelerini önermelidirler.

#### **KAYNAKÇA**

- Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, Van Kerrebroeck P, Victor A, Wein A. Standardisation Sub-Committee of the International Continence Society; The Standardisation of Terminology in Lower Urinary Tract Function: Report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. *Urology* 2003, 61, 37-49.
- Ahmed HM, Osman VA, Al-Alaf SK, Al-Tawil NG. Prevalence of Urinary Incontinence and Probable Risk Factors in a Sample of Kurdish. *Sultan Qaboos University Med J* 2013; (13)2: 269-274.
- Bayramova S. Gebelikte Önerilen Kegel Egzersizlerinden Pelvik Taban Kaslarına, Alt Üriner Sistem Semptomlarına ve Yaşam Kalitesi Üzerine Olan Etkilerinin Araştırılması. *Tıpta Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi*. Ankara: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2008. 82.
- Bo K. Pelvic Xoor Muscle Training in Treatment of Female Stres Urinary İncontinence, Pelvic Organ Prolapse and Sexual Dysfunction. *World J Urology* 2012; 30: 437-443.
- Bo K. Pelvicore Technique Exercise DVD. Book Reviews. Section on Women's Health, American Physical Therapy Association 2010; 34(3):119-122.
- Baybek H, Oflaşlı F, Peke Ö. Muğla Devlet Hastanesinde Yatan Gebelerin Doğum Sonu Egzersizler Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi. *C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2003; 7(2): 28-34.
- Berzuk K. A Strong Pelvic Floor: How Nurses Can Spread The Word. *Nurs Womens Health* 2007; 11(1): 54-61.
- Beşen AM, Yeşiltepe OÜ. Yaşlı Kadınlarda Jinekolojik Sorunlar ve Bakım Yaklaşımları. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2013; 6(1): 1-7.
- Beji NK, Ozbas A, Aslan E, Bilgic D, Erkan HA. Overview of The Social Impact of Urinary Incontinence with a Focus on Turkish Women. *Urology Nurs* 2010; 30(6): 327-334.
- Cavkaytar S, Kokanalı MK, Topçu HO, Aksakal OS, Doğanay M. Effect of Home-Based Kegel Exercises on Quality of Life in Women With Stress and Mixed Urinary Incontinence. *J Obstet Gynaecol* 2015; 35(4): 407-410.
- de Oliveira C, Lopes MA, Carla Longo e Pereira, Zugaib M. Effects of Pelvic Flor Muscle Training During Pregnancy. *Clinics* 2007; 62(4): 439-446.
- Diñç A, Beji Kızılkaya N, Yalçın O. Effect of Pelvic Flor Muscle Exercises in Treatment and Prevention of Urinary İncontinence During Pregnancy and Postpartum Period. *The International Urogynecological Journal* 2009; 20(10): 209-223.
- Dönmez S, Kavlak O. Gebelikte Pelvik Taban Kas Egzersizleri. *Bahkesir Sağlık Bilimleri Dergisi* 2014; 3(1): 45-9.
- Duman N, Elbaş N. 65 Yaş ve Üstündeki Kadınların Kadın Sağlığına Yönelik Sorunlarının ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Türk Geriatri Dergisi* 2009; 12(2): 62-71.
- Erbaba H, Pınar G. Postpartum Perineal Travmanın Önlenmesi ve Yönetimine İlişkin Güncel Yaklaşımlar. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 2016; 13(3): 272-281.

- Eryılmaz HY. Pelvik Bozukluklar, In: Kadın Sağlığı (İkinci baskı), A. Şirin, O. Kavlak (Eds.) Nobel Tıp Kitapevleri, ISBN:978-605-335-176-4, İstanbul, 2015: s:122-140.
- Fitchett JR, Bhatta S, Sherpa TY, Malla BS, Fitchett EJ, Samen A, Kristensen S. Non-surgical Interventions for Pelvic Organ Prolapse in Rural Nepal: A Prospective Monitoring and Evaluation Study. *JRSM Open* 2015; 6(12): 2-10.
- Güenalp S, Özyüncü Ö, Salman C. Ürojinekoloji In: Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, Ayhan A, Durukan T, Güenalp S, Gürkan T, Önderoğlu LS, Yaralı H ve Ark. (Edit). Ankara, Güneş Tıp Kitabevleri 2008: 7-26.
- Halsam J. Pelvic Floor Muscle Exercises. *Journal of Nursing Times* 2003; 99(1): 54-55.
- Herderschee R, Hay-Smith EJC, Herbison GP, Roovers JP, Heineman MJ. Feedback or Biofeedback to Augment Pelvic Floor Muscle Training for Urinary Incontinence in Women. *The Cochrane Collaboration* 2011; 7: 1-30.
- Hay-Smith E.J.C, Dumoulin C. Pelvic Floor Muscle Training Versus no Treatment, or Inactive Control Treatments, for Urinary Incontinence in Women (Cochrane Review). *The Cochrane Library Oxford* 2007;1-38.
- Hagen S, Stark D, Glazener C, Sinclair L, Ramsay I. A Randomized Controlled Trial of Pelvic Floor Muscle Training for Stages I and II Pelvic Organ Prolapse. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2009; 20: 45-51.
- Harvey MA. Pelvic Floor Exercises During and After Pregnancy: A Systematic Review Of Their Role in Preventing Pelvic Floor Dysfunction. *J Obstet Gynaecol Can* 2003; 25(6): 487-498.
- Ko PC, Liang CC, Chang SD, Lee JT, Chao AS, Cheng PJ. A Randomized Controlled Trial of Antenatal Pelvic Floor Exercises to Prevent and Treat Urinary Incontinence. *International Urogynecology Journal* 2011; 22(1): 17-22.
- Kahyaoglu SH. Gebelik ve Doğumun Pelvik Taban Yetersizlikleri Üzerine Etkisi: Önlenmesi ve Korumada Hemşirenin Rolü. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2015; 4(2) : 292-304.
- Kandadaı P, O'Dell K ve Saini J. Correct Performance of Pelvic Muscle Exercises in Women Reporting Prior Knowledge. *Female Pelvic Med Reconstr Surg* 2015; 21(3): 135-140.
- Kızılkaya Beji N. Ürojinekolojide Hemşirelik Yaklaşımı. *Türkiye Klinikleri J Int Med Sci* 2005; 1(45): 52-55.
- Kocaöz S. Gebelik Döneminde Stres Üriner İnkontinansı Önlemeye Yönelik Uygulanan Pelvik Taban Kas Egzersizlerinden Doğum Sonrası Etkinliğinin İncelenmesi. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2007.
- Lemos A, Impieri de Souza A, Gomes Ferreira ALC, Figueiroa JN, Cabral-Filho JE. Do Perineal Exercises During Pregnancy Prevent the Development of Urinary Incontinence? A Systematic Review. *International Journal of Urology* 2008; 15(10): 875-880.
- Lamin E, Parrillo LM, Lewman DK, Smith AL. Pelvic Floor Muscle Training: Under Utilization in the USA. *Curr Urol Rep* 2016; 17(2) : 1-10.
- Laycock J, Haslam J. Pelvic Floor Muscle Exercise in the Treatment of Urinary Incontinence. *Therapeutic Management of Incontinence and Pelvic Pain Pelvic Organ Disorders*. London: Springer-Verlag 2002; 63- 72.
- Morkved S. Pelvic Floor Muscle Training During Pregnancy and After Delivery. *Current Women's Health Reviews* 2007; 3(1): 55-62.
- Meston CM, Hull E, Levin RJ, Sipski M. Disorders of Orgasm in Women. *J Sex Med* 2004; 1(1) : 66-68.

- Mete S. Doğum Öncesi Eğitim. In: Kadın Sağlığı Kitabı (Birinci baskı), A. Şirin & O. Kavlak (Eds.) Bedray Yayıncılık, İzmir, ISBN:978-605-5989-07-1, 2008:501-515.
- Nazarpour S, Simbar M, Ramezani T, Alavi MH. Effect of Sex Education and Kegel Exercises on the Sexual Function of Postmenopausal Women: A Randomize Clinical Trial. *J Sex Med* 2017; 14(7): 959-967.
- Park SH, Kang CB, Jang SY, Kim BY. Effect of Kegel Exercise to Prevent Urinary and Fecal Incontinence in Antenatal and Postnatal Women: Systematik Rewiew. *J Korean Acad Nurs* 2013; 43(3) : 420-430.
- Pantazis K, Freeman RM. Investigation and Treatment of Urinary Incontinence. *Current Obstetrics & Gynaecology* 2006; 16: 344-352.
- Sanders J, Peters TJ, Campbell R. Techniques to Reduce Perineal Pain During Spontaneous Vaginal Delivery and Perineal Suturing: a UK Survey of Midwifery Practice. *Midwifery* 2005; 21(2):154-160.
- Sayiner FD. Prenatal Perineal Masajın Vaginal Doğumlarda Etkinliği. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi* 2007; 15(60): 146-154.
- Shafik A. Treatment of Urinary and Fecal Incontinence with Functional Magnetic Stimulation. *Urology* 2004; 63: 210-1.
- Şahin N. Kadınlarda Postpartum Dönemde Cinsel Yaşam. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni* 2009; 40(3): 125-130.
- Yalçın H, Tekin M. Gebelikte Egzersizler Hakkında Gebelerin Bilgi Düzeyinin Değerlendirilmesi. *International Journal of Human Sciences* 2013; 10(1): 24-33.
- Yıldız N. Stres Tipi İdrar Kaçırması Olan Kadınlarda Optimal Pelvik Taban Kas Eğitim Programları. *Kadın ve İşlevsel Üroloji Dergisi* 2014; 2: 39-52.
- Yaşar H, Özkan L, Tepeler A. Kadınlarda Cinsel Fonksiyon Bozukluklarına Güncel Yaklaşım. *Klinik ve Deneysel Araştırmalar Dergisi* 2010; 1(3): 235-240.
- World Healty Organization (WHO). Postnatal Exercises, In: *Pocket Book Of Hospital carefor mothers Guidelnes For Management Of Common Maternal Conditions*. 2017: 444.
- Wilson PD, Bo K, Hay- Smith J, Nygaard I, Staskin D, Wyman J, et al. Committee 10, Conservative Treatment in Women. In: Abrams P, Khoury S, Wein A, editors. *Incontinence*. 2nd ed. United Kingdom, Health Publications Ltd, 2002. s 571-624.

## ÇOCUK YAŞTA YAPILAN EVLİLİKLERİN TOPLUM SAĞLIĞINA ETKİSİ

### THE EFFECT OF CHILD MARRIAGES ON COMMUNITY HEALTH

**Arş.Gör. Dilek ZENGİN\***      **Doç.Dr. Figen YARDIMCI\***

**Prof.Dr. Zümrüt BAŞBAKKAL\***

\*Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD.

*Geliş Tarihi/Received: 26.02.2018*

*Kabul Tarihi/ Accepted: 03.08.2018*

---

### ÖZ

'Çocuk' ve 'Çocuk Evliliği' ve/ve ya 'Çocuk Yaşta Yapılan Evlilikler' kavramlarının tanımları farklılık gösterse de küresel ölçekte, 18 yaş altı "çocuk" ve 18 yaşından önce yapılan evlilikler de 'Çocuk Evlilikleri' ve/ve ya 'Çocuk Yaşta Yapılan Evlilikler' olarak kabul edilmektedir.

Çocuk yaşta yapılan evlilikler çocukları sosyal-arkadaş ortamlarından uzaklaştırmakta, baskı ve şiddet görmeye yatkın olan bu evlilikler sonucunda çocukların toplum içinde söz hakkı olmamakta, özgüven eksikliği yaşamakta ve aynı yaşta evli olmayan akranlarına kıyasla intihar etme durumları daha sık yaşanmaktadır. Fiziksel ve psikolojik gelişimini tamamlamadan evlendirilen çocuklar ile bu evlilikler sonucu dünyaya gelen çocuklarda ciddi sorunlar meydana gelmektedir. Ayrıca bu tür ailelerden doğan çocuklarda, gelecekte benzer evlilik ve sorunların yaşanması riski oluşmaktadır.

Çocuk yaşta yapılan evlilikler ve bu evliliklerden doğabilecek sorunların aile yapısı, çocuk ve toplum sağlığına etkileri konusunda özellikle çocuk yaşta yapılan evliliklerin yaygın olduğu bölgeler başta olmak üzere toplumun tüm kesiminin bilgilendirilmesi ve toplumun farkındalığının artırılması gerekmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Çocuk, Çocuk Evlilikleri, Erken Evlilik, Hemşirelik.



### ABSTRACT

*Despite a wide diversity of definitions "child", "child marriages" and/or "underage marriages", there is also a common consensus that young people under 18 years old are regarded as children and marriages are characterized as child marriages or underage marriages if one of the spouses is under 18.*

*Children who are forced to marry at early ages are urged to lose their contact with their peers. Underage marriages also breed violence and oppression, and therefore disallow children to express their own ideas and to protect their own rights, resulting in the loss of self-esteem and higher rates of child suicides. Children who have been married without completing their physical and psychological development and their children have serious problems. Moreover, children born into forced underage marriages are similarly threatened with underage marriages and health problems in future.*

*All segments of society, particularly people in regions where child marriages are commonplace, should be informed and further measures should be taken to raise the awareness against child marriages and their adverse effects on family structure as well as children's health and public health.*

**Key Words:** Child, Chil Marriages, Early Marriage, Nursing.

### GİRİŞ

Erken yaşta evliliklerin biçimleri, yaygınlığı kültürel ve tarihsel olarak toplumdan topluma değişiklik gösterse de, ataerkil toplumlarda çocuk yaşta yapılan evlilikler önemli bir sosyal sorundur (Kaptanoğlu ve Ergöçmen, 2012 ). Türkiye'nin de kabul ettiği Çocuk Haklarına Dair Sözleşme'de (20 Kasım 2005) "Çocuğa uygulanabilecek olan kanuna göre daha erken yaşta reşit olma durumları dışında, on sekiz yaşına kadar her insan çocuk sayılır." diye belirtilmektedir (Çocuk Haklarına Dair Sözleşme, 1989; Malatyalı, 2014).

'Çocuk' ve 'Çocuk Evlilikleri' ve/veya 'Çocuk Yaşta Yapılan Evlilikler' kavramlarının tanımlarında farklılıklar olsa da küresel ölçekte, 18 yaş altı "çocuk" ve bu yaştan önce yapılan evlilikler de 'Çocuk Evlilikleri' ve/veya 'Çocuk Yaşta Yapılan Evlilikler' olarak kabul edilmektedir (TBMM Kadın Erkek Fırsat Eşitliği Komisyonu, 2009). Türkiye'de Medeni Kanununun 124. maddesinde erkek veya kadının 17 yaşını doldurmadan evlenemeyeceği ancak önemli bir nedende ve olağanüstü durumlarda mahkeme kararı ile 16 yaşını doldurmuş kadın ve erkeğin evlenmesine izin verilebilir ibaresi yer almaktadır (Türk Medeni Kanunu (TMK), 2001). Çocuk Hakları Sözleşmesine taraf bir ülke olarak Medeni Kanununa göre evlilik yaşının 17 yaş ve hatta özel durumlarda 16 yaşa kadar düşürülmesi çocuk yaşta yapılan evliliklerin yasal olarak önüne geçilmediği bunun yanı sıra yasalarla desteklendiğini göstermektedir.

Dünya verilerine baktığımızda, Birleşmiş Milletler Nüfus Fonuna göre 2011 ile 2020 yılları arasında 140 milyondan fazla çocuk evliliklerinin gerçekleşeceği öngörülmektedir. Çocuk evlilikleri incelendiğinde bu oranın günde 39.000 olduğu ve yılda 14.2 milyon erken yaşta yapılan evliliklerin olduğu belirtilmiştir (Child Marriages: 39,000 Every Day. Unicef). Gelişmekte olan ülkelerde 2000-2011 yılları arasında 20-24 yaş arasındaki kadınların neredeyse üçte birinden fazlasının (yaklaşık %34'ü) evli ya

da birlikte yaşadıklarını, 2010 yılında bu sayının yaklaşık 67 milyon kadına eşdeğer olduğu ve bunların yaklaşık %12'sinin, 15 yaşından önce evlilik ya da bir birliktelik yaşadıkları belirtilmiştir (United Nations Population Fund (UNFPA), 2012).

Güney Asya'da 15-24 yaş arasındaki kızların %48'inin (9.7 milyon kız) 18 yaşından önce evlendikleri, bu oranın Afrika'da %42 ve Latin Amerika'da %29 olduğu belirtilmiştir (UNICEF, 2005). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre 2011-2020 yılları arasında yılda 14.2 milyon çocuğun evlendirileceği düşünülmektedir ve çocuk evliliklerinin en yoğun görüldüğü ülkeler arasında Nijerya (%75), Orta Afrika (%68), Bangladeş (%66), Güney Sudan (%52) yer almaktadır (Çocuk Haklarına Dair Sözleşme, 1989).

Türkiye İstatistik Kurumunun 2014 yılında yayınladığı "İstatistiklerle Çocuk" rapora göre 2002 yılında 16-17 yaş grubundaki tüm evliliklerin %7.3'ü kız çocuklarının resmi olarak yaptıkları evlilikleri oluştururken, bu oranın 2014 yılında %5.8 olduğu belirtilmiştir. Çocuk yaşta yapılan evliliklerin bölgelere göre dağılımı incelendiğinde ise, bu yaş grubunda yapılan evliliklerin en fazla görüldüğü bölgenin Güneydoğu Anadolu Bölgesi, ikinci bölgenin ise Ege Bölgesi olduğu belirlenmiştir. 2014 yılında Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde evlenen kız çocuklarının oranının %19, Ege Bölgesi'nde ise bu oranın %13.3 olduğu görülmektedir (TÜİK. İstatistiklerle Çocuk, 2014). TNSA-2013 verilerine göre Türkiye'de ilk evlilik yaşı 15 yaş altı çocuklarda %4 iken, 18 yaş altında %22 olarak belirlenmiştir (TNSA, 2013). Türkiye'de daha erken yaşta yapılan evliliklerin kayıt altına alınmaması ve bu çocukların resmi nikâh olmadan dini nikâh ile evlendirilmeleri gibi nedenler düşünüldüğünde bu verilerin kesin bilgiler olmadığı ve oranların daha yüksek olacağı öngörülmektedir.

Geleneksel ve ataerkil toplum yapısı ülkemiz de erken yaşta evlilikleri normalleştirmiştir. Ülkemizde halen yapılan her dört evlilikten birinin bazı bölgelerimizde ise her üç evlilikten birinin, çocuk yaşta yapılan evlilik olduğu belirtilmiştir (TBMM Kadın Erkek Fırsat Eşitliği Komisyonu, 2009). Bu makalede çocuk yaşta yapılan evliliklerin nedenleri ve toplumsal boyutta etkilerine değinilmiştir.

### **Çocuk Yaşta Yapılan Evliliklerin Nedenleri**

Çocuk yaşta yapılan evliliklerin nedeni tam olarak bilinmemekle birlikte evliliklerin nedeni bölgeden bölgeye, toplumdan topluma değişiklik göstermektedir. Genel olarak ekonomik durumun kötü olması, düşük eğitim düzeyi, dini inançlar, ataerkil toplum yapısı gibi toplumun sosyal yapısı ile ilgili etmenler çocuk yaşta yapılan evliliklerin nedenleri arasında yer almaktadır (Boran, Gökçay, Devocioğlu ve Eren, 2013; Özcebe ve Biçer, 2013).

Dünyanın her yerinde sıklıkla rastlanılan çocuk evlilikleri, çocuk haklarının ihlal edilmesi bakımından hem kız hem de erkek çocuklarını etkilemekle birlikte özellikle kız çocuklarında eğitim hayatının kısa sürmesi, daha erken yaşta evlendirilmesi ve erken evliliğin olumsuz etkilerine maruz kalma durumları daha fazla olması nedeniyle bu cinsiyetle ilgili çalışmalara daha sık rastlanmaktadır (Ardahan ve Yıldırım Sarı, 2016). Düşük eğitim düzeyine sahip ailelerin çocuklarında ebeveynlerine benzer şekilde eğitim düzeylerinin düşük olduğu ve bu ailelerde erken yaşta evliliklerin daha

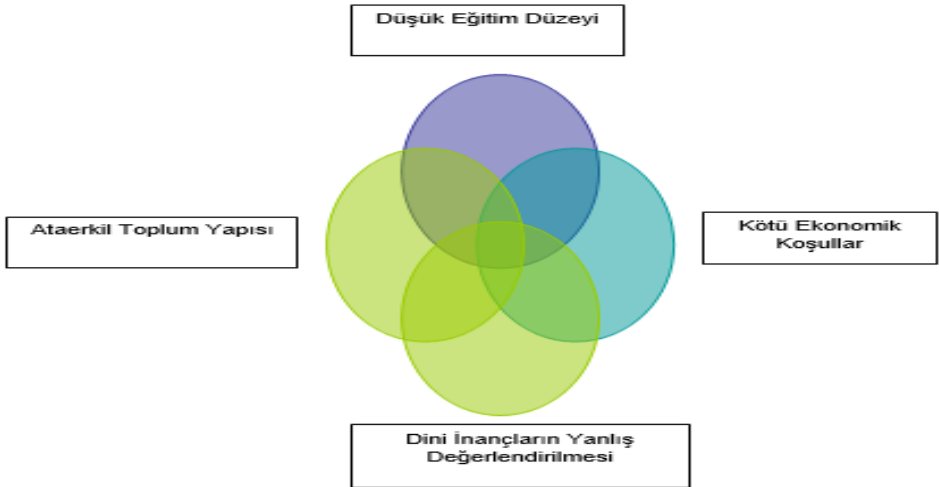
sık görüldüğü belirlenmiştir. Hiç okula gitmemiş ya da ilköğretim eğitimini tamamlamamış kadınların yaklaşık yarısının çocuk yaşta evlendikleri, lise ve üzeri eğitim düzeyine sahip kadınlarda ise çocuk yaşta yapılan evliliklerin çok daha düşük olduğu belirlenmiştir. Aynı zamanda erken yaşta yapılan evliliklere paralel olarak özellikle kız çocuklarının eğitimlerinden geri kaldıkları, pek çoğunun ilköğretim eğitimini tamamladıktan sonra eğitimlerine aileleri tarafından devam ettirilmediği, görülmektedir. Ailenin var olan kısıtlı bütçesi erkek çocuklarının eğitiminde kullanılırken kız çocuklarının eğitimleri tamamlamaları gerekli görülmemektedir. Kız çocukların eğitimlerini sürdürmelerinin sağlanması, aynı zamanda ailelerin eğitim düzeyinin artırılmasının da erken yaşta yapılan evlilikleri kısmen de olsa engelleyeceği düşünülmektedir. 2011 yılında yapılan Türkiye’de Aile Yapısının Araştırması’nda eğitim düzeyine paralel olarak ilk evlenme yaş ortalamasının arttığı, eğitim düzeyinin yükselmesiyle kadın ve erkek evlenme yaş ortalamasının birbirine yaklaştığı belirtilmiştir (Boran, Gökçay, Devocioğlu ve Eren, 2013; Kaptanoğlu ve Ergöçmen, 2012; Özcebe ve Biçer, 2013; T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, 2011). Birçok kültürde ebeveynler, kız çocuklarının evlendiklerinde evini terk edecekleri ve yatırımlarının boşa gideceğini düşündüklerinden kızlarının eğitime yatırım yapmama eğilimindedirler. Özellikle sosyoekonomik durumu düşük aileler, kızlarını evlendirmek için okuldan almakta ya da hiç okula göndermemektedir. Ayrıca kız çocuklarının ergenlik döneminin başlamasıyla birlikte fiziksel olarak dikkat çekmeye başlamaları, eğitimlerinin ebeveynleri tarafından nişanlanma veya evlendirme gerekçesiyle yarıda kesilmesine neden olmaktadır (TBMM Kadın Erkek Fırsat Eşitliği Komisyonu, 2009).

Düşük eğitim düzeyine sahip aileler gibi sosyoekonomik düzeyi düşük ailelerin kız çocuklarını erken yaşta evlendirdikleri görülmektedir. Gelir düzeyi düşük ailelerde kız çocuklarının ailenin maddi yükünü artırdığı, böylelikle kız çocuklarının erken evlendirilerek ailenin yükünün azaltılacağı ve evliliklerinin karşılığında başlık parası alınarak da aile ekonomisine katkıda bulunulacağı düşünülmektedir (Boran, Gökçay, Devocioğlu ve Eren 2013; Malatyalı, 2014; Özcebe ve Biçer, 2013). Ülkemizde 2011 yılında yapılan Aile Yapısı Araştırması’nda sosyoekonomik düzey ile ilk evlenme yaş ortalaması ilişkisi incelendiğinde, sosyoekonomik düzey yükseldikçe kadın ve erkeklerde ortalama ilk evlilik yaşının yükseldiği belirtilmiştir. Aynı zamanda eğitim düzeyi ve sosyoekonomik düzey yükseldikçe başlık parası verme oranının azaldığı, ülkemizin ekonomik ve sosyal bakımdan daha az kalkınmış bölgelerinde düşük sosyoekonomik ve düşük eğitim düzeyine sahip bireylerinde başlık parası uygulamasının sürdürüldüğü belirtilmektedir (T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, 2011).

Gelenekler, görenekler ve dini yaptırımların yanlış algılanması da çocuk yaşta yapılan evliliklere neden olmaktadır. Geleneksel aile yapısında kız çocuğunun aileye geçici olarak verildiği ve asıl yuvasının evlendiği eşinin yuvası olduğu görüşü yaygındır. Toplumsal cinsiyet eşitsizliğinden kaynaklanan ve özellikle kız çocuklarının farkındalık kazanmadan evlendirilmesi, böylelikle yeni yuvasına daha kolay uyum sağlayacağını ve kocaya itaatin sağlanacağı düşünülmektedir. Erkek ailesi de bu

nedenlerle küçük yaşta kız çocuklarını gelin olarak tercih etmektedirler. Ayrıca aileler tarafından kız çocuğunun erken yaşta evlendirilerek bir erkek tarafından korunup, dışarıdan gelebilecek şiddet ve cinsel tacizin engelleneceği ve erken evlendirilerek kızların karşı cins ile evlilik dışı ilişkiye girme ve bu ilişkiden çocuk sahibi olmasına engel olunacağı düşünülmektedir (TBMM Kadın Erkek Fırsat Eşitliği Komisyonu, 2009). Ailenin sahip olduğu korumacı cinsiyetçilik yapısı, ailelerin çocuklarını erken yaşta evlendirmelerine neden olabilmektedir. Korumacı cinsiyetçilik anlayışında; kadının bir taraftan saf ve temiz olması gerektiği düşünülürken diğer yandan da kadın zayıf ve güçsüz olduğu kabul edilir ve kadının güçsüz olduğu için namusunu koruyamadığı ve bu sebeple kadının erkekler tarafından korunması gerektiği düşünülmektedir (Malatyalı, 2014).

Çocuğun aile içi şiddet görmesi, küçük yaşta anne veya babadan birini kaybetmesi, aile içi geçimsizlik, baskı, çocuk sevgisinin yokluğu, öz olmayan anne veya babası ile yaşaması gibi pek çok durum çocuklarda evlenerek bu durumdan kurtulacağı inancı gelişmesine ve çocuk yaşta evlilik yapmalarına neden olmaktadır (Özcebe ve Biçer, 2013). Başta kız çocuklarına yapılan “Evde kalırsın”, “Yaşın geçerse seni kimse almaz”, “Bir an önce evlen ve çocuk yap” gibi baskılar da erken yaşta evliliklere zemin hazırlamaktadır. Bunlara ek olarak cinsel taciz veya tecavüze uğrayan kız çocuklarının kendisine tecavüz eden kişi ya da başka birisiyle hemen evlendirilmesi, evden kaçma veya kaçırılma gibi durumların yanı sıra zorunlu olarak göç nedeniyle insanların yaşadığı kültürel ve ekonomik karışıklık çocuk yaşta yapılan evlilik nedenlerindedir (TBMM Kadın Erkek Fırsat Eşitliği Komisyonu, 2009).



### **Çocuk Yaşta Yapılan Evliliğin Etkileri**

Erken yaşta yapılan evlilikler çocuk sağlığının korunması, geliştirilmesi ve eğitimde evrensel düzeyde kabul gören ilköğretimi tamamlamak çabalarına ulaşılmasını engellemektedir (Mourtada, Schlecht & DeJong, 2017). Bu evlilikler sonucunda adölesan çağında doğumlar sebebiyle sıklıkla erken yaşta ve sık gebelikler ile anne ve çocuk ölüm riskinde artış görülmektedir. Adölesan gebelikler tıbbi açıdan riskli grup olarak değerlendirilir. Adölesan dönemde doğum yapan kadınlarda doğum anında ölüm riski yirmili yaşlarında doğum yapan kadınlara oranla beş kat daha fazla olmakla birlikte bu yaş grubu kızlarda en sık ölüm sebebinin gebeliğe bağlı ölüm olduğu belirtilmektedir (Boran, Gökçay, Devocioğlu ve Eren, 2013; Mourtada, Schlecht & DeJong, 2017; TBMM Kadın Erkek Fırsat Eşitliği Komisyonu, 2009). Erken anne yaşının bebek ve çocuk ölümleriyle doğrudan ilişkisi olduğu (Efevbera, Bhabha, Farmer & Fink, 2017), 18 yaş altındaki annelerin bebeğini ilk bir yıl içinde kaybetme riskinin daha ileri yaştaki annelere göre %60 daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Boran, Gökçay, Devocioğlu ve Eren, 2013). Erken yaşta gebelik sonucu yapılan doğumlarda çocukların fizyolojisi henüz hamilelik ve doğum stresini yönetmesi konusunda yeterli gelişimi göstermemesi nedeniyle anne ve bebek için tehlike oluşturmaktadır. Adölesan dönemde anne olan kadının bedensel gelişiminin tamamlanmamasının yanı sıra gibi dünyaya getirdiği çocuğa bakabilecek ve onun sorumluluğunu alabilecek bilgi, birikim ve bilinci de gelişmediğinden adölesan dönemde anne olan kadınlarda sosyal sorunlar ve emosyonel stres daha şiddetli etki göstermekle birlikte meydana gelen sorunların etkileri bebek, aile ve toplumda da görülmektedir (TBMM Kadın Erkek Fırsat Eşitliği Komisyonu, 2009). Düşük sosyo-ekonomik düzey, yetersiz emzirme, düşük eğitim seviyesi gibi faktörler sonucunda kronik yetersiz beslenme göstergesi olan bodurluk adölesan annelerin bebeklerinde daha sık görülür (Efevbera, Bhabha, Farmer & Fink, 2017). Erken yaşta yapılan evlilikte bireyler aile planlaması yöntemleri konusunda bilinçli olmadıklarından bakamayacakları kadar çok sayıda çocuğa sahip olmaktadır. Bu evliliklerde adölesan gebeliklerin getirdiği risklerin yanı sıra HIV/AIDS de dâhil olmak üzere cinsel yolla bulaşan hastalıklara yakalanma riskleri artmaktadır (Boran, Gökçay, Devocioğlu ve Eren, 2013; TBMM Kadın Erkek Fırsat Eşitliği Komisyonu, 2009).

Çocuk yaşta yapılan evlilikler kadınların yaşamını elinden almaktadır. Bu evlilikler, kadınları yoksulluk, eğitimsizlik, ekonomik bağımlılığa hapsederek topluma verecekleri katkılara engel olmakla birlikte toplumdan yeterli düzeyde yararlanmalarına da engel olmakta ve kadının toplumda var olan eşitsiz konumunu da güçlendirmektedir (Aydemir, 2011). Türkiye’de de erken yaşta evlendirilen çocuklar ilk olarak eğitim yaşamlarından geride kalmaktadırlar. Bu durum çocukları meslek sahibi olma, çalışma, üretime katılma haklarından da yoksun bırakmakta ve özellikle kız çocuklarını eğitimsizlik, yoksulluk ve ekonomik olarak bağımlı olma durumuna hapsedmektedir (TBMM Kadın Erkek Fırsat Eşitliği Komisyonu, 2009). Ayrıca UNICEF’in 2012’de yayınladığı raporunda intihar nedenlerinin araştırıldığı demografik verilere göre, 15-24 yaş grubundaki kızların %23’ü, erkeklerin ise %24’ü

için intihar nedeni olarak duygusal ilişkiler ve istemediği kişiyle evlendirilmek olarak belirtilmiştir (UNICEF Türkiye’de Çocuk ve Genç Nüfusun Durumunun Analizi 2012).

**Tablo 1.** Çocuk Yaşta Yapılan Evliliklerin Toplum Sağlığına Etkisi

<b>ÇOCUK</b>	Fiziksel ve ruhsal olgunluğunu tamamlamama Eğitim haklarından mahrum olma Çocuk haklarının ihlal edilmesi
<b>KADIN</b>	Adölesan Gebelik Aile içi şiddete maruz kalma Cinsel yolla bulaşan hastalıkları yakalanma Ekonomik bağımlılık
<b>TOPLUM</b>	Cinsiyet eşitsizliği Düşük eğitim düzeyi Yoksulluk

Çocuk yaşta yapılan evliliklerin hem dünyaya gelen çocuk hem de kadın açısından beraberinde getirdikleri etkiler Tablo 1’de yer verildiği gibi kişilerin ve dolaylı olarak da toplumun olumsuz yönde etkilenmesine neden olmaktadır. Çocukların sosyal-arkadaş ortamlarından uzaklaşmalarına, baskı ve şiddet görmeye yatkın hale getiren bu evlilikler sonucunda çocukların toplum içinde söz hakkı olmamakta, özgüven eksikliği yaşamakta ve aynı yaşta evli olmayan akranlarına yönelik intihar etme durumları daha sık yaşanmaktadır. Fiziksel ve psikolojik gelişimini tamamlamadan evlendirilen çocuklar ve onların çocukları da ciddi sorunların gelişimine neden olmaktadır. Ayrıca bu tür ailelerden doğan çocuklarda da gelecekte benzer evlilik ve sorunların yaşanması riski oluşmaktadır.

## SONUÇ

Erken yaşta yapılan evliliklerde kişilerin eğitimlerini yarıda bırakmak zorunda kalmalarından kaynaklanan düşük eğitim düzeyi ve düşük sosyo-kültürel düzey, yoksulluk, adölesan gebelik, anne ve bebek ölümlerinde artış, aile içi şiddette artış gibi daha fazla genişletilebilecek pek çok alanda çocuk, aile ve toplum sağlığına ciddi sorunlara neden olmaktadır. Erken yaşta yapılan evliliklerinden ve dolayısıyla çocuk, aile, toplum sağlığına olan zararlı etkilerinden korunmak için özellikle kız çocuklarının eğitiminin desteklenmesi ve bu konuda sivil toplum örgütlerinin çalışmaları, sosyal sorumluk projeleri ile toplumsal bilincin artırılmasına dikkat çekilmelidir. Sosyoekonomik durumun düşük olması, kız çocuklarının aileye ekonomik yük olması görüşü erken yaşta evlendirilmelerine zemin hazırlamaktadır. Kız çocuklarının eğitime devam edebilmesi için ailenin ekonomik açıdan desteklenmesi, eğitim hayatından uzaklaştırılan çocukların ailelerine yasal yükümlülükler getirilerek erken yaşta evlendirilmelerinin önüne geçilip, eğitim yaşantılarına devam etme ihtimali artırılmalıdır. Sivil toplum kuruluşlarının projeleri, konu ile ilgili kamu spotları düzenlenerek toplumsal bilinç düzeyinin artırılıp çocuk yaşta yapılan evlilikler ve bu

evlilikten doğabilecek sorunların aile yapısı, çocuk ve toplum sağlığına etkileri konusunda, özellikle çocuk yaşta yapılan evliliklerin yaygın olduğu bölgeler başta olmak üzere toplumun tüm kesiminin bilgilendirilmesi gerekmektedir. Hemşireler okullarda, aile sağlığı merkezlerinde ve ev ziyaretlerinde kız çocuklarının eğitimi ve bu konuda destek veren kurumlar hakkında ailelerin bilinçlendirilmesi, erken yaşta yapılan evliliklerin çocuk açısından sakıncaları, erken yaşta yapılan evliliklerde ebeveynlerin yasal sorumlulukları gibi konularda aileleri bilgilendirmelidir.

#### **KAYNAKÇA**

- Ardahan E., Sarı H.Y. Adölesan Evliliklerin Sağlığa Etkileri. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2016; 32(2): 132-142.
- Aydemir, E. Evlilik mi Evcilik mi? Erken ve Zorla Evlilikler: Çocuk Gelinler. Uluslararası Stratejik Araştırmalar Kurumu Sosyal Araştırmalar Merkezi, (Erişim Tarihi: 25.09.2017). <https://play.google.com/books/reader?id=jpFHHAgAAQBAJ&printsec=frontcover&output=reader&hl=tr>
- Birleşmiş Milletler (BM) Genel Kurulu. Çocuk Haklarına Dair Sözleşme,1989.
- Boran, P., Gökçay, G., Devencioglu, E., Eren, T. Çocuk Gelinler. Marmara Medical Journal, 2013; 26:58-62.
- Efevbera Y., Bhabha J., Farmer E.P., Fink G. Girl Child Marriage as a Risk Factor for Early Childhood Development and Stunting. Social Science and Medicine, 2017, 185; 91-101.
- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. 2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA), (Erişim Tarihi: 25.09.2017). [http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA\\_2013\\_ana\\_rapor.pdf](http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA_2013_ana_rapor.pdf)
- Kaptanoğlu, Y. İ., Ergöçmen, B. Çocuk Gelin Olmaya Giden Yol. Sosyoloji Araştırmaları Dergisi 2012;5 (2): 129-161.
- Malatyali, K. M. Türkiye’de ‘Çocuk Gelin’ Sorunu. Nesne Psikoloji Dergisi (NPD), 2014; 2(3): 27-38.
- Mourtada R., Schlecht J., DeJong J. A Qualitative Study Exploring Child Marriage Practices Among Syrian Conflict-Affected Populations in Lebanon. Conflict and Health 2017;11 (1):54-65. <https://doi.org/10.1186/s13031-017-0131-z>
- Özcebe, H., Biçer, K, B. Önemli Bir Kız Çocuk ve Kadın Sorunu: Çocuk Evlilikler. Türk Pediatri Arşivi, 2013; 86-93.
- T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı. Türkiye’de Aile Yapısı Araştırması, 2011, Ankara. (Erişim Tarihi: 26.09.2017) <http://www.cocukhaklariizleme.org/wp-content/uploads/turkiyenin-aile-yapisi-arastirmasi-2011.pdf>
- Türkiye Büyük Millet Meclisi (TBMM) Kadın Erkek Fırsat Eşitliği Komisyonu. Erken Yaşta Evlilik Yapılmasına Dair Komisyon Raporu, 2009, Ankara. (Erişim Tarihi: 26.09.2017) [https://www.tbmm.gov.tr/komisyon/kefe/docs/komisyon\\_rapor.pdf](https://www.tbmm.gov.tr/komisyon/kefe/docs/komisyon_rapor.pdf)
- Türkiye Büyük Millet Meclisi (TBMM). Türk Medeni Kanunu, 2001, Ankara.
- Türkiye İstatistik Kurumu (TUİK) (2014). İstatistiklerle Çocuk, 2014, Ankara. (Erişim Tarihi:26.09.2017) [www.tuik.gov.tr/IcerikGetir.do?istab\\_id=269](http://www.tuik.gov.tr/IcerikGetir.do?istab_id=269)
- United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF). Early Marriage A Harmful Traditional Practice, New York. (Erişim Tarihi:26.09.207) [https://www.unicef.org/publications/index\\_26024.html](https://www.unicef.org/publications/index_26024.html)

United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF). Türkiye'de Çocuk ve Genç Nüfusun Durumunun Analizi, 2012. (Erişim Tarihi:25.09.2017) <https://abdigm.meb.gov.tr/projeler/ois/egitim/033.pdf>

United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF). Child Marriages: 39,000 Every Day, 2013, New York. (Erişim Tarihi: 25.09.2017) [https://www.unicef.org/media/media\\_68114.html](https://www.unicef.org/media/media_68114.html)

United Nations Population Fund (UNFPA). Marrying Too Young End Child Marriage, 2012, New York. (Erişim Tarihi: 26.09.2017) <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/MarryingTooYoung.pdf>



## SON DÖNEM KARACİĞER HASTALIKLARINDA PALYATİF BAKIM VE SEMPTOM YÖNETİMİ

*PALLIATIVE CARE AND SYMPTOM MANAGEMENT IN END STAGE LIVER DISEASES*

**Arş.Gör.Dr. Sadık HANÇERLİOĞLU\***

**Prof.Dr. Yasemin YILDIRIM\***

**Prof.Dr.Fisun ŞENUZUN AYKAR\***

\*Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği AD.

*Geliş Tarihi/Received: 04.06.2018*

*Kabul Tarihi/ Accepted: 13.08.2018*

---

### ÖZ

Son Dönem Karaciğer Hastalığı (SDKH) olan bireylerin, karşı karşıya kaldıkları kötü prognoz, semptom yükü ve yaygın mental sorunlardan dolayı yaşam kaliteleri olumsuz olarak etkilenmektedir. Palyatif bakım, yaşamı tehdit eden hastalıkla karşı karşıya kalan hastaların ve ailelerinin, yaşam kalitelerini yükseltmek için başta ağrı olmak üzere fiziksel, psikososyal ve ruhsal problemlerinin erken tanınması ve değerlendirilerek, tedavi ve bakımının yapılmasını amaçlayan yaklaşım olarak tanımlanmaktadır. Bugüne kadar yapılan çalışmalar incelendiğinde, SDKH hastalarında palyatif bakıma yönelik çok az sayıda çalışma olduğu görülmektedir. SDKH'nın palyatif bakımında tedavinin potansiyel etki ve yan etkileri iyi değerlendirilmeli, mevcut semptomun daha da kötüleşmesi veya yeni semptomların ortaya çıkması engellenmelidir. Sağlık bakım alanındaki en büyük iş gücünü oluşturan hemşirelerin kompleks bakım gereksinimleri olan SDKH'daki rolü büyüktür. Hemşireler karaciğer hastalıklarının yaygın neden ve komplikasyonları konusunda bilgi sahibi olmalı ve karmaşık semptom yönetimi sürecinde hasta gereksinimlerini anlamalı ve diğer sağlık bakım profesyonelleri ile iletişim içinde olarak hastaların yaşam kalitesini optimum düzeyde tutacak şekilde bakım vermelidir. Bu derlemede karaciğer hastalıklarının palyatif bakım sürecinde en sık görülen ve yaşam

kalitesini olumsuz olarak etkileyen semptomlar ve bu semptomların bakım yönetimi incelenecektir.

**Anahtar Sözcükler:** Son Dönem Karaciğer Hastalığı, Palyatif Bakım

### ABSTRACT

*Individuals with End-stage Liver Disease (ESLD) are adversely affected by poor prognosis, symptom burden and widespread mental problems. Palliative care is defined as an approach aimed at early diagnosis, evaluation, treatment and care of physical, psychosocial and mental problems, especially pain, in order to raise the quality of life of patients and families who are facing life-threatening diseases. When studies done so far are examined, it seems that there are very few studies on palliative care in patients with ESLD. In the palliative care of End-stage Liver Diseases, the potential effect and side effects of treatment should be well assessed and the current symptom worsened or new symptoms should be prevented. The role of nurses are important to care of ESLD. Nurses should be knowledgeable about the common causes and complications of liver diseases and care should be taken to ensure that patient needs are understood in the context of complex symptom management and that the quality of life of the patients is kept in communication with other health care professionals. In this review, the most common symptoms of liver disease in the palliative care process that negatively affect quality of life and the management of these symptoms will be examined.*

**Key Words:** End Stage Liver Disease, Palliative Care

### GİRİŞ

Son Dönem Karaciğer Hastalığı (SDKH), ileri evre karaciğer hastalığı, karaciğer yetmezliği ve dekompanse siroz ile eş anlamlıdır. Son Dönem Karaciğer Hastalığı karaciğerdeki değişikliklerin sonucunda fibrozise ve karaciğer yapısının ve işlevinin bozulmasına yol açan ilerleyici bir hastalıktır. Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) yaklaşık 5.5 milyon bireyin (% 2) SDKH tanılı olduğu bildirilmektedir. Karaciğer hastalıkları her yıl ABD'de 4 milyon hastaneye başvuru ve 750.000 hastaneye yatışa neden olmaktadır. Kronik karaciğer hastaları çoğunlukla siroz tanısı almakta ve SDKH'dan hayatlarını kaybetmektedirler. Ülkemizde ise bu konuda net prevalans verileri bulunmamaktadır (Everhart JE 2009, Scaglione S et al. 2014). SDKH olan bireyler karşı karşıya kaldıkları kötü prognoz, semptom yükü ve yaygın mental sorunlardan dolayı, palyatif bakım uzmanları, gastroenterologlar ve organ nakil cerrahları arasındaki işbirliğinin geliştirilmesinden büyük fayda sağlamaktadırlar. Bugüne kadar yapılan çalışmalar incelendiğinde, SDKH hastalarında palyatif bakıma yönelik çok az sayıda çalışma olduğu görülmektedir. Palyatif bakım konusunda yeterli ilgiyi görememesine rağmen SDKH gittikçe yaygınlaşan bir hastalık haline gelmiştir (Shaheen NJ 2006, Everhart JE 2008, Larson AM 2015). Sağlık bakım alanındaki en büyük iş gücünü oluşturan hemşirelerin, kompleks bakım gereksinimleri olan SDKH'daki rolü büyüktür. Bu makalede karaciğer hastalıklarının palyatif bakım sürecinde sık görülen ve yaşam kalitesini olumsuz olarak etkileyen semptomlardan ve bu semptomların bakım yönetiminden söz edilecektir.

## Son Dönem Karaciğer Hastalıkları ve Palyatif Bakım

Palyatif bakım, yaşamı tehdit eden hastalıkla karşı karşıya kalan hastaların ve ailelerinin, yaşam kalitelerini yükseltmek için başta ağrı olmak üzere fiziksel, psikososyal ve ruhsal problemlerinin erken tanınıp değerlendirilerek, tedavi ve bakımının yapılmasını amaçlayan yaklaşım olarak tanımlanmaktadır(WHO 2014). Terminal dönem veya yaşamı kısıtlayıcı bir hastalık tanısı alma, stresli bir süreç olduğu kadar, korku, anksiyete, kızgınlık, depresyon, umutsuzluk, çaresizlik gibi güçlü duygular uyandıran bir süreçtir. Karaciğer nakli için sıra bekleyen hastalar da dahil olmak üzere SDKH olan bireylerde yaşam sonu konuların tartışılması son derece önemlidir. Hastalar ve hasta yakınları hastalığın seyri hakkında bilgi sahibi olmalı ve muhtemel sonuçların tümüne hazırlıklı olmalıdır (Larson AM 2015).

Karaciğer hastalıklarının diğer kronik hastalıklar ve kanserde uygulanan palyatif bakıma göre bir farklı yönü ise son ana kadar karaciğer nakil ihtimalinin olmasıdır. Bu durum sağlık personeli, hasta ve informal bakım vericilerin hastalığın son anına kadarki süreçte almaları gereken bazı önemli kararlar konusunda pek çok ikilem yaşamalarına neden olmaktadır (Sanchez W 2006). Karaciğer transplantasyonu bekleme deneyimi hastaları önemli derecede etkilemektedir. Niteliksel araştırmalarda, görüşülen çoğu hastada fiziksel ve psikolojik rahatsızlıklar yaşandığı bildirilmektedir. Hastalar sağlık bakım profesyonellerine karşı güven kaybı, tıbbi, kişisel ve sosyal belirsizlikler deneyimlemektedirler (Kanwal F 2004, Bjork IT 2008, Brown J 2006, Martin SC 2010).

Kanada'da yapılan bir çalışmada; transplantasyon listesinden çıkarılan veya organ naklini reddeden 102 hastanın, ağrı, bulantı gibi semptomları deneyimlemelerine rağmen %10'una palyatif bakım konsültasyonu yapıldığı belirlenmiştir. Bu çalışma sonuçları palyatif bakım gereksinimleri ile palyatif bakım kullanımı arasında tutarsızlıklar bulunduğunu göstermektedir (Poonja Z 2014). Son Dönem Karaciğer Hastalığı olan bireyler arasında palyatif bakım kullanımı için engelleri araştıran çok az sayıda literatür vardır. Aşağıdaki tabloda palyatif bakım kullanımı konusunda bazı olası engeller bulunmaktadır (Tablo 1) (RakoskiMO 2015).

**Tablo 1.** Palyatif Bakım Hizmetlerinin Kullanımına Olası Engeller

<b>Bariyer</b>	<b>Mekanizma</b>
<b>Hastalık</b>	Dekompensasyonun tahmin edilemeyen episodları
<b>Hasta</b>	Hastalık şiddeti konusunda bilgi eksikliği Prognoz konusunda belirsizlik Karaciğeri kurtarmaya yönelik girişimlere odaklanma Güvensizlik ve palyatif bakımın yanlış algılanması
<b>Hekim</b>	Ortalama yaşam süresi beklentisinin fazla olması Palyatif bakımın yanlış algılanması Yaşam sonu bakım konularının tartışılmasından rahatsızlık duyma Hastayla prognoz konusunda kötü iletişim Karaciğeri kurtarmaya yönelik girişimlere odaklanma Palyatif bakıma sevk endikasyonları konusundaki karışıklık
<b>Erişim</b>	Palyatif bakım hizmetlerine erişimin yetersiz kalması

## Semptom Yönetimi

Semptom yönetimi palyatif bakımın ayrılmaz bir parçasıdır. Son Dönem Karaciğer Hastalıkları'nda uygun ilaç seçimi ve doz ayarlaması genellikle zor olabilmektedir. İlaçların çoğunluğu karaciğerde metabolize olmakta ve karaciğer yetmezliği ilaçların veya toksik metabolitlerin birikmesine yol açabilmektedir. Karaciğer kan akışındaki azalma, ilaç metabolizmasının yavaşlamasına ve toksisiteye neden olmaktadır. Bu durum yan etkilerin artmasına ve daha az agresif semptom yönetimine yol açmaktadır (Potosek J ve ark. 2014)

Son Dönem Karaciğer Hastalığı olan hastalarda çeşitli semptomlar ortaya çıkabilmektedir. Genellikle, kompanze sirozun asemptomatik evresi portal hipertansiyona kadar ilerlemekte ve bunu dekompanze SDKH izlemektedir. Portal hipertansiyon komplikasyonları arasında asit, spontan bakteriyel peritonit, özofageal ve gastrik varisler, hepatik ensefalopati, böbrek yetmezliği ve koagülopati yer almaktadır. Bunlara bağlı olarak da genellikle ağrı, yorgunluk, asit, kaşıntı, gastrointestinal kanama ve konfüzyon gibi semptomlar gelişmektedir (Potosek J et al. 2014). Güney Kore'de 129 siroz hastası ile yapılan bir çalışmada yorgunluk, abdominal distansiyon, periferik ödem ve kas kramplarının en sık görülen semptomlar olduğu belirlenmiştir (Kim SH 2006).SUPPORT çalışması sonuçlarına göre ise SDKH olan hastaların %83'ü ağır semptomu deneyimlediklerini ve bu hastaların %30 dan fazlası orta ve ağır düzeyde ağrı deneyimlediklerini bildirmişlerdir (Roth K 2000).Yapılan bir sistematik derlemede; 31 çalışmada toplam 3630 SDKH olan birey incelenmiş ve hastaların %30 ila %79 'unun Ağrı, %56-68'inin kas krampları, %26-77 insomnia, erkeklerde %53-93 erektil disfonksiyon, %20-88 dispne ve %33-71 gündüz uykusu, %14-36 anksiyete, %4.5-64'ünün depresyon gibi semptomlar deneyimledikleri saptanmıştır (Peng JK et al. 2016).

### Ağrı

Son Dönem Karaciğer Hastalığı olan bireylerde çeşitli nedenlerden dolayı akut veya kronik ağrı gelişebilmektedir. Bu bireylerde görülen ağrının en yaygın nedeni asite bağlı oluşan abdominal distansiyondur. Roth ve arkadaşlarının 575 hasta ile yaptıkları çalışmalarında hastaların üçte birinde orta düzeyde ağrı olduğu ve genellikle etkin bir ağrı kontrolü sağlanamadığını bildirmişlerdir (Roth K 2000).

Son Dönem Karaciğer Hastalığı olan hastalar için güncel tedavi ve bakım rehberleri bulunmamasına rağmen, ağrı kesici ilaçlar yaygın olarak kullanılmaktadır. Bu hastalarda seçici ve seçici olmayan nonsteroid anti inflamatuvar ilaçlar önerilmemektedir. Bu ilaçlar özellikle sirozu olan hastalarda trombosit fonksiyonlarını inhibe edip, gastrointestinal ülserlere ve renal arterlerde vazodilatasyona yol açmaktadırlar. Böylece prostoglandin sentezini inhibe ederek akut böbrek yetmezliğine yol açabilmektedirler (Rhee C 2007, Chandok N 2010). Uzun dönem ağrı yönetiminde; günlük 2 gr ve daha az kullanımı halinde toksik etkisi olmayan Asetaminofen'in ilk tercih edilen analjezik olduğu bildirilmektedir (Rhee C 2007, Chandok N 2010).

Toksik metabolitlerin birikiminden kaynaklanan nörotoksisite riski nedeniyle böbrek yetmezliği olan hastalarda morfin kullanılması önerilmemektedir. Benzer şekilde, oksikodon ve hidromorfonun SDKH'da eliminasyon profilleri bozulmuştur. Sirozlu hastalarda tek doz fentanil uygulamasına yönelik yapılan bir çalışmada, fentanilin farmakokinetiğinde (vücuttaki metabolize oluşunda) bir değişiklik olmadığı saptanmıştır. Bu nedenle, SDKH da opioidlerin düşük dozlarda kullanılabilceği düşünülmektedir (Rhee C 2007, Verbeeck RK 2008, Chandok N 2010). Ancak, bu hastalarda, düşük dozlu opioidler bile karaciğer metabolizmasındaki değişiklikler nedeniyle, hepatik ensefolopati gibi mental durum değişikliklerine neden olabileceği için opioid kullanımının sınırlandırılması önerilmektedir. Konstipasyon, opioidlerin en yaygın yan etkilerinden biridir ve hepatik ensefolopatiji daha da ağırlaştırabilmektedir (Chandok N 2010). Hemşirelerin opioidlerin kullanılması gerektiğinde, başta konstipasyon olmak üzere hasta ve aileye gelişebilecek yan etkiler konusunda bilgi vermesi ve bu konuda dikkatli olması gerekmektedir (Benson GD 2005).

Masaj, transkütan elektriksel sinir stimülasyonu (TENS), sıcak-soğuk uygulama, akupunktur, gevşeme eğitimi, hipnoz, biyofeedback, egzersiz, müzik gibi bilişsel davranışsal teknikler de son yıllarda kronik hastalarda sıklıkla palyatif bakımın bir parçası olarak farmakolojik yöntemlere eşlik edecek şekilde kullanılmaya başlanmıştır (Jost L 2010, Schug S 2015, Paice J 2011) ve SDKH'da da bu yöntemler kullanılabilir.

### **Yorgunluk**

Yorgunluk karaciğer hastalıklarında yaşam kalitesini olumsuz etkileyen ve en sık görülen semptomlardan biridir. Bu hastaların deneyimlediği yorgunluk semptomunun yönetiminde ilerlemeler kaydedilmiş olmasına rağmen yorgunluğun altında yatan nedenler tam olarak anlaşılamamıştır (Swain MG 2006).

Karaciğer hastalığına bağlı yorgunluğun yönetimi genel olarak nedenlerinin tam olarak anlaşılamamasından dolayı zordur. Bu nedenle karaciğer hastalığına bağlı oluşan yorgunluğa spesifik tedavi yaklaşımları bulunmamaktadır. Bununla birlikte pek çok hasta yorgunluğun yönetiminde sistematik yaklaşımdan faydalanabilmektedir. Bu süreçte ilk olarak yorgunluğun karaciğer hastalığına bağlı olup olmadığı belirlenmelidir. Hasta ile görüşülürken hipotiroidizm varlığı, uyku düzeni, alışkanlıkları, egzersiz, kafein ve alkol kullanımını sorgulayan sorular sorulmalıdır. Hastaların yaşam motivasyonları ve yaşamdan zevk alma duygularının azalması, daha önceleri eğlendikleri aktivitelerden zevk alamama, sosyal faaliyetlere karşı ilgilerini kaybetme, intihar düşünceleri gibi durumlar depresyon varlığı konusunda ipuçlarıdır ve bu tip hastalara psikiyatri konsültasyonu istenmelidir (Chaudhuri A 2004). Buna ek olarak, hastaların reçeteli ilaçlarının (örn., Beta blokerleri, benzodiazepinler, vb.) yanı sıra reçetesiz ilaçlar ve besin takviyelerinin eksiksiz bir incelemesi yapılmalıdır. Son olarak, olası yorgunluk nedenlerini (örneğin tiroid uyarıcı hormon, kalsiyum, kreatinin, kan üre azotu, elektrolitler, açlık kan şekeri ve

magnezyum) hariç tutmak için basit laboratuvar testleri yapılmalıdır (Chaudhuri A 2004)

Yorgunluğun yönetiminde hemşireler hastalara dinlenme sürelerini uzatıp, iş yüklerini azaltmak gibi yaşam tarzı değişiklikleri yapmalarını önermelidir. Yorgunluğu olan hastalar fiziksel aktivitelerini azaltmaktadırlar. Fakat yapılan çalışmalar yorgunluğun yönetiminde egzersiz ve fiziksel aktivitenin sürdürülmesinin çok önemli olduğunu göstermektedir (Jones DE 2006, Swain MG 2006, Kalaitzakis E 2012).

Bu nedenle hemşireler tüm hastalarda fiziksel aktivite düzeylerini kademeli olarak artırmalıdır. Karaciğer hastalığı ve yorgunluğu olan birçok hastada yorgunluğun derecesi ve devamlılığı, fizyolojik, duygusal, bilişsel, davranışsal ve sosyal faktörlerin karmaşık bir etkileşimiyle doğrudan ilgili olabilmektedir. Karaciğer hastalıklarında yorgunluk sıklıkla uyku bozukluğu ile ilişkilidir. Bu nedenle uyku hijyenine özen gösterilmelidir. Hemşireler bu hastaları alkol ve kafein kullanımı yönünden takip etmeli ve bunları kısıtlandırmalıdır. Ayrıca bu hastalar uyku bozukluğuna neden olan ilaç kullanımı yönünden de sorgulanmalıdır (Jones DE 2006, Swain MG 2006, Kalaitzakis E 2012)

Yorgunluğun farmakolojik tedavisinde ise sıklıkla modafinil gibi ilaçlarda kullanılmasına rağmen bu ilacın karaciğer hastalıklarındaki yorgunluk için kullanımına ilişkin çalışmalar bulunmamaktadır. Bazı hastalarda ise uyku bozukluğunun yol açtığı yorgunluğa yönelik olarak düşük dozda amitriptilin kullanılmaktadır (Swain MG 2006).

### **Asit**

Özellikle siroz hastalarında diğer semptomlarla kıyaslandığında asit en rahatsız edici ve hastanın yaşam kalitesini en çok bozan semptomdur. Siroz tanısı alan hastaların %50'sinde 10 yıllık bir süre içinde asit gelişmektedir (Gordon FD 2012). Asitin yönetimi büyük emek isteyen bir süreç olup hastanın yaşam kalitesi ve iyi olma hali yönünden oldukça önemlidir (Larson MA 2015). 2003 yılında uluslararası uzlaş toplantısında asidin miktarıyla ilgili tanımlamalar yapılmıştır (Tablo 2) (Moore KP et al. 2003). Bu tanımlama temel alınarak SDKH olan bir hastadaki asit tedavisinde genel prensipler tuzsuz diyet, yatak istirahati ve diüretik kullanımı olarak sıralanmaktadır (Moore KP et al.2003, Sonsuz A 2007).

**Tablo 2.** Asit Sınıflaması

Evre 1	Fizik muayenede belirlenmeyen ve ancak ultrasonografiyle saptanabilen miktarda asit.
Evre 2	Karında simetrik şişkinlik olarak fark edilebilen miktarda asit.
Evre 3	Karında çok belirgin şişlik ve gerginlik oluşturan asit.

1. Tuzsuz diyet: Tuzsuz diyet asit tedavisinin en temel unsurudur ve hastaların tuz alımının ciddi bir şekilde kısıtlanması zorunludur. Hastaların günlük Sodyum alımının 2000 mg(88 mMol) altında kalması istenmektedir. Bu önlem ile özellikle karaciğer hastalığının çok ağır olmadığı hastalarda olmak üzere, olguların %10-15 kadarında asitin tedavisi sağlanabilir (Sonsuz A 2007).

2. Yatak istirahati: Aldosteron sekresyonunun vücut pozisyonundan etkilendiği ve yatar pozisyonda en az düzeyde olduğu bilinmektedir. Bu nedenle yatak istirahati, aldosteron sekresyonunda postüral değişikliklerden kaynaklanan artışı ortadan kaldırarak asit tedavisine yardımcı olabileceği düşünülmektedir, ancak bu uygulamanın asit tedavisinde etkili olduğu kanıtlanmış değildir (Sonsuz A 2007). Hemşireler yatak istirahatindeki hastayı yatağa bağımlı hastada gelişebilecek komplikasyonlar açısından değerlendirmelidir. Bu hastaları basınç ülserleri yönünden izlemeli ve doku oksijenlenmesine izin verecek şekilde pozisyonunu değiştirmelidir (Fitzpatric E 2010, Kanıcı HA et al 2011, Kaptan G et al. 2012, Olgun N et al, 2013).

3. Diüretikler: Asit tedavisinde çeşitli diüretikler kullanılabilirse de (Spironolactone, Amiloride, Triamterene, Furosemide, Bumetanide ve thiazidler) tedavi standartları daha çok Spironolactone ve Furosemide göre belirlenmiştir (Sonsuz A 2007). Diüretik kullanımında hemşireler hastaların kilo takibini yapmalı, aldığı çıkardığı sıvı miktarlarını takip etmeli, sıvı elektrolit dengesi yönünden laboratuvar bulgularını takip etmelidir (Heitkemper MM et al., 2007)

### Hepatik Ensefalopati

Hepatik ensefalopati (HE) akut veya kronik olarak ortaya çıkan karaciğer fonksiyon bozukluğu sonucu gelişen nöropsikiyatrik bir sendromdur. Hepatik ensefalopati sendromu altta yatan karaciğer hastalığının özellikleri ve hastalığın şiddetine göre farklı klinik tablolar şeklinde ortaya çıkabilir. Fulminan hepatit nedeniyle gelişen akut hepatik ensefalopati, daha çok manik eksitasyonlar ve ağır formlarında serebral ödem bulgularıyla seyrederken, kronik karaciğer hastalıklarındaki ensefalopati subklinik ensefalopati, kronik tekrarlayıcı tip gibi değişik formlarda görülebilir. Kronik karaciğer yetersizliklerinde oluşan ensefalopatilerde serebral ödem görülmemektedir. Hangi formda olursa olsun klinik tablo, altta yatan karaciğer hastalığının bulguları ve ensefalopatiye bağlı bulgular bir arada bulunmaktadır. Hastaların birçoğunda asit, ödem, kollateral dolaşım, spider angioma ve ikter gibi karaciğer yetersizliğini yansıtan bulgular mevcuttur (Shawcross D 2005, Dbouk N 2006, Sonsuz A 2007). Hepatik ensefalopatinin derecelendirilmesine bakıldığında 4 evreye ayrıldığı görülmektedir (Tablo 3) (Vilstrup H et al. 2014).

**Tablo 3.** Hepatik Ensefalopatinin Derecelendirilmesi

Evre	Tanımlama
EVRE 1	Dikkat ve konsantrasyon yeteneğinde azalma, uyku düzeninde bozulma, mental testlerde yavaşlama
EVRE 2	Kişilik değişiklikleri, uykuya eğilimin artması, ilgisizlik, laterji, apati, zaman ve mekan oryantasyonunda bozulma, uygunsuz davranışlar, dispraksi, asteriks(flapping tremor)
EVRE 3	Uyuşukluk veya semistupor, ajitasyon, agresif davranışlar, konfüzyon ve zaman mekan oryantasyonundaki bozukluk daha ağır ve süreklidir, uyku hali artmıştır, basit sözlü sorulara yanıt verebilir
EVRE 4	Ağır uyku hali, koma, başlangıçta ağırlı uyarılara cevaplıyken, giderek cevapsızlık hali gelişir. Akut formlarda serebral ödem bulguları mevcut olabilir.

Gastrointestinal kanamalar, sepsis, elektrolit dengesizlikleri, dehidratasyon, konstipasyon, protein alımında artma, alkol, merkezi sinir sistemini uyarıcı ilaçlar, transjuguler intrahepatik portal sistemik şant ve cerrahi girişimler hepatic ensefalopati gelişimini hızlandıran etmenlerdir (Tablo 4) (Dooley J et al. 2011).

**Tablo 4.** Hepatik Ensefalopati Gelişimini Hızlandıran (Presipitan) Etmenler

Gastrointestinal kanamalar
Sepsis
Elektrolit dengesizlikleri Hiponatremi Hipokalemi
Dehidratasyon Sıvı kısıtlaması Artmış Diürez Parasentez İshal/Kusma
Konstipasyon
Protein alımında artma
Alkol
Merkezi Sinir Sistemini Uyarıcı İlaçlar
Transjuguler Intrahepatik Portal Sistemik Şant
Cerrahi

Hepatik ensefalopatide tedavi ve bakım; ensefalopatiyi presipite eden faktörlerin ortadan kaldırılması, azotlu maddelerin emilimin azaltılması ve spesifik tedaviyi içermektedir.

Presipitan faktörler: Tedavide başarı şansını yükseltmek için presipitan nedenler araştırılmalı ve hızla tedavisi sağlanmalıdır. Barsakta amonyak üretimini artıran durumlar (GIS kanamaları, fazla proteinli diyetle beslenme, konstipasyon), Sıvı, elektrolit ve asit-baz dengesini bozan durumlar, hipoksi, hipoglisemi, enfeksiyonlar bu kapsamda sorgulanmalıdır. Hepatik ensefalopatiyi başlatan nedenler arasında sedatif veya trankilizanların kullanılması da dikkate alınmalıdır (Öztürk O 2010) .

Azotlu maddelerin emiliminin azaltılması: Ağır bir akut atakta diyetdeki protein kısa bir dönem için kesilebilir, hastada düzelmeye gözlendikçe gecikmeksizin 20 g/gün miktarıyla başlanılıp kademeli olarak 1 g/kg düzeyine artırılmalı ve negatif azot dengesinin uzun süre devam etmesine olanak verilmemelidir. Kronik hastalarda ise yeterli ve dengeli bir beslenmenin sağlanması daha önemli, fakat daha zordur. Laktuloz veya diğer uygulamalarla hastaların protein toleransı artırılabilir. Ensefalopatili hastalar bitkisel proteinleri hayvansal proteinlerden daha kolay tolere etmektedir. Konstipasyonun önlenmesi diyetdeki protein kısıtlamasından çok daha önemli bir konudur. Bu amaçla günde 1-2 yumuşak dışkılama sağlayacak dozlarda laktuloz kullanılması yararlı olur. Şuuru kapalı hastalarda laktuloz lavman yoluyla verilebilir. Plasebo ilaçlara karşı laktuloz etkisinin incelendiği bir cochrane çalışmasında laktulozun hepatic ensefalopati tedavisinde etkili olduğu bildirilmiştir(Als-Nielsen B 2004).



Spesifik tedavi: Bu konudaki tedavi seçenekleri son derece sınırlı ve sonuçları bakımından tartışmalıdır.

L-Ornithine L-aspartate (LOLA): Oral yolla günde 3 defa 1-2 poşet (3000 mg), parantral olarak 4 ampül (ağır olgularda 8 ampül) 24 saatte verilebilir.

Dallanmış zincirli aminoasitler (BCAA): Ensefalopatili hastalarda, BCAA miktarlarının azalıp, aromatik aminoasitlerin artmış olduğu bilinmektedir. Bu noktadan hareketle, oral veya intravenöz yolla verilen BCAA'lerin tedavi amacıyla kullanılabilceği düşünülmüştür. Alınan sonuçlar fazla ümit verici olmasa da diğer yöntemlerle birlikte kullanılmasında yarar vardır.

Flumazenil: Bir benzodiazepin reseptör antagonistidir. Uygulama için standart bir doz yoktur. Daha çok benzodiazepin kullanılmasını takiben ortaya çıkan hepatik komalarda yararlı olacağı düşünülebilir(Sonsuz A 2007, Wright G 2007).

Hemşireler hastaları hepatik ensefelopati belirtileri yönünden gözlemlemelidir, Hastanın yer-zaman, oryantasyonu sürekli olarak kontrol edilmelidir. Hastada "flapping tremor" bulgusu kontrol edilmelidir. Flapping tremor durumunda hastaya her gün boş bir kağıda yazı yazdırılmalı ve şekil çizdirilmelidir. Hasta dehidratasyon belirtileri yönünden takip edilmeli, dehidratasyonun azotemiye neden olup komaya yol açabileceği konusunda bilgi sahibi olunmalıdır. Hasta GİS kanamaları yönünden takip edilmelidir. GİS kanamalarında protein yıkımı sonucu amonyak oluşabilmektedir. Serum amonyak düzeyi günlük olarak takip edilmelidir. Koma durumundaki hastaların işitme duyularının aktif olduğu bilinmeli ve yanında konuşulacak konu dikkatle seçilmelidir. Hepatik ensefelopati durumunda hastanın beyin sapının basınç altında kalmasına bağlı kusma ve yutma refleksleri yeterli olmaz ve sekresyonları aspire etme riski vardır. Hastanın Solunum yolu kontrol edilmeli ve düzenli olarak aspire edilmelidir (Sargent S 2006, Fitzpatric E 2010, Akdemir N 2011, Kanıcı HA 2011, Vilstrup H 2014, Yadav A 2015, Riggio O 2015)

### **Kaşıntı**

Kaşıntı, primer biliyer siroz (PBC), primer sklerozan kolanjit (PSC), gebeliğin intrahepatik kolestazi (İCP) ve kalıtsal kolestatik sendromlar gibi kolestatik hepatobiliyer hastalıkları olan hastalar tarafından sıklıkla bildirilmektedir ve neredeyse diğer tüm karaciğer hastalıklarında görülen bir semptomdur. Farklı karaciğer hastalıkları arasında kaşıntı prevalansı belirgin olarak değişmektedir (Erkan T. 2003, Koulentaki M ve ark. 2006, Geenes V 2009, Tümgor G. 2016).

Kaşıntı, ciltte ya da mukoz membranlarda hafif irritasyon, ovma hissi ya da gıdıklanma hissinden ciddi sıkıntı hissine kadar farklılıklar gösterebilen rahatsız edici bir histir. Kaşıntı, özellikle şiddeti ile doğrudan ilişkili olmakla birlikte uyku kalitesini, sosyal yaşamı, iş hayatını ve sonuç olarak yaşam kalitesini olumsuz etkilemesi nedeniyle önem taşımaktadır (Murphy ME 2002, Seccareccia D 2003, Bernhard JD 2005). Kolestazda kaşıntı için tedavi seçenekleri (Tablo 4), birkaç kanıt dayalı deneysel ve girişimsel tedavi ile sınırlı kalmaktadır (Beuers U et al. 2009). Terapötik girişimler öncelikle altta yatan hepatobiliyer hastalığın tedavisine yöneliktir.

**Tablo 5.** Kolestazda Pruritus Tedavisi İçin Güncel Tedavi Önerileri

Yaklaşım	İlaç	Dozaj	Kanıt düzeyi
	Ursodeoxycholic acid (UDCA)	10—15 mg/kg/d (po)	I/B1
1.sırada	Cholestyramine	4—16 g/d (po)	II-2/B1
2.sırada	Rifampicin	300—600 mg/d (po)	I/A1
3.sırada	Naltrexone	50 mg/d (po)	I/B1
4.sırada	Sertraline	100 mg/d (po)	II-2/C2

Kaşıntıda terapötik yaklaşımların mantığı: Hafif pruritusta kolestimamin, kolestivöl ve kolesevelam gibi emilemeyen, anyon değiştiriciler veya nazobilyer ve transkütan drenaj veya dış biliyer diversiyon gibi müdahalelerle pruritojeni enterohepatik döngüden çıkarmak; Rifampisin gibi enzim indükleyicilerinin biyotransformasyonu ile karaciğer ve / veya bağırsakta öngörülen pruritojenler metabolizmasını değiştirmek; Seçici serotonin geri alım inhibitörleri vasıtasıyla endojen opioidergik ve serotonerjik sistemi etkileyerek merkezi kaşıntı sinyalini değiştirmek ve anyon emilimi, plazmaferez veya ekstrakorporeal albumin diyalizi gibi invaziv yöntemlerle sistemik dolaşımdan potansiyel pruritojen(ler)i çıkarmaktır (Kremer AE et al. 2011).

Hemşireler kaşıntının yönetiminde; cilt değerlendirmesi yapmalı, cildi kaşıma izi, enfeksiyon belirti ve bulguları, kuruluk, kızarıklık yönünden değerlendirmeli, kaşıntının şiddet, başlangıç, lokasyon ve yaygınlaşma paterni açısından ayrıntılı tanılanmasını yapmalıdır. Alkol veya parfüm içeren nemlendiricilerden uzak durulması, hastanın durumuna uygunluğu değerlendirilerek %0.25-1 oranında mentollü nemlendiricilerin uygulanması (cilde soğukluk ve ferahlık sağlayarak kaşınma hissini hafifletebileceği için) banyoda sabun yerine nemlendirici losyonlar kullanılması, soğuk kaşıntının azalmasına yardımcı olabileceği düşünülerek, kaşınan bölgeye gerekirse soğuk, nemli kompresler uygulanması konusunda hasta ve aile eğitimi de gerçekleştirilmelidir (Van Os-Medendorp H 2007, Roh YS 2007).

### **Son Dönem Karaciğer Hastalıklarında Yaşam Sonu Planlaması**

Son Dönem Karaciğer Hastalıklarında bakım hedefleri ve ileri direktifler kansere göre daha az gündeme getirilmektedir. SUPPORT çalışması sonuçlarına göre SDKH bireylere sorulduğunda %66 oranında Kardiy Pulmoner Resusitasyon (KPR) istediğini bildirmiştir. Üç ayrı merkezde yürütülen çalışma sonuçlarına göre, SDKH hastalarının % 16'sının, metastatik akciğer kanseri olan hastaların % 47'sinin Resüstasyon yapma (DNR) direktifi verdiği saptanmıştır. İyileştirici tedavileri takip eden ve transplantasyon bekleyen hastalarla ileri direktifler konusunda değerlendirme yapılması konusunda tartışmalar vardır. Bunlara rağmen SDKH da hepatik ensefalopati gelişme riski olması ve hepatik ensefalopati gelişmesi durumunda karar verme sürecini etkileyeceği için ileri direktiflerin zaman kaybetmeden hastalarla görüşülmesi önerilmektedir (Roth K 2000, Freeborne N 2000, Bramstedt KA 2008).

National End of Life Care Programme verilerine göre İngiltere'de karaciğer hastalıklarından ölen bireylerin %70 i hastanede kompleks yaşam sonu bakım gereksinimleri ile ölmektedirler (National End of Life Care Intelligence Network 2012).

Yaşam sonu bakımında iyi bir semptom kontrolünün sağlanması ve hastaların ölüm yeri tercihlerinin alınması için hastaların prognozları doğrultusunda tanınması yapılmalıdır.

## SONUÇ

Son Dönem Karaciğer Hastalıkları yaygın ve yönetmesi güç olan semptomları bünyesinde barındırmaktadır. Bu nedenle tedavinin potensiyel etki ve yan etkileri açısından iyi değerlendirilmeli, mevcut semptomların daha da kötüleşmesi veya yeni semptomların ortaya çıkması engellenmelidir. Hemşireler son dönem karaciğer hastalıklarının yaygın neden ve komplikasyonları konusunda bilgi sahibi olmalı ve palyatif bakımda karmaşık semptom yönetimi sürecinde hasta gereksinimlerini tanımalı ve diğer sağlık bakım profesyonelleri ile iletişim içinde olarak hastaların yaşam kalitesini optimum düzeyde tutacak şekilde bakım vermelidir.

## KAYNAKÇA

- Akdemir N. Sindirim sistemi hastalıkları ve hemşirelik bakımı. İçinde N. Akdemir, L. Birol (Ed.), İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı, Genişletilmiş 3. Baskı, Ankara, Türkiye: Sistem Ofset Baskı, 2011;ss. 607-62
- Als-Nielsen B, Gluud LL. Non-absorbable disaccharides for hepatic encephalopathy: Systematic review of randomised trials. *BMJ* 2004;328:1046.
- Benson GD, Koff RS. The therapeutic use of acetaminophen in patients with liver disease. *Am J Ther* 2005;12:133-41
- Bernhard JD. Itch and Pruritus: What are They, and How Should Itches be Classified? *Dermatol Ther* 2005; 8 (4): 288-91.
- Beuers U, Boberg KM, Chapman RW, et al. EASL clinical practice guidelines: management of cholestatic liver diseases. *J Hepatol* 2009;51:237-67
- Bjork IT, Naden D. Patients' experiences of waiting for a liver transplantation. *Nurs Inq* 2008;15:289-298.
- Bramstedt KA: Hoping for a miracle: Supporting patients in transplantation and cardiac assist programs. *Curr Opin Support Palliat Care* 2008;2:252-55
- Brown J, Sorrell JH. Waiting for a liver transplant. *Qual Health Res* 2006;16:119-36.
- Chandok N, Watt KD. Pain management in the cirrhotic patient: the clinical challenge. *Mayo Clin Proc.* 2010;85(5):451-8.
- Chaudhuri A, Behan PO. Fatigue in neurological disorders. *Lancet* 2004;363:978-88
- Dbouk N, McGuire BM. Hepatic encephalopathy: a review of its pathophysiology and treatment. *Curr Treat Options Gastroenterol* 2006;9:464-74.
- Dooley JS, Lok A, Burroughs AK, Heathcote J. (Eds.) *Sherlock's diseases of the liver and biliary system.* John Wiley & Sons. 2011
- Erkan T. Kolestazda kaşıntı Derleme. *Türk Pediatri Arşivi*, 2003;38(2).
- Everhart JE, Ruhl CE. Burden of digestive diseases in the United States Part III: Liver, biliary tract, and pancreas. *Gastroenterology*, 2009;136(4), 1134-44

- Fitzpatric E. Assesment and Management of Patients with Hepatic Disorders. In, S. Smeltzer, B. Bare (Ed.), Brunner&Suddarth's Textbook of Medical Surgical Nursing. China: Wolters Kluver, 2010;pp. 1074-122
- Freeborne N, Lynn J. Insights about dying from the SUPPORT project. The Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatments. *J Am Geriatr Soc* 2000;48:S199–205.
- Geenes V, Williamson C. Intrahepatic cholestasis of pregnancy. *World J Gastroenterol* 2009;15:2049-66.
- Ginès P, Cárdenas A, Arroyo A, et al. Management of Cirrhosis and Ascites. *N Engl J Med* 2004;350:1646-54.
- Gordon FD. Ascites *Clin Liver Dis.* 2012;16(2):285–99.
- Heitkemper MM, Croghan A, Cox-North P. (2007) L. Bucher (Ed.), *Medical-Surgical Nursing: Assessment and Management Of Clinical Problems*, United States of America: Elsevier, 2007;pp. 1110-114
- Jones DE, Bhala N, Burt J, et al. Four year follow up of fatigue in a geographically defined primary biliary cirrhosis patient cohort. *Gut* 2006;55:536–41
- Jost L, Roila F. Management of cancer pain: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Annals of Oncology* 2010; 21: 257-60.
- Kalaitzakis E, Josefsson A, Castedal M, et al. Factors related to fatigue in patients with cirrhosis before and after liver transplantation. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2012;10:174–81
- Kanıcı HA, Erol HH, Parlak HAK, et al. *Gastroenteroloji Hastalıkları Hemşirelik Bakım Rehberi*, 2011;1-47
- Kanwal F, Hays RD. Are physician-derived disease severity indices associated with health-related quality of life in patients with end-stage liver disease? *Am J Gastroenterol* 2004;99:1726–32.
- Kaptan G, Dedeli O. Sindirim Sistemi Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. İçinde Temel İç Hastalıkları Hemşireliği. Birinci Baskı, İstanbul, Türkiye: İstanbul Tıp Kitabevi, 2012;ss. 263-320
- Kim SH, Oh EG. Symptom experience in Korean patients with liver cirrhosis. *J Pain Symptom Manage* 2006;31:326–34
- Kinoshita H, Maeda I, Morita T, et al. Place of death and the differences in patient quality of death and dying and caregiver burden. *J Clin Oncol.* 2015 Feb;33(4):357-63
- Koulentaki M, Ioannidou D, Stefanidou M, et al. Dermatological manifestations in primary biliary cirrhosis patients: a case control study. *Am J Gastroenterol* 2006;101:541-6.
- Kremer AE, Elferink RPO, Beuers U. Pathophysiology and current management of pruritus in liver disease. *Clinics and research in hepatology and gastroenterology*, 2011;35(2), 89-97.
- Larson AM. Palliative care for patients with end-stage liver disease *Curr Gastroenterol Rep.* 2015 May;17(5):440.
- Martin SC, Stone AM. Medical, personal, and social forms of uncertainty across the transplantation trajectory. *Qual Health Res* 2010;20:182–96.
- Moore KP, Wong F, Gines P, et al. The management of ascites in cirrhosis: report on the consensus conference of the International Ascites Club. *Hepatology* 2003; 38: 258-66.
- Murphy ME. Pruritus. In: Kuebler KK, Esper P, eds. *Palliative Practices From A-Z for the Bedside Clinician*, 2 st ed. Oncology Nursing, Pitshburg PA, ONS Press, 2002. p.223-8.

- National End of Life Care Intelligence Network Deaths From Liver Disease: Implications for End of Life Care in England. London: NEoLCIN. 2012.
- Öztürk O, Tuncer İ, Doğanay L, Yorulmaz E, Çolak Y, Yılmaz E, F. Sirozlu hastalarımızda hepatik ensefalopati'yi tetikleyici faktörler. *MEDENİYET MEDICAL JOURNAL*, 2010;25(4),164-8.
- Paice J, Ferrel B. The management of cancer Pain. *Cancer Journal for Clinicians* 2011; 61: 157-182
- Peng JK, Hepgul N, Higginson IJ, et al. Symptom prevalence of patients with end-stage liver disease: a systematic review. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 2016;6(3), 401-2.
- Poonja Z, Brisebois A. Patients with cirrhosis and denied liver transplants rarely receive adequate palliative care or appropriate management. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2014; 12:692–8.
- Potosek J, Curry M, Buss M, et al. Integration of palliative care in end-stage liver disease and liver transplantation. *Journal of palliative medicine*, 2014;17(11), 1271-77.
- Rakoski MO, Volk ML. Palliative care for patients with end-stage liver disease: An overview. *Clinical Liver Disease*, 2015;6(1), 19-21.
- Rhee C, Broadbent AM. Palliation and liver failure: palliative medications dosage guidelines. *JPalliatMed*.2007;10(3):677–85
- Riggio O, Nardelli S, Gioia S, Lucidi C, Merli M. Management of Hepatic Encephalopathy As an Inpatient. *Clinical Liver Disease*, 2015;5(3):79-82
- Roh YS, Cho H, Oh JO, Yoon CJ. Effects of skin rehabilitation massage therapy on pruritus, skin status, and depression in burn survivors. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 2007;37(2), 221-26.
- Roth K, Lynn J. Dying with end stage liver disease with cirrhosis: Insights from SUPPORT. *J Am Geriatr Soc* 2000; 28:S122–130.
- Sanchez W, Talwalkar JA. Palliative care for patients with endstage liver disease ineligible for liver transplantation. *Gastroenterol Clin North Am*. 2006;35(1):201–19.
- Sargent S. The Management and Nursing Care of Cirrhotic Ascites. *British Journal of Nursing*, 2006;15(4):212-19
- Scaglione S, Kliethermes S, Cao G, et al. The epidemiology of cirrhosis in the United States: a population-based study. *J Clin Gastroenterol*. 2014;8.
- Schug S, Chandrasena C. Pain management of the cancer patient. *Expert Opinion on Pharmacotherapy* 2015; 16 (1): 5-15.
- Seccareccia D, Gebara N. Pruritus in PalliativeCare. *Can Fam Physician* 2011; 57: 1010-3. 5.
- Shaheen NJ, Hansen RA. The burden of gastrointestinal and liver disease. *Am J Gastroenterol* 2006;101:2128–2138.
- Shawcross D, Jalan R. The pathophysiologic basis of hepatic encephalopathy: central role for ammonia and inflammatio. *Cell Mol Life Sci* 2005;62:2295-304.
- Sonsuz A. Karaciğer sirozunda hasta takibi ve klinik sorunlar. Dobrucalı A, Tetikkurt C (editörler). *Türkiye'de Sık Karşılaşılan Hastalıklar II. Sindirim Sistemi Hastalıkları, Akciğer Kanserine Güncel Yaklaşım Sempozyum Dizisi No: 58*. İstanbul: Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları, 2007; 99-112.
- Swain MG. Fatigue in liver disease: pathophysiology and clinical management. *Canadian Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 2006;20(3), 181-88.
- Tümgör G. Kolestaz ve Kaşıntı: Progresif Familyal İntrahepatik Kolestaz?. *Journal of Current Pediatrics/Güncel Pediatri*, 2016;14(2).

- Van Os-Medendorp H, Ros WJG, Eland-de Kok PCM, et al. Effectiveness of the nursing programme 'Coping with itch': a randomized controlled study in adults with chronic pruritic skin disease. *British Journal of Dermatology*; 2007;156(6),1235-44.
- Verbeeck RK. Pharmacokinetics and dosage adjustment in patients with hepatic dysfunction. *Eur J Clin Pharmacol* 2008;64:1147-1161.
- Vilstrup H, Amodio P, Bajaj J, et al. Hepatic encephalopathy in chronic liver disease: 2014 practice guideline by the American Association for the Study of Liver Diseases and the European Association for the Study of the Liver. *Hepatology* 2014;60(2):715-35.
- WHO Definition of Palliative Care. 2014
- Wright G, Jalan R. Management of hepatic encephalopathy in patients with cirrhosis. *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology*. 2007;21:95-11
- Yadav A, Vargas HE. Care of the Patient with Cirrhosis. *Clinical Liver Disease*, 2015;5(4):100-104

## ROMATOİD ARTRİTTE SEMPTOM YÖNETİMİ VE HEMŞİRELİK

### SYMPTOM MANAGEMENT AND NURSING IN RHEUMATOID ARTHRITIS

Arş. Gör. Simge KALAV\* Prof. Dr. Hicran BEKTAŞ\*

\*Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği AD.

Geliş Tarihi/Received: 27.03.2018

Kabul Tarihi/ Accepted: 01.08.2018

---

### ÖZ

Romatoid artrit çok sayıda sinovial eklemi etkileyebilen kronik, enflamatuvar ve sistemik romatizmal bir hastalıktır. Hastalık yönetiminde fonksiyonel kapasitenin ve günlük yaşam aktivitelerinin iyileştirilmesi hedeflenmektedir. Hastalığa yönelik tedaviler birçok yan etkiyi beraberinde getirebilmektedir. Hasta gereksinimlerine göre planlanan hemşirelik girişimlerinin semptom yönetiminde olumlu etkisi olabilmektedir. Bu nedenle farmakolojik ve nonfarmakolojik stratejilerin kullanımı her hasta için ayrı ele alınmalıdır. Bütüncül değerlendirmeler, uygun öneriler, farmakolojik tedavilerin etki ve yan etkilerinin izlenmesi, nonfarmakolojik ve kanita dayalı uygulamalar yoluyla, hemşireler hastaları mümkün olduğunca uzun bir süre güvenli ve fiziksel olarak aktif tutmaya, semptomlarını azaltmaya ve yaşam kalitelerini artırmaya yardımcı olabilirler. Hastaların en iyi bakımı alabilmeleri için, primer ve sekonder bakıma yönelik multidisipliner ekip tarafından gerçekleştirilen etkin işbirliği önemlidir. Multidisipliner ekibin kilit üyeleri olarak hemşirelerin, hastaların romatoid artrit ve etkileri konusundaki farkındalık düzeylerini artırmaları yoluyla daha etkili bir hasta bakımı sağlayabilecekleri düşünülmektedir. Bu nedenle romatoid artritli olan bireylerin hastalıkla baş edebilme becerilerini geliştirmelerine yardımcı olabilecek hasta odaklı girişimlerin sunulması önem taşımaktadır.

Bu derleme makalenin amacı romatoid artrit ile ilişkili tedavi ve semptom yönetiminde hemşirenin rol ve sorumluluklarını ayrıntılı bir şekilde ele almaktır. Derleme kapsamında romatoid artrit, hastalık ve tedavi ile ilişkili semptomlarla başetmeye yönelik önerilere yer verilmiş ve hastalık süreciyle ilgili hemşirelik girişimleri hakkında kapsamlı bilgiler paylaşılmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Romatoid Artrit, Semptom, Yönetim, Hemşirelik

## ABSTRACT

*Rheumatoid arthritis is a chronic, inflammatory and systemic rheumatic disease that can affect numerous synovial joints. The development of functional capacity and daily living activities in disease management is targeted. Treatments for the disease can bring about many side effects. Nursing interventions planned according to patient needs can have a positive effect on symptom management. Therefore, the use of pharmacological and nonpharmacologic strategies should be considered separately for each patient. Through holistic assessments, appropriate recommendations, monitoring the effects and side effects of pharmacological treatments, non-pharmacological interventions and evidence-based practices, nurses can help keep patients safe and physically active for as long as possible, reduce their symptoms and improve their quality of life. Effective co-operation by the multidisciplinary team for primary and secondary care is important to ensure that patients receive the best care. As key members of the multidisciplinary team, nurses are thought to be able to provide more effective patient care by increasing the level of awareness of patients about rheumatoid arthritis and its effect. Therefore, it is important to present patient-focused interventions that can help individuals with rheumatoid arthritis develop their ability to cope with disease.*

*This review is intended to elaborate on the role and responsibilities of the nurse in managing the treatment and symptom associated with rheumatoid arthritis. The review included suggestions for dealing with rheumatoid arthritis, disease and treatment-related symptoms, and provided comprehensive information on nursing interventions related to the disease process.*

**Keywords:** Rheumatoid Arthritis, Symptom, Management, Nursing

## GİRİŞ

Romatoid artrit (RA), primer olarak eklemleri tutabilen, kronik seyirli, nedeni kesin olarak bilinmeyen, enflamatuvar ve sistemik otoimmün bir hastalıktır (Pehlivan ve ark. 2015, Stanmore 2015, Ben-Hadj-Mohamed ve ark. 2017). RA etiyolojisinde genetik, cinsiyet, yaş, gebelik, sigara, obezite, çevresel faktörler, immün sistem ve enfeksiyöz ajanların önemi vurgulanmaktadır (Özsoy ve ark. 2006, Uyar ve ark. 2011, Çil Akıncı ve Coşar Çetin 2017, Mayo Clinic). RA dünya genelinde %1 oranında, kadınlarda erkeklerden 2-3 kat daha fazla görülmektedir (Smeltzer ve ark. 2010).

Romatoid artrit patogeneğinde hem hümmoral hem de hümmresel bağışıklık mekanizmalarının rol oynadığı belirtilmektedir (Hamuryudan 2007). Hastalık, eklem sinovyasında inflamasyona ve proliferasyona neden olarak başlamakta, zamanla sinovya da pannüs formasyonu oluşturarak kırık daktaki kemik doku ve komşu diğerk dokularda yıkıma ve sonuçta da eklemde şekil bozukluklarına ve kas hareketlerinde azalmaya yol açabilmektedir (Smeltzer ve ark. 2010, Dündar 2012).

Hastalığın belirgin özellikleri enflamasyon, ağrı, azalmış fonksiyon seviyeleri ve morbidite artışıdır (Walker 2012). Hastaların büyük çoğunluğunda birkaç haftaya yayılmış sinsi bir başlangıç söz konusu olup, bu süre içerisinde hafif bir ateşin de eşlik ettiği halsizlik, yorgunluk, kilo kaybı ve bir veya birkaç küçük eklemde ağrı görülebilmektedir. Ağrılı, şiş, kızarık, sıcak eklemlemler genellikle inflamatuvar sinovitin en aktif fazında görülmektedir. En çok tutulan eklemlemler el ve el bilekleri, ayaklar,



dirsek ve diz eklemleri olarak belirtilmektedir. Semptomlar genellikle simetrik ve her iki tarafta özellikle sabahları görülmektedir. Hastaların %25'inde hastalığın çok ilerlediği dönemlerde romatoid faktörü pozitif olan hastalarda romatoid nodüller görülebilmektedir. Halsizlik, yorgunluk, hafif ateş gibi non-spesifik belirtiler bazen hastalığın ilk bulgusu olabildiği gibi, kardiyovasküler sistem, hematolojik sistem, karaciğer, solunum sistemi, göz, kas, böbrek, tükrük bezleri ve nörolojik sistem tutulumları da olabilmektedir. Diğer yandan osteoporoz, Sjögren sendromu (kuru gözler ve kuru mukoz membranlar) arterit, vücut yağlarında artışa bağlı kilo alımı, karpal tünel sendromu, lenfoma gibi komplikasyonlar da görülebilmektedir. (Keşkek 2004, Hamuryudan 2007, Hatemi ve Yazıcı 2009, Smeltzer ve ark. 2010, Uyar ve ark. 2011, Mayo Clinic).

Romatoid artrit tanısında laboratuvar bulguları, radyolojik bulgular ve fizik muayene önem taşımakta, ayrıca kilo kaybı, nörolojik değişiklikler, lenf nodu büyümesi ve halsizlik gibi eklem dışı belirtiler olabilmektedir. Fizik muayenede eklemlerde çift taraflı ve simetrik sertlik, hassasiyet, şişlik, ısı artışı ve romatoid nodüller görülmektedir. Hastaların  $\frac{3}{4}$ 'ünde romatoid faktör pozitifliği görülebilmekte, ancak tek başına tanı için yeterli bulunmamaktadır. Eritrosit sedimentasyon hızı artışı, kırmızı kan hücresi ve C4 düzeyi düşüğü, C reaktif protein ve antinükleer antikor (ANA) pozitifliği görülebilir. Artrosentezde sinoviyal sıvıda inflamatuvar bulgular olabilmektedir. X-Ray ile kemik erozyonları ve daralmış eklem boşlukları görülmektedir. Üç yılda bir çekilen X-Ray ile hastalık ilerlemesi takip edilmelidir. Ultrason ve manyetik rezonans görüntüleme yapılabilir (Smeltzer ve ark. 2010).

Romatoid artrit tedavisi nonsteroid antiinflamatuvar ilaçlar (NSAİİ), kortikosteroidler, hastalık modifiye edici anti-romatizmal ilaçlar (disease modifying anti-rheumatic drugs / DMARD) ve biyolojik ajanlardan oluşmaktadır (Savran ve Akkoç 2005, Walker 2012). RA etkilerini azaltmaya yönelik kullanılan mevcut tedavilerle hastalığın kontrolünü sağlamak her zaman mümkün olmamakta ve bu tedaviler birçok yan etkiyi beraberinde getirmektedir. Yaşanan semptomlar nedeniyle RA yaşam kalitesi üzerinde belirgin bir etkiye neden olmaktadır. Bu nedenle multidisipliner bir ekibin hastanın bağımsızlığını sürdürmeye ve işlevlerini optimum düzeyde tutmaya yönelik bir bakım sağlaması gerekli görülmektedir (Tracey 2017).

Multidisipliner ekibin önemli bir üyesi olan hemşire RA yönetiminde ağrı, eklem hasarı ve diğer sorunlara yönelik profesyonel öneriler sunabilmelidir (Walker 2012). RA'lı hastaların özyönetimleri konusunda belirttikleri en önemli destek gereksinimleri daha fazla bilgi desteği, sosyal destek, uygulama / beceri desteği ve duygusal destek olarak belirtilmektedir. Yeni tanı konulan hastaların hastalık, ilaç tedavisi, ağrı ve yorgunluk semptomlarının rahatlatılmasına yönelik bilgi ve eğitim gereksinimleri oldukça fazladır. Hasta gereksinimlerine göre planlanan hemşirelik girişimlerinin semptom yönetiminde olumlu etkileri olabilmektedir (Walker 2012, Zuidema ve ark. 2015). Bu derleme makalenin amacı RA'da semptom yönetimi ve hemşirenin sorumluluklarını ayrıntılı bir şekilde ele almaktır.

## Hastalık Semptomları ve Yönetimi

### Ağrı

Ağrı RA'lı hastaların en önemli sorunlarından biridir (Edwards ve ark. 2006; Gök Metin ve Özdemir 2016a). Hastalık ilerledikçe eklemi destekleyen ve dengede tutan kaslar, bağlar ve tendonlar zayıflamakta ve normal işlev göremez hale gelebilmektedir. Bu etkiler, RA'da sık görülen ağrı ve eklem hasarına neden olabilmektedir (Masatlıoğlu 2017).

Ağrı kontrolünün yetersiz olması durumunda analjezik kullanımı, bu amaçla oral NSAİİ veya Siklooksijenaz-2 (COX-2) inhibitörlerinin, mümkün olan en kısa sürede en düşük etkili dozda (bir protein pompa inhibitörü ile birlikte) kullanılması önerilmektedir (İngiltere Ulusal Sağlık ve Klinik Mükemmellik Enstitüsü / National Institute for Health and Clinical Excellence / NICE 2009). Ağrılı eklem kortikosteroid enjeksiyonlarının kullanımı, hastalık alevlenmesinde rahatlatma sağlayabilmektedir (Walker 2012).

Ağrı kontrolünde transkutanöz elektriksel sinir stimülasyonu (TENS), masaj veya akupunktur gibi non-farmakolojik tedavilerin kullanılmasının ek bir yarar sağlayabileceği, ancak geleneksel tedaviye bir alternatif olarak önerilmemesi gerektiği vurgulanmaktadır (Walker 2012). Osteoartrit veya RA'lı hastalarda ağrı ve fonksiyonel durum üzerinde tek başına bir tedavi olarak masajın etkisinin incelendiği bir sistematik derlemede, masaj tedavisinin diğer tedavi şekillerinden daha etkili olduğuna yönelik net sonuçlara ulaşılamadığı saptanmıştır (Nelson ve ark. 2017). Hemşireler hastalara kendi kendilerine masaj yaparken herhangi bir acı hissetmeleri durumunda masajı bırakmaları, çok şişmiş veya ağrılı bir eklem masajı yapmamaları, ellerin cildin üzerinde rahatça kaymasına yardımcı olmak için losyon veya yağ kullanmaları, profesyonel masaj yaptırmaları durumunda masaj terapistinin artritli bireylerle çalışma deneyimine sahip olduğundan emin olmaları konusunda önerilerde bulunabilirler (Arthritis Foundation). Hemşirelerin RA'da kullanabilecek tamamlayıcı alternatif tedavi yöntemleri ile RA hastalarının semptom yönetimine önemli katkılar sağlayabilecekleri vurgulanmaktadır (Gök Metin ve Özdemir 2016a). Yapılan randomize kontrollü çalışma sonuçlarına göre, aromaterapi masajı ve refleksolojinin RA hastalarında ağrıyı azalttığı saptanmıştır (Gök Metin ve Özdemir 2016b, Bakir ve ark. 2018). Transkutanöz elektriksel sinir stimülasyonu tedavisi, ağrılı bölgedeki sinirlere hafif elektrik sinyallerini yönlendiren küçük bir cihaz içermektedir. Bazı TENS türleri, büyük sinirlerin uyarılması yoluyla ağrı uyarılarını bloke etmekte, bazıları ise vücudun endorfin salgılamasını sağlamaktadır. Ağrının hafifleme düzeyi bireye göre değişiklik göstermektedir (Arthritis Foundation). Tai Chi terapisinin stresi ve ağrıyı azalttığı bildirilmektedir (Mayo Clinic).

Gevşeme, yönlendirilmiş imgeleme ve bilişsel başa çıkma becerileri gibi psikolojik alandaki girişimlerin kullanılması hastalığın yönetiminde bir araç olarak düşünülebilmektedir (Walker 2012). Randomize kontrollü bir çalışma sonucunda, relaksasyon tabanlı yoga programının RA ile ilgili ağrısı olan hastalar için uygulanabilir ve güvenli olduğu bulunmuştur (Ward ve ark. 2018).

Biyofeedback yönteminde vücudun stres ve ağrıya karşı tepkisinin daha fazla farkında olunmasına yardımcı olmak için, hassas elektrikli ekipmanlar kullanılmaktadır. Cihazlar kalp atış hızı, kan basıncı, cilt sıcaklığı ve kas gerginliğini izlemekte ve tepkilerin ayarlanmasına izin vermektedir. Biyofeedback, vücut gergin veya rahat olduğunda hastanın ne hissettiğini anlayabilmesine yardımcı olmaktadır (Arthritis Foundation). Yapılan bir çalışmada, juvenil RA hastalarında elektromiyografi biyofeedback eğitiminin 12 haftalık süreçte ağrıyı anlamlı şekilde azalttığı saptanmıştır (Eid ve ark. 2016).

Ağrının bireyin yaşam kalitesini etkileyen, fiziksel ve ruhsal sorunların ortaya çıkmasını kolaylaştıran önemli bir etken olması nedeniyle, erken dönemde belirlenerek uygun yaklaşımlarla ele alınması ve hastaya ağrıyla baş etme yöntemlerinin öğretilmesi önemli hemşirelik girişimleri arasındadır (Hindistan ve Ergüney 2008). Ağrı yönetiminde sıcak-soğuk uygulama yöntemleri kullanılabilir. Soğuk uygulama (örneğin, buz kalıbı) enflamasyonu, şişliği ve sertliği azaltarak eklem ağrısını hafifletebilmektedir. Sıcak uygulama kasların gevşemesini ve kan dolaşımını desteklemektir. Kuru sıcak uygulama, ısıtıcı yatak, ısıtıcı lamba, ılık duş, ısıtılmış havlu, parafin mumu, nemli ısı uygulaması gibi girişimler önerilmektedir. Sıcak veya soğuk uygulama öncesi, ciltte kuruluk, kesik ve yara bulunmadığından emin olunmalı, gözle görülebilir bir deri hasarı varlığında parafin mumu banyosu gibi uygulamalar gerçekleştirilmemeli, cildi yaralanmaya karşı korumak için havlu kullanılmalıdır. Sıcak-soğuk uygulamalar sonrasında girişim yapılan bölge dikkatlice kurulmalı, renk değişikliği ve şişme gibi belirtiler açısından cilt kontrol edilmelidir. Uygulamalar tekrarlanmadan önce cildin normal sıcaklığına ve rengine dönmesine izin verilmelidir (Arthritis Foundation, Mayo Clinic).

Hemşireler eklemlerin akılcıca kullanılması konusunda hastalara aşağıdaki önerilerde bulunabilirler (Arthritis Foundation):

- Bükme, kaldırma, uzanma, oturma ve ayakta durma için uygun yöntemler kullanılması,
- Eklemlere zarar veren aktivitelerden kaçınılması, etkilenen eklemler üzerine daha az baskı uygulamayı sağlayan kavanoz açıcılar, fermuar çekeceği gibi yardımcı cihazlar kullanılması,
- Doktorun veya fizyoterapistin / iş-uğraşı terapistinin önerileri doğrultusunda ağrıyı azaltmak ve rahatlamayı sağlamak için eklemleri sabitleyici ve destekleyici cihazlar kullanılması,
- En büyük ve en güçlü eklem ve kasların kullanılması,
- Nesnelere kaldırırken veya taşıırken, bir eklem veya vücudun bir bölgesine çok fazla basınç uygulanmasını önlemek için her iki kolun da kullanılması,
- Eklemleri aynı pozisyonda tutmak, sertlik ve ağrıya neden olabilmektedir. Uzun süre aynı pozisyonda kalmaktan kaçınılması ve sık sık pozisyon değiştirilmesi anlatılabilir.

Ağrı yönetiminde bir diğer önemli konu fiziksel aktivitedir. Düzenli fiziksel aktivite ağrının etkili bir şekilde yönetilmesine yardımcı olabilmektedir. Egzersiz ile genel sağlık düzeyi ve artrit semptomları iyileştirilebilmektedir. Egzersiz eklem hareketliliğini tutmakta, eklem çevresindeki kasları güçlendirmekte, kemik gücünü ve sağlığını korumakta, günlük aktivitelerin daha kolay gerçekleştirilmesine yardımcı olmaktadır. Ayrıca egzersiz enerji düzeyini artırmakta, uyku kalitesini iyileştirmekte, kilo kontrolüne yardımcı olmakta, kalbin güçlenmesine katkı sağlamakta, öz saygıyı artırmakta ve iyi olma halini desteklemektedir (Arthritis Foundation).

### **Yorgunluk**

Yorgunluk doğrudan ağrı, uyku bozukluğu, hastalık süreciyle ilişkili depresyon veya düşük moral düzeyi gibi olası psikolojik faktörler ile ilişkili olabilmektedir. Hastanın öz bildirim yoluyla yorgunluğun gerçek kapsamı belirlenebilmesine rağmen, yorgunluk hastalar tarafından gönüllü olarak bildirilen bir semptom olmayabilmektedir. Yararlı olabilecek yorgunluğu yönetme stratejileri arasında enerji koruma teknikleri, bilişsel davranış teknikleri veya düşük etkili aerobik egzersizler yer almaktadır (Neill ve ark. 2006, Repping-Wuts ve ark. 2009, Walker 2012). Aerobik aktivite, iyi hissettiren kimyasalları (endorfinleri) artırmakta, ağrı yönetimine katkı sağlamakta ve uyku kalitesini ve ruh halini iyileştirebilmektedir. Aerobik aktivite yürüyüş, yüzme, su aerobiği ve zorlayıcı olmayacak şekilde veya düz arazide bisiklet sürmeyi içermektedir. Hastalar haftada beş gün 30 dakika aerobik aktivite yapmaya teşvik edilmelidir. Tek seferde 30 dakika aktiviteyi gerçekleştiremeyen hastalara, etkinliği tüm güne yayarak 10 dakikalık aralıklarla yapmaları, 10 dakikalık süreyi ileriki dönemlerde 15 dakikaya çıkartmayı hedeflemeleri önerilebilir. Güçlendirme egzersizleri ise hafif el ağırlıkları, direnç bantları, havuz egzersizleri ya da pilatesi içermektedir. Hastalar haftalık rutinlerinde kas güçlendirici egzersizleri yapmaya çalışmalarını konusunda teşvik edilmelidir. Esneklik ve denge geliştirici egzersizler Tai chi veya yoga gibi aktiviteleri, geriye doğru yürümeyi veya tek ayak üstünde ayakta durmayı içermektedir. Bu egzersizleri güçlendirme egzersizleri ile karıştırarak her gün yapmaları konusunda hasta yönlendirilmelidir. İncinmeyi önlemeye yönelik kasların her zaman ısınmışken esnetilmesi vurgulanmalıdır (Arthritis Foundation). Aromaterapi ve refleksoloji gibi alternatif tedavi yöntemlerinin de yorgunluğu azaltmada etkili olduğu saptanmıştır (Gok Metin ve Ozdemir 2016b). Hemşireler enerjinin korunması ile ilgili hastalara aşağıdaki önerilerde bulunabilirler (Arthritis Foundation):

- Dinlenme ve aktivite yapma arasında denge kurulması,
- Vücudun gösterdiği sinyallerin öğrenilmesi, gereksinim duyulduğunda mola verilmesi,
- Programın, iyi hissedilen zamanlarda bile dinlenme ile ilgili alternatif aktivitelere göre planlanması,
- Çalışmanın basitleştirilmesi, önceden plan yapılması, organize olunması ve kısayollar kullanılması,
- Gereksinim duyulduğunda aileden veya arkadaşlardan yardım istenmesi,

- İyi bir uyku ile enerjinin geri kazanılabildiği ve ağrının daha iyi yönetebildiğinin bilinmesi (Kaliteli bir uyku, ağrı ve şişliği azaltarak eklemlerin dinlenmesini ve enerjinin korunmasını sağlamaktadır. Öğle yemeği sonrası yorgunluk hissedilirse 15-20 dakika kestirerek enerji geri kazanılabilir. Geceleri uyumakta zorluk çekilirse, öğleden sonraları kestirmek yerine dinlenme denenebilir). Kaliteli uyku için aşağıdaki öneriler yer almaktadır:
  - Düzenli olarak orta derecede fiziksel egzersiz yapılması,
  - Yatmadan önce egzersiz yapmaktan kaçınılması,
  - Özellikle günün geç saatlerinde alkol ve kafein tüketiminden kaçınılması,
  - Düzenli bir uyku programı oluşturulması, (hafta sonlarında bile, her gün aynı saatte yataktan kalkmak önem taşımaktadır),
  - Yatmadan önce ılık bir banyo yapılması,
  - Yatıştırıcı müzik dinlenilmesi,
  - Yatmadan önce huzur verici şeylerle kendi kendine sakince zaman geçirilmesi,
  - Zevkli kitaplar okunması (teknik bilgiler, işle ilgili materyaller, korkutucu romanlar gibi zihni yorabilecek materyalleri incelemekten kaçınılmalıdır).
  - Doktor tavsiye etmedikçe uyku hapları kullanmaktan kaçınılması,
  - Uykusuzluk durumunda doktorla görüşülmesi gereklidir.
- Gevşeme tekniklerinin uygulanması (Ağrı deneyiminde hem fiziksel hem de duygusal stres yaşanabilmekte ve yorgunluk artabilmektedir. Ağrı ve strese bağlı kaslar gerilmekte, kalp hızı ve kan basıncı yükselebilmektedir. Gevşeme ise bu etkileri tersine çevirmeye yardımcı olabilmekte, ağrı ve yorgunluk yönetimi kolaylaşmakta ve iyi hissetmeye katkı sağlamaktadır. Gevşeme tekniklerinden biri güdülenmiş görselliktir. Bedeni ve zihni rahatlatabilecek yöntemlerden biri olan güdümlenmiş görsellik keyifli görüntülere odaklanmak için zihni kullanmaktadır. Bu yöntem yavaş ve derin nefes alarak uygulanmaya başlanmalıdır. Kendini güvenli ve rahat hissedilen bir yer düşünülmalıdır. Renkler, sesler, kokular ve duygular dahil olmak üzere tüm ayrıntılar zihinde yaratılmalıdır. Bu görüntüler zihni ağrıdan uzaklaştırıp, daha hoş bir şeye odaklanmayı sağlamaktadır. Diğer bir gevşetici teknik olan dua birçok birey için rahatlatıcıdır. RA hastaları için önerilen gevşeme tekniklerinden biri de hipnozdur. Bunun için hipnoz konusunda eğitilmiş bir sağlık profesyoneli ile birlikte çalışılması gerekmektedir.)

## **Eklem Tutulumları ile İlişkili Fonksiyon Kaybı ve Günlük Yaşam Aktivitelerinde Yetersizlik**

Ağrı, sabah sertliği, yorgunluk, eklem kısıtlılığı ve eklem şişliği gibi sık karşılaşılan ve hastalığın tipik bulguları olarak kabul edilen semptomlar hastaların fonksiyonel durumunu etkileyebilmektedir (Altınkesen 2006).

Eklem tutulumu, şekil bozukluğu yaparak zaman içinde önemli sakatlıklara yol açabilmektedir (Hamuryudan 2003). Uyku veya uzun süren bir istirahat sonrası, eklemler ve eklemlerin çevrelerinde oluşan ve sabah tutukluğu olarak tanımlanan sertlik hissinin uyku sırasında eklem içinde ödem sıvısının birikmesi sonucu geliştiği belirtilmektedir (Özsoy ve ark. 2006). Tutukluk, aktif hastalıkta günün erken saatlerinde başlayıp geç saatlere kadar devam edebilmekte ve iş gücünü etkileyebilmektedir. Başta el ve ayak eklemleri olmak üzere birçok eklemde simetrik şişlikler gelişebilmektedir. Eklem tutulumu genellikle metakarpofalengeal, proksimal interfalengeal ve metatarsfalengeal eklemlerde başlamakta ve ardından el bilekleri, dizler, dirsekler, ayak bilekleri ve kalçalar tutulabilmektedir (Keşkek 2004, Hatemi ve Yazıcı 2009).

Eklem tutulumunun yanı sıra tüm organ ve sistemlerin de olumsuz etkilenmesi nedeniyle RA hastaları, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirirken önemli sıkıntılarla karşılaşabilmektedir (Pehlivan ve ark. 2015). Semptom yönetimindeki başlangıç girişimleri arasında kapsamlı bir sağlık öyküsü edinilmesi ve kas-iskelet sistemine odaklanan fiziksel bir değerlendirme yapılması yer almaktadır. Hasta takibi, hastalığın aktif dönemlerine yönelik objektif ve subjektif bulguların sürekli değerlendirilmesini içermelidir. Değerlendirme; eklem ağrısı derecesini, sabah tutukluğunun süresini ve yorgunluğu, aktif inflamasyonlu eklemlerin varlığını ve fonksiyon sınırlamasını içermelidir. Eklem hareket açıklığının (Range of Motion / ROM) kaybolması veya azalması, instabilite ve deforme hastalığın ilerlediğini gösteren bulgulardır. Hastanın eklemlerinde ödem, nodüller ve şekil bozuklukları varlığı, günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirebilme yeteği, yürüyüş dengesi ve el becerisi de değerlendirilmelidir (Swanson ve Pfenning 2011).

Hareket açıklığını sağlamak, kas kuvveti/kas-iskelet bütünlüğünü sürdürmeye ve aynı zamanda ağrıyı rahatlatmaya yardımcı olmak ve günlük yaşam aktivitelerini geliştirmeye yardımcı olmak için terapötik egzersiz planı geliştirilmelidir. Kötü şekilde şişmiş eklemlere egzersiz uygulanmamalı ve herhangi bir eklem üzerine çok fazla baskı uygulamaktan kaçınılmalıdır. Fizyoterapistle işbirliği yapılarak ve herhangi bir fiziksel kısıtlama durumu dikkate alınarak planlanan egzersizler, bireyselleştirilmiş bir aktivite yönetimine katkı sağlayabilmektedir. Yüzme ya da yürüme gibi egzersizler oldukça yararlıdır. Yüzme ve ılık su egzersizleri sert eklemleri ve ağırlı kasları rahatlatmada etkili olabilmekte ve ROM egzersizleri uygulamayı kolaylaştırmaktadır (Swanson ve Pfenning 2011). Ev içi egzersiz programları eklem fonksiyonlarının korunması açısından oldukça yararlıdır. Aerobik egzersiz, hastalık aktivitesini artırmadan veya eklem hasarını hızlandırmaksızın psikolojik durumu iyileştirebilmekte, ağrı ve yorgunluğu azaltabilmekte ve işlevsel yetenek üzerinde olumlu bir etki yaratabilmektedir (NICE 2009). Eklemlerde ağrıyı azaltmak için rahat

tutulan mutfak araç gereçleri, kullanımı kolay mutfak çeşmeleri, rahat iliklenen kıyafetler önerilebilir (Mayo Clinic).

Romatoid artrit, düşme için önemli bir risk faktörüdür (Stanmore ve ark. 2013). Hastalığın seyrinde görülen ağrı, sabah tutukluğu ve eklem hareketlerindeki kısıtlılık nedeniyle özellikle yürüme, merdiven çıkma gibi günlük aktiviteler gerçekleştirilirken postural kontrolü sürdürmede zorluklar yaşanabilmekte ve bu durum artmış düşme riskini beraberinde getirmektedir (Rome ve ark. 2009, İnanır ve ark. 2013). Düşme ile ilgili risk faktörleri; sedanter yaşam tarzı, çoklu ilaç kullanımı, düşme öyküsü, komorbidite, yorgunluk, ağrı, fiziksel yetersizlik, zayıf denge ve zayıf alt ekstremite gücü, genel sağlık durumunun kötü olması, hassas ve şiş eklemler, görme bozukluğu, psikososyal düşme korkusu, günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirme konusunda güvensizlik hissi yaşama, anksiyete ve depresyon olarak belirtilmiştir. RA'lı bireyler değerlendirilirken ev ortamı göz önüne alınmalı ve düşme riski açısından hastanın ev ortamını değerlendirmeye yönelik iş-uğraşı terapistinden yardım talep edilmelidir (Stanmore 2013, Stanmore 2015). Güvenli bir çevre oluşturmaya yönelik girişimler yapılmalı, ambulasyon, ince veya kaba motor becerileri ile ilgili zorluklar izlenmelidir. Hastayı riske atabilecek mobilya düzenlemeleri ya da kaygan kilim varlığı gibi durumların tespitine yönelik evin çevresel güvenliği hakkında değerlendirme yapılmalıdır. Düşme riski, ölçekler kullanılarak değerlendirilmelidir. Düşme riskine bağlı ev ortamının güvenliğine yönelik girişimler hakkında hasta ve ailesine eğitim verilmelidir (Crawford ve Harris 2015, Stanmore 2015). Hastalar düşme riskini azaltmaya yardımcı olmak için denge egzersizleri yapmaya teşvik edilmelidir (Arthritis Foundation).

Yardımcı araçların kullanımı, bağımsız gerçekleştirilen fonksiyonların sürdürülmesi için göz önüne alınmalıdır. Atel ve yürümeye yardımcı araçların kullanılması hareket ve fonksiyon geliştirmeye yardımcı olabilmektedir. El-el bileği ve ayak atellerinin, hastalığın özellikle alevlenme dönemlerinde ağrı ve ödemi azaltarak deformitelerin gelişmesini önlemeye yardımcı olabildiği belirtilmektedir. Bu nedenle hemşireler RA hastalarını uygun birimlere yönlendirerek hastaya yardımcı olabilirler. Hastayı fizyoterapiye yönlendirmek hareket yeteneğini optimize etmede yardımcı olurken, iş-uğraşı terapisi hizmetleri ise hastaların yapılmasını zor bulduğu aktiviteleri gerçekleştirmesine yönelik stratejilerin geliştirilmesine yardımcı olabilmektedir. Sabitleme, destekleme ya da özelleştirilmiş ayakkabı gerekiyorsa, ortodontik cihazlar için hasta yönlendirilebilir. Cihazlar hakkındaki hasta algılarının dikkatle tartışılması önemlidir. Ek yardımcıların kullanımı hastanın beden imajıyla çelişebilmekte ve bu nedenle maksimum yarar sağlama olasılığı düşebilmektedir (Walker 2012, Kınıklı 2014).

Romatoid artrit, hastanın mesai saatlerinde önemli ölçüde zaman kaybetmesine, iş göremezlik durumlarına ve iş gücü kaybına neden olabilmektedir. RA'nın kronik doğası, hastaların bağımsızlık düzeylerini ve mümkün olduğunca işyerinde kalabilme becerilerini etkileyebileceği için, hastaya yardımcı olmak çok disiplinli çalışmayı gerektirmektedir. Hastanın işten uzun süre uzak kalması ve engelliliğin algılanması strese neden olabilmekte, depresyon ve daha güçlü düzeyde bir iş görmezlik hissi

yaratabilmektedir. Bu nedenle işverenler, çalışanlara ayrılan görevlerin niteliğini yeniden gözden geçirme konusunda teşvik edilmelidir. Klinisyenler ayrıca, hastanın “çalışan” rolünü ve hastanın finansal, sosyal ve kişisel amaçları açısından çalışmaya bağlı değerini de dikkate almalıdır (Bevan ve ark. 2007, Walker 2012).

Sağlık profesyonelleri bireylerin zararlı alışkanlıklarını da değerlendirmelidir. Özellikle sigara kullanımı RA gelişiminde risk faktörü olarak kabul edilirken, daha ciddi eklem hastalığı ve eklem dışı bulgularla da ilişkili olduğu ve hastalık semptomlarının şiddetlenmesinde rol oynayarak prognozu artırıcı bir etkiye neden olduğu için ele alınması gereken konulardan biridir (Altinkesen 2006, Home ve Carr 2009). Yapılan bir çalışmada sigara kullanan RA hastalarının büyük bir kısmında hastalığın ilerlemiş olduğu saptanmıştır (Mirza 2014). RA riskinin sigara kullanım süresi ve miktarıyla artış gösterdiği belirtilmiştir (Stolt ve ark. 2003). Bir diğer çalışma sonucuna göre sigarayı bırakma önerileri verildiğinde, RA hastalarının önemli bir kısmı sigara içmeyi bırakmış, bu öneriler sigarayı bırakma konusunda hastaları motive etmede oldukça yararlı olmuştur. Aynı çalışma sonuçları RA hastalarını sigara bırakma konusunda hem sözlü hem de yazılı olarak eğitmek için yapılandırılmış bir planın önemini vurgulamıştır (Khan et al. 2017). Bu nedenle hastalara sigarayı bırakma konusunda destek sağlanmalıdır (Walker 2012).

Hastaya kontrolsüz ağrı, günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirirken yaşanan sorunların artması veya ince motor becerilerin bozulması gibi durumlar hakkında sağlık profesyonellerini mutlaka bilgilendirmesi gerektiği anlatılmalıdır (Crawford ve Harris 2015).

### **Beslenme Sorunları**

Semptom yönetiminde bir diğer önemli nokta beslenme sorunlarıdır. RA'lı birçok hasta iştahsızlık ve istenmeyen kilo kaybı yaşadığından, sağlıklı beslenme alışkanlıkları konusunda eğitime gereksinim duyulabilmektedir (Crawford ve Harris 2015). Hastalarda anemi sıklıkla görülebildiği için demir içeriği yönünden zengin bir diyet, anemi ile başatmede oldukça önemlidir. Meyve ve sebzelerde bulunan antioksidanlar, enflamatuvar kimyasalların yok edilmesine yardımcı olmakta ve semptomları iyileştirebilmektedir (Rennie ve ark. 2003, Savran ve Akkoç 2005, Swanson ve Pfenning 2011). Bazı araştırmalar semptomları hafifletebilmek için et, süt ya da alerjiye neden olma olasılığı yüksek diğer yiyeceklerin tüketiminin azaltılmasını / hiç tüketilmemesini önermektedir (Rennie ve ark. 2003, Hagfors 2005). Diğer yandan özel diyetlere bağlı kalmak zamanla zorlaşabilmekte ve hastalarda beslenme yetersizlikleri açısından risk yaratabilmektedir (Swanson ve Pfenning 2011). Vejeteryan diyet, vegan diyet ya da Akdeniz diyeti gibi özel diyet seçenekleri önerilebilmektedir. Omega-3 yağ asitlerinden zengin diyetin ve Akdeniz mutfağının hastaların semptomlarının azalmasına yardımcı olabileceği belirtilmektedir (Savran ve Akkoç 2005, Stamp ve ark. 2005). Yüksek miktarda omega-3 yağ asitleri içeren balık yağının (bulantı ve ağızda balık tadı yapabilir) enflamasyonu azalttığı ve eklemlerdeki hassasiyet ve sabah katılığına rahatlatmada yardımcı olabileceğine dikkat çekilmektedir (Rennie ve ark. 2003, James ve ark. 2010, Mayo Clinic). RA'lı hastaların diyeti vitaminler, protein, mineral, demir içeren gıdalar açısından zengin olmalıdır.



İştahsızlığı olan hastalar az ve sık beslenmeli, steroid tedavisi kullanan hastaların diyeti düşük kalorili olmalıdır (Smeltzer ve ark. 2010).

### **Beden İmajı Değişikliği ve Depresyon**

Romatoid artrit, deformiteye bağlı şekil bozukluğu ve fiziksel kısıtlılıklarla ilişkili yetersizlik hissi nedeniyle beden imajı ve benlik saygısının değişimi gibi psikolojik durumlarla yakından ilişkili olabilmektedir. Hastalık bireyin hem fiziksel hem de psikososyal yaşamında bozulmaya neden olabilmekte, semptomlar gündelik etkinliklerin kısıtlanması, iş yaşamında etkinliğin azalması, cinsel yaşamda sorunlar, toplumsal izolasyon, başkalarına bağımlı olma ile sonuçlanabilmektedir. Bu kayıplarla ilişkili olarak bireyin benlik saygısında azalma, beden algısında değişim, kaygı, öfke duyguları ve depresyon gelişebilmektedir (Aslan ve ark. 1996, Kurt ve ark. 2013).

Romatid artritte görülen depresyonun etiyopatogenezi karmaşık olabilmektedir. Bazı depresif belirtiler, artrit ile ilişkili benzer belirtiler olan somatizasyon yoluyla ortaya çıkabilmekte ve bu nedenle RA'da depresyon sıklıkla fark edilemeyebilmektedir (Uçar ve ark. 2014, Mendes 2015). Depresyon, hastanın tedaviye uyma isteğini olumsuz etkileyebilmekle birlikte, RA ile karşılaşılan zorlukları daha da karmaşık hale getirerek günlük yaşam kalitesi üzerinde kaçınılmaz olarak olumsuz bir etkiye de sahip olabilmektedir. Bu nedenle hemşirelerin RA hastalarında görülebilen yorgunluk, günlük aktiviteleri gerçekleştirmede güçlük, halsizlik, iştah kaybı ve uyku bozuklukları gibi belirtilerin depresyona bağlı olabileceği konusunda farkındalık kazanması önemlidir (Mendes 2015). Ağrı, halsizlik, depresyon hastanın anlama ve öğrenme yeteneğini olumsuz etkileyebilir. Hemşirenin bu semptomları birlikte değerlendirmesi önemlidir (Smeltzer ve ark. 2010). İngiltere Ulusal Sağlık ve Klinik Mükemmellik Enstitüsü, sağlık profesyonellerinin RA gibi fiziksel sağlık sorunu olan yetişkinlerde depresyonu tanılamalarına ve yönetmelerine yardımcı olmak için özel bir rehber oluşturmuştur (NICE 2009, Mendes 2015). Diğer yandan davranış tedavisi ve kognitif davranış eğitimleri yoluyla, hastalığın neden olduğu anksiyete ve depresyon belirtileri ile baş edilebilme ve önerilen yaşam stili değişiklikleri ve hobilerle bireylerin hastalıkla baş edebilme becerilerini geliştirmelerine yardımcı olunabilmektedir (Kınıklı 2014).

İyi iletişim, tedavinin hasta merkezli kalmasını sağlamak için gereklidir. Bireyin tedavi ve yönetim stratejileri ile ilgili algılarını, endişelerini ve önceliklerini ele almak önemlidir. Multidisipliner bir ekip, hastalığın hasta ve yaşamı üzerine etkilerini uygun bir şekilde değerlendirmesi ve semptomlar / tedavi süreci ile ilişkili hastaya özyönetim becerisi kazandırması açısından kilit bir öneme sahiptir (Walker 2012). Hasta kendine zaman ayırması, dinlenmesi, duygu ve düşüncelerini sağlık profesyonelleri, aile ve arkadaşları ile paylaşması konusunda cesaretlendirilmelidir (Mayo Clinic).

### **Etkilenen Eklem Dışı Bölgelerde Gelişen Semptomlar**

Romatoid poliartrit çok değişik ve bazen hastalığın tüm ağırlığını yüklenen eklem dışı belirtilerle komplike olabilmektedir. RA'da deri tutulumları (romatoid nodüller, palmar eritem, vaskülitte bağlı deri lezyonları), solunum sistemi tutulumu (plörezi,

interstisyel akciğer fibrözü, akciğerde romatizmal nodüller, bronşiolit, pulmoner hipertansiyona yol açan arterit), dolaşım sistemi tutulumu (perikardit, mitral valvülopati, ileti bozuklukları, miyokardit, koroner vaskülit), göz tutulumu, nörolojik tutulum (bası nöropatileri, periferik nöropati), kas tutulumu (güçsüzlük ve atrofiler), kemik tutulumu (osteopeni), hematolojik tutulum (Felty sendromu, anemiler, lenfoma), böbrek tutulumu (amiloidoz) ve psikosomatik yakınmalar gelişebilmektedir (Boz ve ark 2006). Hemşirelerin RA'ya bağlı organ tutulumları belirtilerini gözlemeleri, hastalara bu konularda eğitim ve danışmanlık yapmaları gereklidir. Hastaların fonksiyonel durumlarına ve kullandıkları ilaçlara bağlı olarak doktorun önerdiği şekilde göz taramaları, akciğer taramaları, rutin kan sayımı, romatolojik kan tetkikleri gibi rutin kontrollerini zamanında yaptırmaları konusunda bilgilendirilmeleri gereklidir. Hasta ve ailesine sağlığı koruyucu uygulamaları sürdürmeleri, RA dışındaki hastalıklar için de rutin sağlık taramaları yaptırmaları anlatılmalıdır (Smeltzer ve ark. 2010).

### **Tedavi Kaynaklı Gelişen Semptomlar ve Hemşirelik Girişimleri**

Romatoid artritte tedavinin amaçları; semptom ve bulgularda iyileşme sağlamak, ağrıyı gidermek, eklemlerdeki ve diğer bölgelerdeki enflamasyonu baskılamak, eklem hasarını durdurmak veya yavaşlatmak, hastaların fonksiyonel kapasitelerini iyi düzeyde tutmak ve günlük yaşam aktivitelerinin sürdürülebilmesini sağlamaktır (Savran ve Akkoç 2005, Kınıklı 2014). RA tedavisinde genel olarak tedaviye yanıtın değerlendirilmesi ve ilaçların yan etkilerinin izlenmesi hastalık yönetiminde önem taşımaktadır (Swanson ve Pfenning 2011).

Hastalık modifiye edici anti-romatizmal ilaçlar genellikle RA yönetiminde ilk yaklaşım olarak belirtilmekte ve yaygın olarak DMARD ilaçlar (metotreksat, sülfasalazin, leflunomid, hidroklorokin) kullanılmaktadır. NICE DMARD'ların mümkün olan en kısa sürede, ideal olarak kalıcı semptomların ilk üç ayında başlatılmasını önermektedir (NICE 2009). DMARD kombinasyonu kullanılması eklem ve diğer dokulardaki hasarın azaltılarak hastalığın daha etkili şekilde baskılanmasını sağlamakla birlikte, DMARD tedavisi alan hastalarda toksisiteyi belirlemek ve hızlı bir şekilde tedaviyi sağlamak için düzenli izlem gerekmektedir (Mayo Clinic, NICE 2009, Walker 2012). Metotreksat alan hastalarda yan etkilere bağlı tedaviyi bırakma riski yüksek olabilmektedir (Swanson ve Pfenning 2011). Bu yan etkiler; stomatit, bulantı, kusma, karaciğerde fibrozis, fokal nekroz ve siroz, akut interstisyel fibrozis, trombositopeni, pansitopeni, deride döküntü ve kızarıklık, saç dökülmesi, baş ağrısı, ciddi akciğer enfeksiyonları, lenfoma, lösemi olarak belirtilmektedir (Mayo Clinic, Özbek 2011). İlaçlardan kaynaklanan sindirim sistemi rahatsızlıkları ve beslenme güçlüğü nedeniyle hastanın beslenme durumu değerlendirilmelidir (Crawford ve Harris 2015). Folik asit veya folinik asitin eşzamanlı uygulanması ile stomatit, mide bulantısı, diyare ve alopesi gibi sıklıkla tolere edilemeyen yan etkilerin oluşumu azaltılabilmektedir (Swanson ve Pfenning 2011). Gelişebilecek stomatiti önlemek için ağız bakımı verilebilir. Folik asit eklenen hastalarda mukoza ve GIS yan etkilerinin daha az görüldüğü belirtilmektedir (Özbek 2011). Metotreksatın teratojenik etkileri nedeniyle, üreme çağındaki kadınların güvenilir bir doğum kontrol yöntemi

kullanmaları önerilmektedir (Swanson ve Pfenning 2011). Sülfasalazin yan etkileri bulantı, kusma, ishal, karın ağrısı, karaciğer enzim yükseliği, trombositopeni ve kemik iliği baskılanmasıdır. Leflunomidin en önemli yan etkisi GİS ve karaciğer üzerine olup, karaciğer, böbrek yetersizliği ve hipoproteinemi durumunda kullanımı önerilmemektedir (Özbek 2011). Bu tür ilaçların kullanımında karaciğer enzimlerinin yükselmesi riskine karşılık sık izlem önerilmektedir (Swanson ve Pfenning 2011). DMARD grubu diğer bir ilaç olan siklosporinin yan etkileri nedeniyle ilk üç ay iki haftada bir, daha sonraki dönemlerde ayda bir böbrek fonksiyonlarının ve kan basıncının kontrol edilmesi önerilmektedir. Kreatinin yükselmesi ya da hipertansiyon açısından hasta takip edilmelidir. Diğer DMARD ilaçlarına göre hafif etkili olarak kabul edilen klorokinofosfat ve hidroklorokin yan etkileri arasında bulantı, ishal, kulak çınlaması, deride döküntü ve kızarıklık, baş ağrısı, miyopati ve görme alanı daralması yer almaktadır. Görme alanı daralması nedeniyle tedavi sırasında altı ayda bir görme alanı kontrolü yapılması gerektiği vurgulanmaktadır. Altın tuzu preparatları DMARD'lar içinde en fazla yan etkiye sahip ilaçlar olup dermatit, ağızda ülser, ishal, kemik iliği baskılanmasına neden olabilmektedir. D-Penisilamin ise bulantı, kusma, trombositopeni ve nötropeni, proteinüri, hematüri, glomerulonefrit gibi yan etkilere yol açabilmektedir (Özbek 2011).

Hastalık modifiye edici anti-romatizmal ilaçların hızlı bir anti-inflamatuvar yanıtları olmadığı için, semptomatik tedaviye ilk dönemde kısa süreli glukokortikoidlerle devam edilebilmektedir (NICE 2009). RA tedavisinde DMARD olmaksızın steroid tedavisi uygulamasının uygun olmadığı vurgulanmaktadır. (Özbek 2011). Steroid ilaçlar (prednizon) ağrı ve enflamasyonu baskılar, eklem hasarını yavaşlatır (Mayo Clinic). Steroid kullanımına bağlı başlıca yan etkiler deride incelleme, osteoporoz gelişimi, hipertansiyon, kilo alımı, sıvı retansiyonu, hiperglisemi, katarakt gelişimi, hiperlipidemi ve prematüre ateroskleroz olarak belirtilmekte ve kullanılan doz ve süre arttıkça, bu yan etkilerin de artabileceği belirtilmektedir. Bu nedenle özellikle kardiyovasküler hastalık riski de dikkatle ele alınmalıdır. (Savran ve Akkoç 2005, Feely 2010, Swanson ve Pfenning 2011, Özbek 2011, Walker 2012). Yıllık izlemler, sağlık profesyonellerinin hipertansiyon, osteoporoz ve depresyon gibi komorbiditeleri taramasına ve komplikasyonları düşündürebilecek semptomları değerlendirmelerine olanak tanımaktadır (NICE 2009). Hastalarda artmış ateroskleroz riski göz önüne alınarak sigara, hiperlipidemi, hipertansiyon ve sedanter yaşam tarzı gibi risk faktörleri azaltılmaya veya ortadan kaldırılmaya çalışılmalıdır (Savran ve Akkoç 2005). Steroid tedavisi alan hastalarda aldığı çıkardığı sıvı izlemi ve kan glikoz seviyeleri düzenli olarak takip edilmelidir. Özellikle diyabeti olan hastaların insülin veya oral antidiyabetiklerini zamanında ve dozunda almaları gereklidir. Tedavi başladıktan sonra hastanın kan kolesterol, yüksek dansiteli lipoprotein (HDL), düşük dansiteli lipoprotein (LDL) düzeyleri izlenmelidir. Steroid tedavisinin immün sistemi baskılaması nedeniyle hemşire hastanın enfeksiyonlardan korunmasına dikkat etmeli, enfeksiyon bulgularını izlemeli ve hastaya bu konularda bilgi vermelidir. Özellikle yaşlı hastalar, post-menopozal kadınlar, kalsiyumdan fakir diyetle beslenenler, sigara ve alkol kullananlar, hareketsiz yaşam tarzı olanlar, uzun süre ya da yüksek doz

steroid tedavisi kullananlar osteoporoz gelişme riski açısından izlenmelidir. Kırıklar kolaylıkla gelişebileceği için hastalar travmalardan korunmalıdır. Doktor önerisi ile kalsiyum içeren ilaçlar birlikte kullanılmalıdır. Tedavi süresince gelişebilecek ülser ve mide kanaması belirtileri gözlenmeli ve bu belirtiler hastaya öğretilmelidir. Doktor önerisi ile mide koruyucu ilaçlar birlikte kullanılmalıdır. Steroidlerin gerek sodyum-su tutulumunu gerekse iştahı artırmaları nedeniyle hastalar kilo alabilmektedir. Bu nedenle tuz ve kalori kısıtlaması yapılmalıdır. Steroid tedavisi başlamadan önce hemşire tarafından hastanın kilo ölçümü yapılmalı ve kaydedilmelidir. Steroidlerin kan basıncı yükselmesine yol açabilmesi nedeniyle hastaların kan basıncı izlemi yapılmalıdır. Steroid tedavisi süresince cildin incelebileceği, yaralanmalara duyarlı hale gelebileceği, yara iyileşmesinin gecikebileceği, hastaların kendilerini travmalardan nasıl korumaları gerektiği, cilt bakımı konusunda hastalar bilgilendirilmelidir (Balcı Alparslan ve Kapucu 2008). RA hastalarına yönelik uygun diyet önerileri ile obezite, osteoporoz ve kardiyovasküler hastalıkla ilişkili komorbiditeler ortadan kaldırılabilir (Kınıklı 2014). Romatoloji alanında çalışan hemşireler, hastaların beslenme ve diyet durumlarını değerlendirebilmelidir. Semptomlar, aşırı kilolu hastalarda eklemlerde artan zorlanma neticesinde daha kötü olabilmektedir. Liften zengin, şeker ve yağ oranı düşük, meyve ve sebzeleri bol miktarda içeren bir diyet sağlıklı kilo vermeye ve vücuda gerekli vitamin ve mineralleri sağlamaya yardımcı olacaktır (Rennie ve ark. 2003, Swanson ve Pfenning 2011). RA tedavisine yönelik glukokortikoid kullanmayan hastalarda dahi, sitokinlerin etkisiyle zamanla kemik kitlesinde bir azalma görülebileceği için hastaların diyetle veya ek olarak elemental kalsiyum ve D vitamini almaları önerilmiştir (Savran ve Akkoç 2005). Menapoz sonrası kadınlarda hormon replasman tedavisi uygulaması yardımcı tedaviler olarak önerilmektedir (Savran ve Akkoç 2005, Swanson ve Pfenning 2011).

Nonsteroidal antiinflamatuvar ilaçların (ibuprofen, naproxen sodyum) hastalık seyrine etkileri bulunmamakla birlikte, sadece alındıkları süreçte ağrı ve enflamasyonun azaltılmasında etkili oldukları belirtilmektedir. Bu ilaçların gastrointestinal sisteme (GIS) ait yan etkilerinin yaygın ve önemli olması nedeniyle ileri yaş, eşlik eden bir başka hastalık, önceden peptik ülser hastalığı gibi risk faktörleri varlığında dikkatli kullanılması önem taşımaktadır (Özbek 2011). Hemşireler GIS'te dispepsi, gastrik erozyon, peptik ülser, üst GIS kanaması, karaciğer enzimleri yüksekliği, kalp hastalıkları ve böbrek hasarı gibi yan etkiler konusunda dikkatli olmalı ve hastaları yakından takip etmelidir (Mayo Clinic). Ağrılı eklem bölgesine topikal tedaviler önerilebilir. Bu amaçla NSAİİ, salisilat grubu ilaçlar kullanılabilir (Arthritis Foundation).

Metotreksat, steroidler veya biyolojik tedaviler gibi immünosupresif tedavi alan tüm hastalarda mümkün olduğunca düzenli bağışıklama yapılması önerilmektedir (Hui ve ark. 2010).

Romatolojik hastalıklarda biyolojik ajanlar; patogeneizde önemli olan bir sitokini engellemeyi, T lenfositlerin aktivasyonu için gerekli olan ikinci sinyali önleyerek T hücrelerin aktive olmasını önlemeyi ve B hücrelerin sayısını azaltmayı hedeflemektedir (Sağ ve Nas 2017). Tümör Nekroz Faktörü / TNF antagonisti (Anti-TNF) ilaçların

(abatacept, adalimumab, infliximab, rituximab, tocilizumab, tofacitinib, etanercept) kullanılması sırasında dikkat edilmesi gereken konular şunlardır (Furst ve ark. 2005, Deighton ve ark. 2006, Hui ve ark. 2010, Smeltzer ve ark. 2010, Mayo Clinic):

- Nadir olarak infüzyon reaksiyonları ya da injeksiyon yerinde reaksiyonlar görülebilir.
- Ciddi ve fırsatçı enfeksiyonların görülme olasılığı artabilmektedir. Bu ilaçlar ile üst solunum yolu enfeksiyon sıklığı artmaktadır. Özellikle tüberküloz enfeksiyonu açısından risk artışı olduğuna dikkat çekilmiştir. Bu nedenle hastaların TNF antagonisti bir tedaviye başlamadan önce taramadan geçirilmesi önerilmektedir. Enfeksiyon varlığında akut faz tepkisinin baskılanması sonucu, ciddi enfeksiyon veya sepsis geçiren hastalarda, ateş ve sistemik bulgular gibi tipik belirtiler ortaya çıkmayabilmekte ve enfeksiyon bulguları gözden kaçabilmektedir. Bu nedenle, nonspesifik belirtileri olan hastalarda sepsisin ayırıcı tanısı göz önünde bulundurulmalıdır.
- Anti-TNF ilaç kullanımının malign hastalıkların gelişme riskini artırabileceği düşünülmekle birlikte, gerçek riskin belirlenmesine yönelik epidemiyolojik çalışmalar devam etmektedir.
- Seyrek olarak demiyelinizan hastalıklar, optik nörit bildirilmiştir.
- New York Kalp Cemiyeti New York Heart Association / NYHA) tarafından sınıf 3-4 kalp yetersizliği olan hastalarda bu ilaçların kullanılmaması önerilmektedir.
- Biyolojik tedaviler aşı etkinliğini azaltabileceğinden, hastaların biyolojik tedaviye başlamadan önce bağışıklanması önerilmektedir.
- Romatoid artritli hastaların bazı ilaçları subkutan yolla uygulandığı için hastalara enjeksiyon teknikleri öğretilmelidir.  
RA tedavisinde diğer öneriler;
- Hastalara ilaçların reçete edildiği şekilde alınmasının, planlanan tüm sağlık randevularına gidilmesinin ve laboratuvar testlerinin takip edilmesinin önemi vurgulanmalıdır (Crawford ve Harris 2015).
- Laboratuvar test sonuçları (eritrosit sedimentasyon hızı, tam kan sayımı, C4, C-reaktif protein, antinükleer antikorlar) izlenmeli ve herhangi bir anormallik saptanması durumunda doktora bildirilmelidir (Crawford ve Harris 2015).
- Tedaviye yeterince yanıt alınıp alınmadığını belirlemek için hastaların yaşam kaliteleri değerlendirilmeli, hasta depresyon ve diğer psikolojik sorunlar açısından takip edilmelidir (Swanson ve Pfenning 2011).
- Ayrıca ilaçlarla ilgili güvenlik konusunda, RA kontrol altına alındıktan sonra gebelik öncesinde ilaçların (metotreksat, leflunomid, biyolojik ajanlar) kesilmesi veya değiştirilmesi gerekebileceği hakkında hasta ve ailesine eğitim verilmelidir (Swanson ve Pfenning 2011).
- Danışmanlık ve uzun süreli izlem girişimlerine yönelik bilgi, yardım, öneri sağlayan ve hastaların erişebileceği yararlı kaynakların yer aldığı web sitelerinin oluşturulması hastalık ve tedavi sürecinin yönetiminde önem taşımaktadır. Karar destek sistemlerinin kullanımı farklı tedavi seçeneklerinin

düşünüldüğü durumlarda yararlı olabilmektedir. Yıllık gözden geçirme kapsamında hastalık yönetiminin, fonksiyonel sonuçların ve hastaların kendi hedeflerinin tartışılması ele alınmalıdır. (Walker 2012).

Romatoid artritte ilaç tedavilerinin yetersiz kaldığı durumlarda, eklem hasarını yavaşlatmak veya azaltmak, ağrıyı kontrol altına almak için cerrahi işlemler (sinovektomi, tendon onarımı, eklem dondurma ameliyatı) uygulanabilir. Cerrahi işlemlere bağlı ağrı, kanama ve enfeksiyon riski olabileceği belirtilmektedir (Mayo Clinic).

## **SONUÇ**

Romatoid artrit hastayı ve yaşam biçimini etkileyebilecek, birçok sorunla sonuçlanabilen, kronik ve karmaşık bir hastalıktır. Hastalıkla ilişkili eklem tutulumları, sabah tutukluğu, ağrı, yorgunluk ve uyku bozuklukları gibi nedenlerle ilişkili fonksiyonel yetersizlikler, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirememe ve beden imajında bozulma, organ tutulumlarına bağlı olarak da kronik sorunlar yaşanabilmektedir. Ayrıca RA tedavisi için kullanılan anti-romatizmal ilaçlar, NSAİİ ilaçlar, kortikosteroidler ve biyolojik tedavilere bağlı ciddi yan etkiler görülebilmektedir. Hemşirelerin RA'lı hastaların takip ve tedavilerinin yapılmasında, hastalık ve tedaviye bağlı ortaya çıkan semptomların yönetilmesinde ve hastaların semptom yönetimi konusunda eğitilmelerinde çok önemli rolleri bulunmaktadır. Hastaların ev içi düzenlemeleri yapabilmeleri, günlük yaşam aktivitelerinin sağlıklı şekilde sürdürebilmeleri, hastalığa ve tedaviye uyum sağlayabilmeleri, komplikasyonları yönetebilmeyi öğrenmeleri, maliyet etkin bir sağlık hizmeti sunulabilmesi, ancak etkili bir eğitim ve danışmanlıkla mümkün görünmektedir. Eğitim ve danışmanlık, RA tedavisinde maliyeti en uygun olan girişimdir. Tanı konulduğunda hasta eğitiminin başlaması önerilmektedir. Eğitim hastalığa ve tedavi seçeneklerine ilişkin bilgileri içermeli, hastanın ailesini, iş hayatını, ilişkilerini ve geleceğini nasıl etkileyeceğini de vurgulayabilmelidir. Hemşireler tarafından verilecek eğitim ve danışmanlık uygulamalarının RA'lı hastaların özbakımlarını ve yaşam kalitelerini önemli düzeyde iyileştirebileceği düşünülmektedir.

## **KAYNAKÇA**

- Arthritis Foundation. Managing your pain. (2014). Retrieved July 31, 2018, from <https://www.arthritis.org/Documents/Toolkits/Better-Living-Toolkit/Managing-Your-Pain.pdf>
- Altınkesen E. Erken ve Geç Dönem Romatoid Artrit'li Hastalarda Semptomlar, Fonksiyonel Durum ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2006.
- Aslan SH, Karaköse H, Soy M ve ark. Romatoid Artriti Olan Kadın Hastalarda Beden Algısı, Benlik Saygısı, Aleksitimi, Depresyon ve Kaygı. *Düşünen Adam*; 1996, 9(4): 23-27
- Bakir E, Bağlama SS, Gursoy S. The Effects of Reflexology on Pain And Sleep Deprivation in Patients with Rheumatoid Arthritis: A Randomized Controlled Trial. *Complementary Therapies in Clinical Practice* . 2018; 31: 315-9.
- Balcı Alparslan G, Kapucu S. Steroidlerin Kullanımında Hemşirenin Sorumlulukları. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi* 2008; 77-84
- Ben-Hadj-Mohamed M, Khelil S, Ben Dbibis M & et al. Hepatic Proteins and Inflammatory Markers in Rheumatoid Arthritis Patients. *Iranian Journal of Public Health*, 2017; 46(8): 1071-8.

- Bevan S, Passmore E, Mahdon M. Fit for work? Musculoskeletal disorders and labour market participation 2007. Retrieved March 17, 2018, from <https://tr.scribd.com/document/63735801/Fit-for-Work-Musculoskeletal-Disorders-and-Labour-Market-Participation-2007>
- Boz M, Ülgen E, Ergüney M ve ark. Romatoid Artrit Eklem Dışı Belirtiler. İstanbul Tıp Dergisi 2006; 1 :26-31
- Crawford A, Harris H. (2015). Understanding the Effects of Rheumatoid Arthritis. Nursing 2015; 45(11): 32-8.
- Çil Akıncı A, Coşar Çetin F. Gebelikte Romatoid Artrit ve Yönetimi. Gebelikte Romatoid Artrit ve Yönetimi. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi 2017; 4(3): 244-51
- Deighton CM, George E, Kiely PDW & et al. Updating the British Society for Rheumatology Guidelines for Anti-Tumour Necrosis Factor Therapy in Adult Rheumatoid Arthritis (Again). Rheumatology 2006; 45(6): 649-52.
- Dünder Ü. (2012). Romatoid artrit. Retrieved July 23, 2018, from <http://blog.aku.edu.tr/umitdunder/files/2012/01/ROMATO%C4%B0D-ARTR%C4%B0T.pdf>
- Edwards RR, Bingham CO, Bathon J et al. Catastrophizing and Pain in Arthritis, Fibromyalgia, and Other Rheumatic Diseases. Arthritis Care & Research 2006; 55(2): 325-32
- Eid MA, Aly SM, El-Shamy SM. Effect of Electromyographic Biofeedback Training on Pain, Quadriceps Muscle Strength, and Functional Ability in Juvenile Rheumatoid Arthritis. American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation 2016; 95(12): 921-30.
- Feely MG. New and Emerging Therapies for the Treatment of Rheumatoid Arthritis. Open Access Rheumatology 2010; 2: 35-43.
- Furst DE, Breedveld FC, Kalden JR & et al. Updated Consensus Statement on Biological Agents, Specifically Tumour Necrosis Factor {Alpha} (TNF{Alpha}) Blocking Agents and Interleukin-1 Receptor Antagonist (IL-1ra), for the Treatment of Rheumatic Diseases. Annals of the Rheumatic Diseases 2005; 64(Suppl. 4): 2-14.
- Gök Metin Z, Özdemir L. Romatoid Artrit Ağrı ve Yorgunluğun Yönetiminde Aromaterapi ve Refleksolojinin Kullanımı. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 2016a; 13(1): 44-9.
- Gök Metin Z, Özdemir L. The Effects of Aromatherapy Massage and Reflexology on Pain and Fatigue in Patients with Rheumatoid Arthritis: A Randomized Controlled Trial. Pain Management Nursing 2016b; 17(2): 140-9.
- Hagfors L. Mediterranean Dietary Intervention Study of Patients with Rheumatoid Arthritis. Scandinavian Journal of Nutrition 2005; 49(1): 42.
- Hamuryudan V. Romatolojik Hastalıklar. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Sempozyum Dizisi 2003; 34: 19-29.
- Hamuryudan V. Romatoid artrit. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Sempozyum Dizisi 2007; 55: 69-86.
- Hatemi G, Yazıcı H. Romatoid Artrit Klinik Belirti ve Bulguları. Türkiye Klinikleri J Immunol Rheumatol-Special Topics 2009; 2(1): 1-11.
- Hindistan S, Ergüney S. Romatoid Artritli Hastalara Verilen Eğitimin Ağrı Düzeylerine, Psikolojik Belirtilerine ve Yardım Arama Tutumlarına Etkisi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2008; 11(3): 69-76.
- Home D, Carr M. Rheumatoid Arthritis: The Role of Early Intervention and Self-Management. British Journal of Community Nursing 2009; 14(10): 432-6.
- Hui M, Ding T, Deighton C. An Update on Dmards and Biologics. Reports on the Rheumatic Diseases 2010; 6(6): 1-6.
- İnanır A, Okan S, Yıldırım E. Romatoid Artritli Hastalarda Postüral Denge ve Düşme Riskinin Değerlendirilmesi. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2013; 38(1): 72-7.
- James M, Proudman S, Cleland L. Fish Oil and Rheumatoid Arthritis: Past, Present and Future. Proceedings of the Nutrition Society 2010; 69(3): 316-23.

- Keşkek Ö. Romatoid Artritli Hastalarda Kombine Tedavinin Monoterapiye Üstünlüğü. Uzmanlık Tezi. İstanbul: Sağlık Bakanlığı Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. İç Hastalıkları Kliniği, 2004.
- Khan S, Butt A, Brennan E & et al. Impact of smoking cessation advice in patients with rheumatoid arthritis to help quit smoking. (2017). Retrieved July 3, 2018, from <https://acrapstracts.org/abstract/impact-of-smoking-cessstion-advise-in-patients-with-rheumatoid-arthritis-to-help-quit-smoking/>
- Kınıklı, G. Romatoid artrit. (2014). Retrieved March 18, 2018, from <http://ichastaliklariromatoloji.medicine.ankara.edu.tr/files/2014/02/Romatoid-Artrit.pdf>
- Kurt E, Özdilli K, Yorulmaz H. Romatoid Artrit'li Hastalarda Beden İmajı ve Benlik Saygısı. Nöropsikiyatri Arşivi 2013; 50: 202-208
- Masatlıoğlu Pehlevan H. S. Romatoid artrit. (2017). Retrieved July 23, 2018, from <http://www.istanbul saglik.gov.tr/w/sb/per/belge/romatoid.pdf>
- Mayo Clinic. Rheumatoid arthritis. Retrieved July 30, 2018, from <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/rheumatoid-arthritis/symptoms-causes/syc-20353648>
- Mendes, A. Helping People with Rheumatoid Arthritis to Live Well. British Journal of Community Nursing 2015; 20(12): 620.
- Mirza RR. The Effect of Cigarette Smoking on Rheumatoid Arthritis. Cukurova Medical Journal 2014; 39(4): 736-42.
- National Institute for Health and Clinical Excellence. Rheumatoid arthritis: the management of rheumatoid arthritis in adults (2009). Retrieved March 17, 2018, from <http://www.sisalombardia.it/pdfs/CG79NICEGuideline.pdf>
- Neill J, Belen I, Reid K. Effectiveness of Nonpharmacological Interventions for Fatigue in Adults with Multiple Sclerosis, Rheumatoid Arthritis or Systemic Lupus Erythematosus: A Systematic Review. Journal of Advanced Nursing 2006; 56(6): 617-35.
- Nelson NL, Churilla JR. Massage Therapy for Pain and Function in Patients with Arthritis: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation 2017; 96(9): 665-72.
- Özbek S. Romatoid Artrit. In: Erol Ç, Turgay M. Editör. İmmünoloji ve Romatoloji. MN Medikal & NOBEL Tıp Kitabevi; 2011. 219-23.
- Özsoy MH, Altınel L, Başarır K ve ark. Romatoid Artritte Eklem Hastalığının Patogenezi. TOTBİD Dergisi 2006; 5(3-4): 101-10.
- Pehlivan S, Ersoy S, Ugan Y ve ark. Romatoid Artritli Hastalarda Özbakım Gücü ve Etkileyen Faktörler. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2015; 31(1): 27-38
- Rennie K, Hughes J, Lang R & et al. Nutritional Management of Rheumatoid Arthritis: A Review of the Evidence. Journal of Human Nutrition and Dietetics 2003; 16(2): 97-109.
- Repping-Wuts H, Hewlett S, van Riel P & et al. Fatigue in Patients with Rheumatoid Arthritis: British and Dutch Nurses' Knowledge, Attitudes and Management. Journal of Advanced Nursing 2009; 65(4): 901-11.
- Rome K, Dixon J, Gray M & et al. Evaluation of Static and Dynamic Postural Stability in Established Rheumatoid Arthritis: Exploratory Study. Clinical Biomechanics 2009; 24(6): 524-6.
- Sağ S, Nas K. Romatolojide Biyolojik Ajanların Kullanımı. Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi 2017; 2(2): 34-45.
- Savran, Y, Akkoç, N. Romatoid artrit tedavisi. Retrieved March 17, 2018, from [http://ichastaliklaridergisi.org/managete/fu\\_folder/2005-04/html/2005-12-4-167-174.htm](http://ichastaliklaridergisi.org/managete/fu_folder/2005-04/html/2005-12-4-167-174.htm)
- Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH. Assessment and Management of Patients with Rheumatic Disorders. In: Brunner & Suddorth's Textbook of Medical- Surgical Nursing. Twelfth Edition. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia: 2010. 1631-46.
- Stamp LK, James MJ, Cleland LG. Diet and Rheumatoid Arthritis:A Review of the Literature. Seminars in Arthritis and Rheumatism 2005; 35(2): 77-94.
- Stanmore EK, Oldham J, Skelton DA & et al. Fall Incidence and Outcomes of Falls in a Prospective Study of Adults with Rheumatoid Arthritis. Arthritis Care & Research (Hoboken) 2013; 65(5): 737-44.



- Stanmore EK. Recommendations for Assessing and Preventing Falls in Adults of All Ages with Rheumatoid Arthritis. *British Journal of Community Nursing* 2015; 20(11): 529-33.
- Stolt P, Bengtsson C, Nordmark B & et al.. Quantification of the influence of cigarette smoking on rheumatoid arthritis: results from a population based case-control study, using incident cases. *Annals of the Rheumatic Disease* 2003; 62(9): 835-41.
- Swanson KI, Pfenning S. The Nurse Practitioner's Role in the Management of Rheumatoid Arthritis. *The Journal for Nurse Practitioners* 2011; 7(10): 858-70.
- Tracey G. Diagnosis and management of rheumatoid arthritis (2017). Retrieved March 17, 2018, from <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/psb.1580/pdf>
- Uçar M, Gül Aİ, Sarp Ü. Romatoid Artrit ve Depresyon Arasındaki İlişki. *Dicle Tıp Dergisi*, 2014;41(3):548-51.
- Uyar S, Pehlevan SM, Abananonu GB ve ark. Sistemik Lupus Eritematozus ve Romatoid Artritli Hastaların Serum Prolaktin Düzeylerinin Değerlendirilmesi. *Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi* 2011; 51(1): 35-40.
- Walker J. Rheumatoid Arthritis: Role of the Nurse and Multidisciplinary Team. *British Journal of Nursing* 2012; 21(6): 334-9.
- Ward L, Stebbings S, Athens J & et al. Yoga For The Management of Pain and Sleep in Rheumatoid Arthritis: A Pilot Randomized Controlled trial. *Musculoskeletal Care*. 2018; 16(1): 39-47.
- Zuidema RM, Repping-Wuts H, Evers AW & et al. What Do We Know About Rheumatoid Arthritis Patients' Support Needs for Self-Management? *International Journal of Nursing Studies* 2015; 52(10): 1617-24.

## HİKAYE TEORİSİ: KALP NAKLİ OLAN ÇOCUK HASTA

*STORY THEORY: CHILD WITH HEART TRANSPLANT*

**Arş.Gör. Hatice UZŞEN\***      **Prof.Dr. Yasemin YILDIRIM\*\***

**Prof.Dr. Fisun ŞENUZUN AYKAR\*\***

\*E.Ü.Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD.

\*\*E.Ü.Hemşirelik Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği AD.

*Geliş Tarihi/Received: 19.03.2018*

*Kabul Tarihi/ Accepted: 31.072018*

---

### ÖZ

Hemşirelik mesleğinin temelini bireylere değerleri doğrultusunda bütüncül anlayışla sağlık bakımı verilmesi oluşturmaktadır. Bütüncül sağlık bakımı, bireyin fiziksel, zihinsel, ruhsal ve sosyal yönden bir bütün olduğunu ve her bireyin birbirinden farklı olarak çevresi ile birlikte ele alınması gerektiğini savunmaktadır. Bu doğrultuda bireyin sağlığını desteklemek, sürdürmek ya da sağlık düzeyini yükseltmek için hemşirelik teorilerine dayandırılmış çeşitli hemşirelik bakım modellerinden yararlanılmaktadır.

Hikâye teorisi; hemşire-hasta arasındaki diyalogu kolaylaştırmak için ilişkinin anlatılmasını sağlayan bir hemşirelik teorisidir. Hikâye teorisinin amaçlı diyalog, kendisi ile bağ kurma, kolaylaştırma olmak üzere üç önemli kavramı bulunmaktadır. Bu makalede kalp nakli olan çocuk hastanın Hikâye Teorisi doğrultusunda değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Hikâye teorisi uygulamada hemşirelere rehberlik ederek, kişinin önemli sağlık durumları hakkında bilgi vermektedir. Bu olgu sunumunda, daha önce kalp nakli olan ve beş yıl sonra sağlık sorunları ortaya çıkan adölesan hastanın Hikâye Teorisi doğrultusunda başa çıkma yöntemleri anlatılmıştır. Teori doğrultusunda hazırlanan makalenin aynı sorunu yaşayan başka bireylere yönelik veri oluşturarak, hemşirelik uygulamalarını şekillendirmeye yardımcı olacağı düşünülmektedir.

**Anahtar kelimeler:** hemşirelik teorisi, hikâye teorisi, pediatri hemşireliği

## ABSTRACT

*The basis of the nursing profession is the giving of health care to individuals and their values in a holistic understanding. Holistic health care advocates that an individual is a physical, mental, spiritual, and social whole and that each individual should be treated differently from their surroundings. In this respect, various nursing care models based on nursing theories are used to support, maintain or improve the health of the individual.*

*Story theory; is a nursing theory that provides an explanation of the relationship between the nurse and patient in order to facilitate the dialogue. Story theory has three important concepts, intentional dialogue, facilitating connection with oneself, creating ease. In this article, it is aimed to evaluate the child patient who has a heart transplantation in the direction of story theory.*

*Story theory guides nurses in practice and provides information about the person's important health conditions. In this case report, it is told how an adolescent patient who had a heart transplant and had a health problem five years later tried to solve it. It is thought that the article prepared in the direction of the theory will help shape nursing practices by creating data for other individuals experiencing the same problem*

**Key words:** *Nursing theory, story theory, pediatric nursing*

## GİRİŞ

Hemşirelik mesleğinin temelini bireylere değerleri doğrultusunda bütüncül anlayışla sağlık bakımı verilmesi oluşturmaktadır. Bütüncül sağlık bakımı, bireyin fiziksel, zihinsel, ruhsal ve sosyal yönden bir bütün olduğunu ve her bireyin birbirinden farklı olarak çevresi ile birlikte ele alınması gerektiğini savunmaktadır. Bu doğrultuda bireyin sağlığını desteklemek, sürdürmek ya da sağlık düzeyini yükseltmek için hemşirelik teorilerine dayandırılmış çeşitli hemşirelik bakım modellerinden yararlanılmaktadır (Biol 2005, Paşalak ve ark. 2018, Barış ve ark. 2015). Hemşirelik kuram ve modelleri, hemşirelik mesleğinin gelişim ve profesyonelleşmesine katkıda bulunmakla birlikte hemşireliğin eğitim, yönetim, uygulama ve araştırma alanlarına kavramsal bir çerçeve sunarak temel oluşturmakta ve rehberlik etmektedir (Şengün ve ark. 2013, Paşalak ve ark. 2018, Barış ve ark. 2015). Kuramlar bilimsel sonuçları anlamlandırdığı ve yeni araştırmaları uyaran bilgilerin sistematik hale gelmesine olanak sağladığı için hemşirelik uygulamalarında önem taşımaktadır. Hemşirelik uygulamalarında kuram ve modellerin kullanılması; bakımın daha düzenli ve sürekli uygulanabilmesine olanak sağlamaktadır (Moreno ve ark. 2013, Paşalak ve ark. 2018).

Hemşirelik uygulamaları; sağlık-hastalık, çevre, insan ve hemşirelik olmak üzere dört temel kavramdan etkilenmektedir (Biol 2004). Hemşireler model kullanımı ile temel kavramları ve kavramlar arasındaki ilişkiyi belirleyerek uygulamadaki sorunların tanımlanmasını ve çözüm önerilerinin geliştirilmesini sağlamaktadır (Fawcett 2005). Böylece hemşirelerin tıbbi uygulamalar yerine hemşirelik uygulamalarına odaklanması ile bakım düzenlenmiş olmaktadır (Biol 2004, Fawcett 2005, Barış ve ark. 2015). Günümüzde modellere olan ilgi artmasına karşın hemşirelik uygulamalarında modellerin kullanımına fazla rastlanmamaktadır. Bunun başlıca

nedenleri ise; temel hemşirelik eğitiminde model kullanımına yeterince yer verilmemesi, modellerin çoğunun karmaşık yapılara sahip olması ve soyut kavramlardan oluşmasıdır (Gigliotti 2008, Paşalak ve ark. 2018). Bu makalede 'Şahin' takma adlı, kalp nakli olan çocuk hastanın hikâye teorisi doğrultusunda değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Hikâyeler insanların yaşam deneyimlerinin yaşamsal bir boyutudur. Hikâye teorisi; hemşire-hasta arasındaki diyalogu kolaylaştırmak için ilişkinin anlatılmasını sağlayan bir hemşirelik teorisidir. Anlatıcının dikkatli bir şekilde hikâyeyi anlattığı dinamik bir süreçtir (Smith ve Liehr 2005, Liehr ve ark. 2006, Liehr ve Smith 2011, Joly ve ark. 2007)

Hikâye teorisi, adölesan gebeler ve kalp krizi geçiren bireylerin iyileşme aşamasındaki uygulama- araştırma deneyimlerinden esinlenilerek oluşturulmuştur. Hikâye teorisi yazılı olarak ilk kez 1999 yılında yayınlanmıştır ve o zamandan beri geliştirilmeye, test edilmeye ve şekillenmeye devam etmektedir (Liehr ve Smith 2007).

Hikâyeler, hemşirelik uygulamalarına entegredir. Uygulama kararları; vücudun fizyolojik tepkisi ve bu fizyolojik tepkiyi oluşturan hikâyeye göre şekillenmektedir (Smith ve Liehr 2005).

## **HİKÂYE TEORİSİ'NE GÖRE HEMŞİRELİK SÜRECİ**

### **Şahin'in Hikâyesi**

Çocuk hasta 2001 yılında Siirt'te doğmuştur. Normal doğum ile 2500 gr ağırlığında ve 51 cm. uzunluğunda doğan erkek bebeğin doğum sırasında yaşadığı herhangi bir komplikasyon bulunmamaktadır. Sekiz yaşına kadar sağlıklı olan hastanın akut başlayan karın ağrısı, kusma, iştahsızlık, dudaklarda morarma, yorgunluk gibi şikâyetlerinin olması üzerine bir devlet hastanesinin acil servisine başvurmuştur. Tetkikler sırasında bayılma, bilinç kaybı ve şok tablosu gelişmiş, müdahale edilmiştir. Tetkikler sonucunda dilate kardiyomyopati (DKM) tanısı konmuştur.

Dilate kardiyomyopati, doğuştan gelen genetik ve kronik bir kalp hastalığıdır. Kalbin zamanla büyüdüğü, kalp boşluklarının genişlediği, kalbin kasılma kuvvetinin giderek zayıf düştüğü, kalbin ana pompalama odacığı olan sol ventrikülün genişlemesi ve gücünü kaybetmesi nedeni ile ana pompalama görevini yerine getiremediği bir durumdur. Hastaya göre seyri ve şiddeti farklılık gösterebilmektedir. Bu hastalık genç ya da çocuk yaşta bazen de erişkin yaşta kendini göstermeye başlamaktadır. İdiyopatik dilate kardiyomyopati olgularının %50'sini oluşturmakta ve 100.000'de 36 kişiye görülmektedir (Köse ve Çil 2005, Conk ve ark. 2013, Törüner ve Büyükgöçenç 2012)

Hasta tanı konulmasının ardından Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi (EÜTF) Kalp Damar Cerrahisi bölümüne sevk edilmiştir. Burada kalp nakli kararı verilen hasta, nakil için uygun donör sırasına alınmış ve hastaya sol ventrikül destek cihazı takılmıştır. Çocuk hasta iki yıl boyunca sol ventrikül destek cihazı ile klinikte yatarak yaşamını sürdürmüştür. İki bin on bir yılında uygun donör bulunması ile kalp nakli

gerçekleştirilmiştir. Ameliyat sonrası tedavi ve takipleri stabil duruma geldiğinde çocuk taburcu edilmiştir. Kalp naklinden sonra, beş yıl boyunca EÜTF Çocuk Hastanesi Kardiyoloji polikliniğinde düzenli olarak kontrolleri yapılmıştır. İki bin on altı yılında hasta karın ağrısı ve karın çevresinde şişkinlik şikâyetleri ile EÜTF Çocuk Hastanesi Kardiyoloji servisine başvurmuş ve 'Nakledilmiş organ ve dokunun tanımlanmamış yetmezlik ve reddi' tanısı ile yatışı yapılmıştır.

Hikâye teorisinin amaçlı diyalog, kendisi ile bağ kurma, kolaylaştırma olmak üzere üç önemli kavramı bulunmaktadır (Smith ve Liehr 2005, Liehr ve ark. 2006, Liehr ve Smith 2011). Çocuk hasta Şahin, hikâye teorisinin üç ana kavramı doğrultusunda değerlendirilecektir.

#### Amaçlı diyalog (Intentional dialogue)

Amaçlı diyalog; hemşire ve hasta arasında hikâyeyi ortaya çıkaran önemli bir aktivitedir. Doğru tavır ile sağlık öyküsünde meydana gelen değişiklikler sorgulanır. Sağlık sorunlarının karmaşık olması, yaşam koşullarında bazı rahatsızlıklara/ tedirginliğe neden olur. Bu tedirginliğin iyi anlaşılıp, sağlık sorunlarının çözümlenmesi hasta-hemşire arasındaki iletişime bağlıdır. Amaçlı diyalogta, hemşire daha önceden olan varsayımları terk eder, hikâye anlatıcısına bir uzman gibi saygı gösterir ve konunun anlamını netleştirmek için sorular sorar (Smith ve Liehr 2005, Liehr ve ark. 2006, Liehr ve Smith 2011, Fitzpatric ve McCarthy, 2014).

Şahin ve ailesinden izin alındıktan sonra planlanan tarihte görüşme gerçekleştirilmiştir. Görüşmede Şahin'e 'DKM tanısı aldıktan sonra neler yaşadın?, Kalp nakli olmak seni ve hastalık sürecini nasıl etkiledi?, Uzun bir aradan sonra komplikasyon gelişmesi ve hastanede tekrar tedavi sürecine dahil olmak sana neler hissettirdi?' soruları sorularak şu anda içinde bulunduğu durum ile ilgili hissettikleri açığa çıkarılmaya çalışılmıştır.

#### Kendisi ile bağ kurma (Connecting with self- in-relation)

Gelişmekte olan bir hikâyede, kişi şimdiki anda kendisinin farkındadır ve diğerleri ile ilişki halindedir. Kendi ile ilişki halinde olmak kendini görmek demektir. Diğer kişilerin ve zamanın farkında olmak, beden ifadelerine duyarlı olmak, geçmişin şu anın ve geleceğin farkında olmak demektir (Smith ve Liehr 2005, Liehr ve ark. 2006, Liehr ve Smith 2011, Fitzpatric ve McCarthy, 2014).

Şahin, geçmişte yaşadığı uzun ve zorlu sol ventrikül destek cihazı takılı hastane günlerinden sonra kalp nakli olduğu için kendini yeniden yaşama bağlanmış gibi hissettiğini ve bir süre de olsa eski hayatına geri döndüğü için mutlu olduğunu ifade etmiştir. Hasta, en çok kendinden bir yaş küçük kardeşini özlediğini, hemen iyileşip eve ve okula geri dönmek istediğini ifade etmiştir. Bu görüşmede Şahin'in kendisi ile bağ kurduğu, geçmişin farkında olduğu, şu anın geleceğini oluşturacağı için önemli olduğunu bildiği gözlemlenmiştir.

#### Kolaylaştırma (Creating ease)

Kolaylaştırma, bütün hikâyeyi anlamak için, hikâyede kopuk olan yerleri hatırlama olarak tanımlanmaktadır. Bu bölümün amacı karmaşık sağlık sorununun

çözümlemesine yardımcı olmaktadır. Bir hemşire, bir kişinin sağlık sorunu nedeniyle en önemli sorunu anlamak için hikâye teorisini kullanabilir. Bu zorluk/sorun; kanser tanısı, beklenmeyen gebelik veya bir işin ilk günü nedeniyle olabilir. Hemşire nerede çalışıyorsa orada hikâyeler ile ilgili bilgi toplayabilir. Hikâye ile bilgi toplamada kullanılan bazı yaklaşımlar kullanılır. Bunlar; aile ağacı, kendi kendine izlem kayıtları veya hikâye akışıdır (Smith ve Liehr 2005, Liehr ve ark. 2006, Liehr ve Smith 2011, Fitzpatric ve McCarthy, 2014).

#### Hikâye Akışı:

Hikâye akışı, uygulamada veya araştırmada kullanılabilen bir yaklaşımdır. Mevcut sağlık sorununu anlamak için durumla ilgili geçmiş olayları da anlamanın önemli olduğunu varsayar (Smith ve Liehr 2005, Liehr ve ark. 2006, Liehr ve Smith 2011, Fitzpatric ve McCarthy, 2014).

Hikâye akışının kavramsal yapısı, hikâye için veri toplamada rehberlik etmesi için kullanılabilir. Yöntem ne olursa olsun, hemşire mevcut sağlık sorununa yönelik en önemli durum hakkında kişiye sorular sormaya başlar. Sonra hemşire geçmişe gider ve şimdiki sağlık sorunu ile ilişkili durumlar hakkında sorular sorar. Son olarak, şimdiki sağlık durumu hakkında umutları ve hayalleri hakkında sorular sorar (Smith ve Liehr 2005, Liehr ve ark. 2006, Liehr ve Smith 2011, Fitzpatric ve McCarthy, 2014).

Hemşire, gündelik konuşmalardan toplanan hikâye öykülerini, bilimsel anlatılara dönüştürmek için sistematik bir süreç izlemelidir (Smith ve Liehr 2005, Liehr ve ark. 2006, Liehr ve Smith 2011, Fitzpatric ve McCarthy, 2014). Bu sürece sorgulama evreleri adı verilmektedir ve yedi basamaktan oluşmaktadır.

#### Sorgulama Evreleri

1. Sağlık sorunu hakkında veri toplamak
2. Hikâyeyi yeniden düzenlemek
3. Mevcut sağlık sorunu hakkında literatür ile bağlantı kurmak
4. Karmaşık sağlık sorununu isimlendirmek
5. Hikâye akışını tanımlamak
6. Çözüme yönelik davranışları belirlemek
7. Sağlık sorunu hakkında ekstra hikâye verisi toplamak

#### 1.Sağlık sorunu hakkında veri toplamak

Bu alan hemşirenin sağlık sorununa yönelik en önemli durumu öğrenmesi konusunda soru sormasını ister. Hikâye verisi toplamak için hemşire, hikâye akışı gibi yapılandırılmış yaklaşımlar kullanabilir (Smith ve Liehr 2005, Liehr ve ark. 2006, Liehr ve Smith 2011, Fitzpatric ve McCarthy, 2014).

Hikâye akışı kullanılarak Şahin'in sağlık verileri:

Şahin 53 kg ağırlığında, 165 cm uzunluğundadır. Boy persantili %10-25, kilo persantili %3-10 arasındadır. Bu değerler boy ve kilo anlamında sağlıklı akranlarından geri olduğunu belirtmektedir. Hastanın yaşam bulguları; vücut sıcaklığı 36.7 C, nabızı 80 vuruş/dk, kan basıncı 101\51 mmHg, solunum sayısı 23\dk'dır. Hasta tuz yönünden kısıtlı diyet ile beslenmektedir. İştahının azaldığını ifade etmiştir. Boşaltım sistemi özellikleri normaldir. Gece 8 saat, gündüz 2 saat uyumakta olduğunu ifade etmiştir. Tedavi saatlerinde ve hastane ortamında uykusunun sık sık bölündüğünü belirtmiştir. Gündüz hastane koridorunda yavaş tempolu yürüyüş yaptığını ancak hemen yorulduğunu ve solunum sıkıntısı oluştuğunu ifade etmiştir. Hasta halsiz ve solgun görünmektedir. Solunumu yüzeyseldir. Aile bireyleri ile sağlıklı iletişim kurduğu, klinikteki akranlarıyla yemek aralarında görüştüğü gözlenmiştir. Sağlık çalışanlarına soru sorduğu, tedaviye uyum gösterdiği, uygulanacak girişimler ile ilgili bilgi almak için sorular sorduğu gözlemlenmiştir. Yaşına uygun gelişimsel özellikler gösterdiği değerlendirilmiştir.

## 2.Hikâyeyi yeniden düzenlemek

Bu bölümde bir hemşire tarafından yeniden düzenlenmiş hikâye paylaşılacaktır.

Hastaya 2009 yılında dilate kardiyomyopati tanısı konmuştur. Yapılan tetkikler sonucunda kalp nakli olması uygun görülmüş ve uygun donör bulunana kadar hastane koşullarında sol ventrikül destek cihazı ile tedavi ve bakımı sağlanmıştır. Bu zaman diliminde baba, kardeş, arkadaş vb. aile ve sosyal çevre ortamından uzak kalmış ve okula devam edememiştir. Kalp naklinde sonra iki ay boyunca herhangi bir komplikasyon gerçekleşmemiş, tedavi ve bakımı tamamlandıktan sonra altmış birinci günde taburcu edilmiştir. Aile ortamına ve sosyal çevresine geri dönen, kardiyoloji polikliniği tarafından düzenli kontrolleri yapılan hasta şikâyetlerinin artması nedeniyle iki bin on bir yılında kardiyoloji bölümüne başvurmuş ve 'Nakledilmiş organ ve dokunun tanımlanmamış yetmezlik ve reddi' tanısı ile yatışı yapılmıştır. Karında asit birikimi olduğu tespit edilen hastaya farklı zamanlarda üç defa parasetez yapılmıştır. Hastadan toplamda dokuz litre asit aspire edilmiştir. Hasta şu anda karındaki şişlikten rahatsız olduğunu, kendisini iyi hissetmediğini belirtmiştir. Ayrıca evden ve arkadaşlarından uzak olduğunu, okuldan geri kaldığını, eski hayatına geri dönmek istediğini, artık hastaneden, tedavilerden çok sıkıldığını, sağlıklı olmak istediğini ifade etmiştir.

## 3. Mevcut sağlık sorunu hakkında literatür ile bağlantı kurmak

Burada, kalp nakli olan çocukların yaşam kalitesi hakkında mevcut literatüre bakılmalıdır (Smith ve Liehr 2005, Liehr ve ark. 2006, Liehr ve Smith 2011, Fitzpatrick ve McCarthy, 2014). 'Kalp nakli, yaşam kalitesi, çocuk, hemşirelik' kelimeleri ile tarama yapılmıştır.

## 4.Karmaşık sağlık sorununu isimlendirmek

Şahin'in hikâyesi ve mevcut literatüre bakıldığında karmaşık sağlık sorununun adı 'kalp naklinden uzun zaman sonra meydana gelen komplikasyonlar ile mücadele'dir.

Bu sağlık sorunun ismi, kalp naklinin üzerinden beş yıl geçtikten sonra düzenli kontrol ve tedaviye rağmen komplikasyon geliştiği ve hastanın yaşam kalitesini etkilediği için düşünülmüştür.

#### 5. Hikâye akışını tanımlamak

Hikâye akışının tanımlanması hikâyenin anlaşılması açısından ve hikâyenin niteliğinin belirlenmesi yönünden önemlidir. Hikâyenin duygusunu ve nasıl geliştiğini açığa kavuşturur. Bu bölümde hikâyenin yüksek noktası, düşük noktası ve dönüm noktası belirlenir (Smith ve Liehr 2005, Liehr ve ark. 2006, Liehr ve Smith 2011, Fitzpatric ve McCarthy, 2014).

Dönüm noktası; hikâyenin uzun sürmesini sağlayan durumlar veya olaylardır.

Düşük veya yüksek noktalar; hikâyenin iyi giden veya iyi gitmeyen olaylardır.

**Tablo 1.** Şahin'in Hikâyesinin Akış Tablosu

<b>Düşük noktalar</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sağlıklı giden bir hayat içinde akut başlayan şikâyetler,</li><li>• Tetkikler sırasında bilinç kaybı, şok tablosu,</li><li>• DKM tanısı,</li><li>• Kalp nakline karar verilmesi.</li><li>• Kalp nakli için 2 yıl hastanede sol ventrikül destek cihazı ile yaşaması,</li></ul>
<b>Dönüm noktası</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Uygun donör bulunması,</li></ul>
<b>Yüksek noktalar</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 2 yıl sonra uygun donör bulunması,</li><li>• Kalp nakli yapılması,</li><li>• Komplikasyon gelişmemesi,</li><li>• Uygun tedavi, bakım ve kontrollerle yaşamını devam ettirtmesi,</li></ul>

Hemşire kişinin dönüm noktası, yüksek noktası ve düşük noktasını belirlemek için hikâye hakkında daha fazla veri toplayabilir ve böylece kalp nakli olan bir bireyin yaşayabileceği sağlık sorunlarını analiz edilebilir (Smith ve Liehr 2005, Liehr ve ark. 2006, Liehr ve Smith 2011, Fitzpatric ve McCarthy, 2014).

#### 6.Çözüme yönelik davranışları belirleme

Şahin'in hikâyesini analiz ederken karşılaşılan soru; 'Şahin kalp naklinden beş yıl sonra meydana gelen karmaşık sağlık sorunlarını çözmek için nasıl hareket etti?'dir. Şahin iyileşmek için bütün enerjisini kullandı, aile bireyleri düzenli aralıklarla Şahin'i ziyarete geliyordu. Şahin tüm girişimler ve tedaviler ile ilgili bilgi istiyor, sorular soruyor ve tedaviye ondan sonra izin veriyordu. 'Kendim için ne yapabilirim?' sorusunu kendine soruyor ve hastalığını daha iyi yönetme yöntemleri arıyordu. Kendini zorlamamaya dikkat ediyor, hareket etmek yerine kitap okuduğunu, resim çizdiğini, atasözleri ve deyimleri çok sevdiğini bu nedenle anlamlarını öğrenmeye çalıştığını belirtmişti. Ayrıca gelecek planı yaptığını, hastaneden çıkınca hemen liseyi bitirip üniversite okumak istediğini bu nedenle mesleğini düşündüğü ifade etmişti.



Hikâyede sorunun çözümlenmesinde izlenen yaklaşımlar;

- 1) İyileşmek için bütün enerjiyi kullanmak
- 2) Geleceği planlamak
- 3) Keyifli iletişimlerde bulunmak
- 4) Kişisel görünüşe önem vermek
- 5) Yapabileceği aktiviteleri yapmak

7.Sağlık sorunu hakkında daha fazla hikâye verisi toplamak

Hemşire, belgelenmiş veya paylaşılmış karmaşık sağlık sorunları hakkında veri toplamaktadır. Bu şekilde hastanın deneyimlerini aynı sağlık sorununu yaşayan bireylerle paylaşması sağlanacaktır. Hasta deneyimlerini paylaşması ve diğer hastaların deneyimlerini öğrenmesiyle yalnızlık duygusu ile başa çıkabilecek, hastalık ile mücadelede daha kararlı olmasını sağlayacaktır.

### **SONUÇ VE ÖNERİLER**

Hikâye teorisi, bilginin edinilmesini sağlayan yedi aşama ile günlük hemşirelik uygulamalarına entegre edilebilir. Hikâyeler, insanı ve zamanı birbirine bağlayan deneyimlerin bir parçasıdır. Kim olduğumuzu, nerede olduğumuzu ve nereye gideceğimizin açık ifade etmektedir. Hikâye teorisi uygulamada hemşirelere rehberlik ederek, kişinin önemli sağlık durumları hakkında bilgi vermektedir. Bu hikâyede, kalp nakli olan ve beş yıl sonra sağlık sorunları ortaya çıkan adölesan hastanın nasıl çözümlenmeye çalıştığı anlatılmıştır. Bu olgu sunumunun aynı sorunu yaşayan başka bireylere yönelik veri oluşturarak, hemşirelik uygulamalarını şekillendirmeye yardımcı olacağı düşünülmektedir. Hemşireler, hikâye teorisine alışmaları ve uygulamaları için teşvik edilmelidir.

### **KAYNAKÇA**

- Barış N, Karabacak GB, Alpar ŞE. Roy Adaptasyon Modeline Göre Bir Hemşirelik Bakım Planı. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2015; 31 (2) :130-139.
- Birol L. Hemşirelik Süreci: Hemşirelikle İle-İlgili Kuramlar. İzmir; Etki Yayınları. 2004:451-452.
- Birol L. Hemşirelik Süreci. İzmir; Etki Yayınları. 2005.
- Conk Z, Bolşık B, Başbakkal Z. Pediatri Hemşireliği. Ankara, Akademisyen Kitapevi. 2013;401-413.
- Fawcett, JJ. Contemporary Nursing Knowledge Analysis And Evaluation Of Nursing Models And Theories. Philadelphia; F.A. Davis Company. 2005.
- Fitzpatrick JJ, McCarthy, G. Theories Guiding Nursing Research And Practice. New York; Springer Publishing Company. 2014.
- Gigliotti E. The Value Of Nursing Models İn Practice. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergi. 2008;1(1):42-50. <http://deuhyoedergi.xm.com/20080702.pdf>.
- Jolly K, Weiss AJ, Liehr P. Understanding Adolescent Voice As A Guide For Nursing Practise And Research. Issues in Comprehensive Pediatric Nursing. 2007;30:3-13.
- Köse H, Çil E. Çocuklarda Dilate Kardiyomyopati. Güncel Pediatri. 2005;3:70-3.
- Liehr P, Smith, MJ. Story Inquiry As A Method For Research. Archives of Psychiatric Nursing. 2007;21(2):120-121.

- Liehr P, Smith, MJ. Refining Story Inquiry As A Method For Research. Arch Psychiatr Nurs. 2011;25(1):74-5.
- Liehr P, Meininger JC, Vogler R, Chan W, Frazier L, Smalling S, et al. Adding Story-Centered Care To Standard Lifestyle Intervention For People With Stage 1 Hypertension. Appl Nurs Res. 2006;19(1):16-21.
- Moreno M, Durán M, Hernandez **CNS**. Nursing Care For Adaptation. Nurs Sci Q. 2009;22:67-73.
- Paşalak Şİ, Eroğlu K, Akyüz A. Kadın Sağlığı Hemşireliği Alanında Yapılan Araştırmalarda Kuram/Model Kullanımı. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2018;34(1):91-108.
- Smith MJ, Liehr P. Story Theory: Advancing Nursing Practise Scholarship. Holistic Nursing Practise. 2005;19(6):272-6.
- Şengün İnan F, Üstün B, Bademli K. Türkiye’de Kuram/Modele Dayalı Hemşirelik Araştırmalarının İncelemesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2013;16:(2):132-139.
- Törtüner EK, Büyükgönenç L. Çocuk Sağlığı-Temel Hemşirelik Yaklaşımları. Ankara, Gökçe Ofset. 2012:472-497.

**EGE ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ DERGİSİ**  
**SON KONTROL LİSTESİ**

- 1. Makalenin Türü
- Araştırma
- Derleme
- Olgu sunumu

**Başlık Sayfası**

- 2. Makalenin Türkçe ve İngilizce başlığı büyük harf ile yazıldı.
- 3. Yazarlar ve kurumları belirtildi.
- 4. Tüm yazarların yazışma adresleri, iş tel, gsm, e-posta belirtildi.
- 5. Makale bir kongrede sunulmuş ise, sunulduğu toplantı ve yılı belirtildi.

**Özet Sayfası**

- 6. Türkçe ve İngilizce yapılandırılmış özet yazıldı (250-300 sözcük).
- 7. Türkçe ve İngilizce özet birbiriyle uyumlu.
- 8. Türkçe ve İngilizce anahtar sözcükler yazıldı.
- 9. Özetler sayfası metnin 1. sayfası olacak şekilde numaralandırıldı.

**Ana Metin**

- 10. Açık, güncel ve rahat anlaşılır Türkçe kullanıldı.
- 11. Gramer ve yazım kurallarına uyuldu.
- 12. Yeni, alışılmadık ve yabancı terimler kullanılmışsa yanlarına Türkçe eş anlamlılarına yer verildi.
- 13. Kısaltmalar kullanılmışsa ilk kullanımda terimin yanında parantez içinde kısaltması belirtildi.
- 14. Araştırma makalelerinde alt bölüm başlıkları istenen şekilde yazıldı.
- 15. Derleme makaleler giriş anlatımını izleyen alt başlıklarda toplanarak uygun bir sonuç anlatımıyla bağlantılı bir şekilde sunuldu.
- 16. Bilimsel etik ilkelere uyulduğu belirtildi. Etik kurul izin yazısı eklendi.

**Kaynaklar**

- 17. Kaynak gösterimi metin içinde belirtilen kurallara (yazar soyadı ve yayın tarihi) uygun olarak yapıldı.
- 18. Kaynaklar alfabetik sıra ile dizildi ve kaynak gösterimi kurallara uygun olarak yapıldı.
- 19. Doğrudan yararlanılmayan herhangi bir kaynak kullanılmadı (Elimde kaynakların tümü mevcut ve gerektiğinde dergi yayın kuruluna bunu ispat edebilirim.)

**Tablo ve Resimler**

- 20. Belirtilen kurallara uygun olarak hazırlandı.
- 21. Başka kaynaklarda alınan şekil, resim, tablolarda kaynak gösterildi.

**Tüm Makale**

- 22. Makalenin sayfa kenar boşlukları kontrol edildi.
- 23. Makalenin satır aralıkları uygun.
- 24. Makalenin ilgili bölümlerinde uygun yazı karakteri kullanıldı.
- 25. Makalenin ilgili bölümleri uygun puntoda yazıldı.
- 26. Makale sayfa sınırlarını aşmayacak şekilde yazıldı.
- 27. Makalede uygun şekilde sayfa numarası verildi.

**EGE ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK  
FAKÜLTESİ DERGİSİ**

**Yazarlık/Yayın Hakkı Onay Formu**

.....

.....

.....

Başlıklı makalenin yazar / yazarları olarak yayın hakkını Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi'ne vermeyi kabul ediyorum/ ediyoruz. Yayınlanmasını istediğimiz bu makalenin Türkçe ve yabancı dilde herhangi bir dergiye yayınlanmak üzere gönderilmediğini ve daha önce hiçbir dergide yayınlanmadığını bildirip, yazının içeriği ile ilgili etik ve bilimsel sorumluluğu üstlendiğimi/ üstlendiğimizi kabul ederim/ederiz.

**Yazar/ Yazarlar**

**İmza**

**Tarih**

## DERGİ YAZIM KURALLARI

**Yayının Kabulü:** Basılması istenen yazılar, aşağıda belirtildiği şekilde, dergi editörlüğüne gönderilecektir. Makaleler üç bağımsız hakem tarafından incelenip, onayları alındıktan sonra yayınlanabilir. Hakemler, gerekli gördükleri yazılara değişiklik önerebilirler. Makalenin yayınlanmasında son karar, editör görüşü ile Dergi Yayın Kuruluna aittir. Dergide yayınlanan yazılar için, herhangi bir ücret ya da karşılık ödenmez. Gönderilen yazıların kabul edilip edilemeyeceği yazarlara bildirilir. Makalenin kabulü halinde, başlıkların altına yazar ad(lar)ı kurum adresleri ve e-mail adresleri eklenip gönderilecektir.

**Makalenin Hazırlanışı:** Makale, Microsoft Word programında A4 kağıt boyutunda yazılmalıdır. Başlık 10 punto Times New Roman, Özet 9 punto Times New Roman, ana metin 10 punto, tablo ve kaynaklar 8 punto olacak şekilde yazılmalıdır. Araştırma raporları 16 sayfa, derleme ve olgu sunumları 10 sayfayı (kaynaklar dahil) geçmemelidir.

Makalenin Yazılışı şu sırayı izlemelidir.

### BAŞLIK SAYFASI

- Türkçe Başlık (Büyük harf ile),
- İngilizce Başlık (Büyük harf ile),
- Yazarların adları ve soyadları (soyadı büyük harf ile)
- Yazarların Yazışma adresleri, kurum adresleri, e-mail adresleri
- Makale bir kongrede bildiri olarak sunulmuş ise, sunulduğu toplantı ve yılı belirtilmelidir.

### ÖZET SAYFASI

Özetler Türkçe ve İngilizce Olmak üzere iki dilde olmalı, yazının Türkçe ve İngilizce başlıklarını taşımalı, araştırmacının temel anlamını metne bakmayı gerektirmeyecek şekilde 250-300 sözcük ile yansıtılmalıdır.

Araştırma makalelerinin özetleri; "Amaç", "Gereç ve Yöntem", "Bulgular ve Sonuç" bölümleri ile anahtar sözcükleri içermelidir. Anahtar kelimelerin "Türkiye Bilim Terimleri"nden seçilmesi gerekmektedir. Bilgi için adresten yararlanılmalıdır. (<http://www.bilimterimleri.com>).

Araştırma makalelerinin İngilizce özetleri; "Objective", "Methods", "Results", "Conclusion" ve "Key Words" bölümlerini içermelidir. İngilizce anahtar kelimeler "Medical subject Headings (MESH)"e uygun olarak verilmelidir. (<http://cwww.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>)

Derleme Makalelerinin özetleri; Giriş, amaç, gelişme ve sonuç anlamı taşıyacak şekilde içeriği tam olarak yansıtılmalıdır. Anahtar Sözcükler yer almalıdır. Derleme makalelerinin İngilizce özetleri; aynı şekilde olmalıdır.

Olguların Sunumu özetleri olguyu kısaca tanımlamalı ve hemşirelik süreçlerini içermelidir. İngilizce özetleri de aynı şekilde olmalıdır.

Özetler sayfası metnin birinci sayfası olacak şekilde numaralandırılmalıdır.

### DERGİNİN YAYIN DİLİ

Derginin yayın dili Türkçe'dir. Ancak Yurtdışından gelen çok önemli İngilizce makalelere de yer verilebilir.

### METİN:

Dil ve biçim (üslup) açısından aşağıdaki özellikleri taşımalıdır.

- Açık, güncel ve rahat anlaşılır olmalıdır.
- Gramer ve yazım kurallarına uyulmalıdır.
- Yeni, alışılmadık ve yabancı terimler kullanılmışsa yanlarında Türkçe eş anlamlarına yer verilmelidir
- Kısaltmalar kullanılmışsa ilk kullanımda terimin yanında parantez içinde kısaltması belirtilmiş olmalıdır.
- Bilimsel etik ilkelere uyulduğu belirtilmiş olmalı ve etik kurul izin yazısı eklenmelidir.
- Makale bir kongrede bildiri olarak sunulmuş ise, sunulduğu toplantı ve yılı belirtilmelidir.

**Araştırma Raporları:** Giriş, Amaç, Gereç ve Yöntem, Bulgular ve Tartışma, Sonuç ve Öneriler, Kaynaklar başlıklarını taşıyan bölümlerden oluşmalıdır. Araştırmaya katılmamış, ancak destek sağlamış olan kişi ve kuruluşlara teşekkür başlığı altında teşekkür edilebilir. Verilerin toplanmasında, örneklem gruplarının haklarının korunması açısından etik kurallara uyulduğu açıkça belirtmeli, kritik gruplarla yürütülen çalışmalarda etik kurul veya kurum izin belgelerinin fotokopileri eklenmelidir.

**Tablo ve Şekiller:** Grafik, fotoğraf ve çizimlere sıra numarası verilmelidir. Her tablonun üstünde ve şekillerin altında sıra numarası ve şekilleri kısaca açıklayan bir anlatım bulunmalıdır. Araştırma raporları derleme ve olgu sunumları için en çok 4 şekil kabul edilmektedir. Tablo, şekil ve grafikler, bilgisayarda çizilip metin içinde olması gereken yere yerleştirilmelidir. Net baskı elde edilebilmesi için, şekil, resim/fotoğraflar ayrı birer .jpg veya .gif dosyası olarak (pixel boyutu yaklaşık 500x400, 8 cm eninde ve 300 çözünürlükte taranarak), dergiye ayrıca iletilmelidir. Resim/fotoğraflar renkli, ayrıntıları görülecek derecede kontrast ve net olmalıdır. Başka bir kaynaktan alınan tablo ve şekillerin altına, alındığı kaynak şu şekilde belirtilmelidir.

Güvenç B (1970) Kültür kuramında bütüncülük sorunu üzerine bir deneme. Ankara, s.51'den alındı.

Fotoğrafların eni 11 cm. boyu 15 cm.'i aşmamalı, metin içinde fotoğrafın yerleştirileceği yer boş bırakılıp fotoğraf altına gerekli açıklama yapılmalıdır.

**Derlemeler:** Konuyu yeterince irdelleyen kapsamlı literatür taramasına dayandırılmış olmalı; giriş anlatımını izleyen alt başlıklarda toplanarak gelişme ve sonuç anlatımıyla sunulmuş olmalıdır. Kaynakça kullanım kurallarına uyulmalıdır.

**Olgu Sunumları:** Giriş, Olgu Sunumu, Tartışma ve Kaynaklar verilerek yazılmalıdır. Olgu sunumu fotoğraf ve akış şemaları ile desteklenebilir. Fotoğraf ve akış şemaları için gerekli izinler alınmalıdır.

**Son Kontrol Listesi:** Son Kontrol listesi gözden geçirilip, imzalandıktan sonra gönderilen yayına eklenerek gönderilmelidir. (ayrı bir sayfa olarak)

**Yazarlık/Yayın Hakkı Onay Formu:** Tüm yazarlar tarafından imzalanmış olarak gönderilmelidir.

## KAYNAK KULLANIMI

**Metin içinde:** Yazarın soyadı ve yazının yayın tarihi ile birlikte belirtmeli, yazar ve tarih arasına virgöl konmamalıdır. İki yazarlı kaynaklarda, yazarların her ikisinin soyadı, ikiden fazla yazarlılarda ise, birinci yazarın soyadı ve "ve ark." şeklinde belirtilmelidir.

### Örnekler

(Graydon 1988), depresyonun...

(Sarna ve Mc Corkle 1996), araştırmalarında.....

(Lasry ve ark. 1987), yaptıkları çalışmada.....

.....saptanmıştır (Graydon 1998).

.....ortaya çıkarılmışlardır (Bard ve Sutherland 1955).

Ancak cümle başlangıcında kullanırken kullanım şekli aşağıdaki gibi;

Sarna ve Mc Corkle araştırmalarında .....(1996). olacaktır.

Aynı yazarın, aynı yıldaki değişik yayınları (Bayık 1996 a, Bayık 1996 b) şeklinde belirtilmelidir.

Birden çok yazar aynı anda gösterileceği zaman, aynı parantez içinde virgülle ayrılarak gösterilmelidir. Kaynaklar tarih sırasına göre sıralanmalıdır.

### Örnek:

(Argon 1992 , Karadakovan 1992).

**Kaynakçada:** Kaynaklar, alfabetik sıra ile dizilmelidir. Yazar ad (lar) ının baş Harfleri arasına noktalama işaretleri konulmamalıdır. Üç Yazara kadar çoğul yazarlı kaynaklarda, yazar soyadı ve adının baş harfini izleyerek aralarına virgöl konulmalıdır. Üçten fazla yazarlı kaynaklar, ilk üç isimden sonra "ve ark." şeklinde belirtilmelidir. Kongre bildirileri, kişisel deneyimler kaynak olarak gösterilmemelidir.

Dergi isimleri kısaltılmış olarak veriliyorsa, Index Medicus'a uygun olarak ve/veya derginin ilan ettiği şekildeki kısaltma varsa bu şekilde kısaltılmalıdır. Eğer kısaltma kullanmayan bir dergi ise, kısaltma yapılmayıp, dergi adı aynen yazılmalıdır. Dergi makalesi, kitap isimleri yazılırken, ilk kelimenin baş harfi büyük, diğerleri küçük harfle yazılmalıdır.

## **Kaynakların Yazılışı İle İlgili Örnekler**

### **Dergi Makalesi**

Yazar(lar)ın soyad(lar)ı ve isimlerinin baş harfleri, makale ismi, dergi ismi, yıl, cilt, sayı, sayfa no'su belirtilmelidir.

- Stephane A. Management of Congenital Cholesteatoma with Otoendoscopic Surgery: Case Report. J Med Sci 2010; 30(2): 803-7.
- Lorig K, Gonzales VM, Ritter P & et al. Comparison of Three Methods of Data Collection in an Urban Spanish-Speaking Population. Nurse Res 1997; 46(4): 230-4.

### **Dergi Eki (Supplement)**

- Kocaman N, Kutlu Y, Ozkan S. Predictors of Psychosocial Adjustment in People with Physical Disease. J Clin Nurs 2007; 16(3A Suppl.): 6-16.

### **Kitap:**

Yazar(lar)ın soyad(lar)ı ve isim(ler)inin baş harfleri, bölüm başlığı, editör(lerin) ismi, kitap ismi, kaçınıcı baskı olduğu, şehir, yayınevi, yıl ve sayfalar belirtilmelidir.

- Karasar N. Araştırmalarda Rapor Hazırlama. 8.Baskı. Ankara: 3A Araştırma Eğitim danışmanlık Ltd; 1995. 101-112.
- Terakye G. Hemşirelikte İletişim ve Hasta Hemşire İlişkileri. 2. baskı. Ankara: T.C.Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü; 1994.

### **Yabancı Dilde Yayınlanan Kitaplar için:**

- Gorman LM, Raines ML, Sultan DF. Psychosocial Nursing for General Patient Care. 2 nd ed. USA: F.A. Davis Company; 2002.
- Solcia E, Capella C, Kloppel G. Tumors of the Exocrine Pancreas. 2 nd ed. Washington: Armed Forces Institute of Pathology; 1997. 145-210.

### **Kitap Bölümü:**

- Kaufman CA, Wyatt RJ. Neuroleptic Malignant Syndrome. In: Melszer HY, Editor. Psychopharmacology. New York: Raven Pres; 1987.
- Underwood LE, Van Wyk JJ. Normal and Aberrant Growth. In: Wilson JD, Foster DW, Editors. Williams' Textbook of Endocrinology. 1st ed. Philadelphia: WB Saunders; 1992. 1079-138.

### **Kitap Çevirisi:**

- Wise MG, Rundell JR. (1994) Konsültasyon Psikiyatrisi. Çevirenler: Tüzer T, Tüzer V. Ankara: Compos Mentis Yayınları; 1997.

Metin içinde "(Wise ve Rundell 1994)" şeklinde gösterilir.

- Hofling CK, Leininger MM. (1960) Hemşirelikte Ana Psikiyatrik Kavramlar. Çeviren: Kumral A. İstanbul: Vehbi Koç Vakfı Yayınları; 1983.

### **Yazar ve Editörün Aynı Olduğu Kitaplar**

- Uyer G. Yeni Bir Birimin Planlanması ve Organizasyonu. İçinde. Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi El Kitabı. Uyer G, Editor. 1.basım. İstanbul: Birlik Ofset Ltd. Sti; 1986. 56-61.
- Eken A. Kozmesötikler: Kozmetiklerle İlaçlar Arası Ürünler. Eken A, Editör. Kozmesötik Etken Maddeler. 1.Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2006. 1-7.

### **Yazar Adı Olmayan Yayınlar**

#### **(Sık kullanılan Çeviri Kaynaklara Örnekler):**

American Psikiyatri Birliği (1994) Mental Bozukluklarının Tanısal ve Sayımsal El Kitabı. Çeviren: Köroğlu E. 4.baskı. Ankara: (DSM-IV.) Hekimler Yayın Birliği; 1995.

Metin içinde "American Psikiyatri Birliği (1994)" şeklinde gösterilir.

### **Yayınlanmamış Tez**

Yavaş O. Bir Üniversite hastanesinde Çalışan Hemşirelerin İş Doyumu Ve Örgütsel Gereksinimlerine İlişkin Bir İnceleme. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 1993. 53-55.

### **Basılmamış Yayınlar**

Gordes G, Cole JO, Haskell D.& et al. The Naturel History of Tardive Dyskinesia. J.Clin Psychopharmacol. (Inpress).

### **İnternet üzerinden alınan belgeler kaynak Olarak Kullanılıyorsa:**

Yararlanılan yazının yazarı, yazarı yoksa kurum adı UNICEF gibi kurum adı yoksa kaynak gösterilmemelidir. Yayının internet kaynağı varsa Yayının başlığı, internet adresi ve son erişim tarihi belirtilerek gösterilebilir.

- Lee DS, Austin PC, Rouleau JL, Liu PP, Naimark D, Tu JV. (November 19, 2003). Predicting mortality among patients hospitalized for heart failure. The Journal of the American Medical Association, 290(19): 2581-2587. Retrieved November 23, 2003, from <http://jama.ama-assn.org/cgi/content/abstract/290/19/2581>.

### **Yayın resmi yayın olarak gösterilecekse;**

- American Nurses' Association. Statement on psychiatric mental health nursing practice and standards of psychiatric-mental health clinical practice. Washington: American Nurses' Publishing; 1994.

Kaynakların doğruluğundan yazarlar sorumludur. Doğrudan yararlanılmayan ya da başka kaynaklardan aktarılmış kaynaklar belirtilmemeli, basılmamış eserler, kişisel haberleşmeler, Medline taramalarından ulaşılan makalelerin özetleri kaynak gösterilmemelidir.