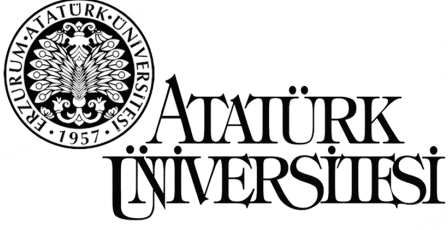


ISSN : 1309-5471



ANADOLU HEMŞİRELİK VE SAĞLIK BİLİMLERİ DERGİSİ

Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences

Cilt / Volume 21

Sayı / Number 2

Nisan-Haziran / April-June 2018

S A H İ B İ

Atatürk Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi Adına
Prof. Dr. Mağfiret KAŞIKÇI

Editör: Prof. Dr. Nadiye ÖZER

Editör Yardımcısı: Dr.Öğr.Üyesi Aslı SİS ÇELİK

Yazı İşleri Müdürü: Prof. Dr. Nadiye ÖZER

Sekreter: Dr.Öğr.Üyesi Hatice POLAT

Yayın Yürütme Kurulu:

Doç. Dr. Gülay İPEK ÇOBAN

Dr.Öğr.Üyesi Fatma KURUDİREK

Dr.Öğr.Üyesi Nihan TÜRKOĞLU

Dr.Öğr.Üyesi Vesile ESKİCİ

Dizgi: Araş. Gör. Emrah AY

Araş. Gör. Merve KAYA

Araş. Gör. Seda KARAMAN

Araş. Gör. Zeynep OLÇUN

Cilt 21, Sayı 2 Hakem Kurulu /Volume 21, No 2 Advisory Board

Prof. Dr. Asiye AKYOL

(Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi)

Prof. Dr. Ayfer ÖZBAŞ

(İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi)

Prof. Dr. Ayşe OKANLI

(İstanbul Medeniyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi)

Prof. Dr. Ayşegül BİLGE

(Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi)

Prof. Dr. Ayşegül İşler Dalgıç

(Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi)

Prof. Dr. Gül ERTEM

(Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi)

Prof. Dr. Nevin HOTUN ŞAHİN

(İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi)

Prof. Dr. Rana Yiğit

(Mersin Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi)

Prof. Dr. Reva BALCI AKPINAR

(Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi)

Prof. Dr. Sebahat Gözüm

(Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi)

Doç. Dr. Cantürk ÇAPIK

(Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi)

Doç. Dr. Dilek ÖZMEN

(Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi)

Doç. Dr. Emel YILMAZ

(Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi)

Doç. Dr. Gülay İpek ÇOBAN

(Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi)

Doç. Dr. Murat BEKTAŞ

(Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi)

Doç. Dr. Nuray AKYÜZ

(İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi)

Doç. Dr. Nurgül BÖLÜKBAŞ

(Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi)

Doç. Dr. Serap ÖZER

(Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi)

Doç. Dr. Sibel KÜÇÜKOĞLU

(Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi)

Yazışma Adresi

Dr.Öğr.Üyesi Hatice POLAT
Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
25240/ERZURUM

Tel: 0-442-2311448

E-mail: hyodergi@atauni.edu.tr

Fax: 0-442-2360984

Web: http://e-dergi.atauni.edu.tr

Baskı

Eser Ofset Matbaacılık

Saraybosna Cad. Altunalem Sitesi D Blok 69/B 0442 2334667 Yakutiye/ERZURUM

EDİTÖRDEN OKURA

Değerli okurlar, 2018 yılının ikinci sayısında sizlerle 7'si araştırma 2'si derleme olmak üzere 9 makale paylaşıyoruz. İlk iki çalışma sağlık alanına kazandırılmış ölçek çalışması olup; yenidoğan anneleri ve kalp yetmezliği olan hastalarla araştırma yapacak araştırmalar için önem taşımaktadır. Kronik kalp damar hastalığı olan bireylerin hastalık algısının incelendiği bir diğer çalışmanın; kronik hastalık yönetimine hasta katılımını sağlamaya yönelik araştırmalar için yol gösterici olacağı düşünülmektedir. Araştırma kategorisindeki diğer çalışma; psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin şizofreni hastalarına yönelik damgalamaya ilişkin görüşleri ve önerilerini ortaya koymaktadır. Çalışmada şizofreniye yönelik damgalanmanın tamamen yok edilmesinin çok gerçekçi bir yaklaşım olmadığı ve tutumların değişmesinin uzun zaman alacağı yönündeki bulgu bu alanda girişimsel çalışma yapacak araştırmacılara rehber olabilecek niteliktedir. Biyo-psiko-sosyo-kültürel boyutları olan infertile alanında gerçekleştirilen, primer infertil kadınların infertiliteye bağlı yaşadıkları stres düzeyleri ve etkileyen bazı faktörlerin belirlenmesi başlıklı çalışmada; infertil kadınların kişisel ve evlilik alanında ileri düzeyde stres yaşadıkları saptanmış, tüm sağlık profesyonelleri içinde birey, aile ve toplumla daha fazla mesleki iletişim içinde bulunan hemşirenin eğitimci ve danışman rolüne vurgu yapılmıştır. Kronik otitis media nedeniyle tip I timpanoplasti ameliyatı yapılan hastalarda belirlenen hemşirelik tanımlarını değerlendiren bir diğer çalışmada; hemşirelerin hastalarda belirledikleri tanımların literatürle benzeştiği ancak tanımlar ve ilişkili faktörler açısından eksiklikler olduğu saptanmıştır. Çalışma tanıyı koymanın ötesinde, girişim uygulamada önemli olan ilişkili faktörlerin saptanmasında eksikliğe dikkat çekmesi açısından önemlidir. Araştırma kategorisindeki son çalışmanın, son zamanlarda hemşirelik uygulamalarında güncel bir konu olan, rehber hemşirelikle ilgili görüşleri incelemesi açısından dikkat çekici olduğu düşünülmektedir.

İşitme sorunu olan çocuğa yaklaşım ve cerrahi alan enfeksiyonlarının önlenmesinde ameliyathane sürecinde normoterminin sağlanması konulu iki derlemenin de özellikle bu alanlarda çalışan araştırmacıların ilgisini çekeceğini umuyorum.

Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi olarak, bundan sonraki sayılarımızda çalışmaların intihal programı ile değerlendirilmesi ve benzerlik oranının % 15'in altında olması karara bağlanmıştır. Ayrıca dergimize aşamalı bir geçişle derleme kategorisinde sadece sistematik reviewler kabul edilecektir. Dergimize çalışma gönderecek yazarların bu noktaları dikkate almaları gerekmektedir.

Bir sonraki sayıya kadar kalın sağlıcakla.

Editör

Prof. Dr. Nadiye ÖZER

İÇİNDEKİLER

Editörden Okura

ARAŞTIRMA MAKALELERİ

1. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Bebeği Yatan Anneler İçin Bakıma Katılımı Değerlendirme Ölçeği: Ölçek Geliştirme, Geçerlik ve Güvenirliği (*The Participation in Caregiving Assessment Scale for the Mothers Had Babies in the Neonatal Intensive Care Unit: Development, Validity and Reliability of Scale*)
Emine ÇAKMAK, Zekiye KARAÇAM..... 69-78
2. Kalp Yetmezliği Hastalarının Öğrenme Gereksinimleri Envanteri'nin Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması (*The Validity and Reliability Study of The Turkish Version of The Heart Failure Patients Learning Needs Inventory*)
Betülây KILIÇ, Gülcan BAĞÇIVAN, Nalan AKBAYRAK, Hatice ÇİÇEK..... 79-88
3. Kronik Kalp Damar Hastalığı Olan Bireylerin Hastalık Algısının İncelenmesi (*Investigation of The Disease Perception of Individuals with Chronic Cardiovascular Disease*)
Gülcan BAĞÇIVAN, Esra TANRIVER, Betülây KILIÇ..... 89-96
4. Psikiyatri Kliniğinde Çalışan Hemşirelerin Şizofreni Hastalarına Yönelik Damgalamaya İlişkin Görüşleri ve Önerileri (*Psychiatric Nurses' Opinions and Suggestions about Stigmatization of Schizophrenia*)
Burcu CEYLAN, Arzu KOÇAK UYAROĞLU 97-103
5. Primer İnfertil Kadınların İnfertiliteye Bağlı Yaşadıkları Stres Düzeyleri ve Etkileyen Bazı Faktörlerin Belirlenmesi (*Determining The Stress Level of Infertile Women Due to Infertility and The Some Factors That Affect Their Stress Level*)
Aslı SİS ÇELİK, Nurcan KIRCA..... 104-114
6. Kronik Otitis Media Nedeniyle Tip 1 Timpanoplasti Ameliyatı Yapılan Hastalarda Belirlenen Hemşirelik Tanılarının Değerlendirilmesi (*Evaluation of Nursing Diagnoses Relating to The Patients Who Underwent Type 1 Tympanoplasty Operation Because of Chronic Otitis Media*)
Sevgi VERMİŞLİ PEKER, Meryem YAVUZ VAN GIERSBERGEN, İbrahim ÇUKUROVA, Bilgen ULAMIŞ..... 115-122
7. Rehber Hemşirelik Kursunun Hemşirelerin Rehber Hemşirelik Hakkındaki Görüşlerine Etkisi (*Effects of Mentoring Course on The Opinions of The Nurses on Mentor*)
Serpil SÜ, Aliye ÇAYIR, Bilgen ÖZLÜK, Emine GEÇKİL..... 123-129

DERLEME MAKALELER

8. Duyusal Bozuklukları Olan Çocuk ve Hemşirelik Bakımı: İşitme Sorunu Olan Çocuğa Yaklaşım (*Child with Sensitive Disorders and Nursing Care: Approach to Child with Hearing Problem*)
Fatma TAŞ ARSLAN, Sevil ÖZKAN..... 130-136
9. Cerrahi Alan Enfeksiyonlarının Önlenmesinde Ameliyat Sürecinde Normoterminin Sağlanması (*Prevention of Surgical Site Infections During The Operative Process Maintain of Normothermia*)
Gül ÇAKIR, Dilek ÇİLİNGİR..... 137-143

Bu dergi Türkiye Tıp Dizini ile Türkiye Atıf Dizini kapsamında yer almaktadır.

ARAŞTIRMA

YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE BEBEĞİ YATAN ANNELER İÇİN BAKIMA KATILIMI DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ: ÖLÇEK GELİŞTİRME, GEÇERLİK VE GÜVENİRLİĞİ

Emine ÇAKMAK*

Zekiye KARAÇAM**

Alınış Tarihi: 14.02.2017

Kabul Tarihi: 16.04.2018

ÖZET

Amaç: Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebeği yatan annelerin bakıma katılmalarını değerlendirmek için Bakıma Katılımı Değerlendirme Ölçeği geliştirmek ve geçerlik ve güvenirliliğini incelemektir.

Yöntem: Araştırma metodolojik olarak yapılmıştır. Araştırmaya Temmuz 2013 ve Haziran 2015 tarihleri arasında, Pamukkale Üniversitesi Hastanesi Çocuk Cerrahi ve Denizli Devlet Hastanesi yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde bebeği yatan 340 anne dâhil edilmiştir. Araştırma verileri anne ve bebeklerine ilişkin verilerin sorgulandığı soru formu ve Bakıma Katılımı Değerlendirme Ölçeği ile toplanmıştır.

Bulgular: Bakıma Katılımı Değerlendirme Ölçeği'nin madde ayırt edicilik gücünün kestirilmesi için yapılan alt-üst %27'lik grup ortalamalarının karşılaştırılması analizi sonrasında dört adet maddenin işlemediği ve ölçeğin son halinin 19 maddeden oluştuğu görülmüştür. Ölçeğin Kuder-Richardson iç tutarlık katsayısı 0.76 ve iki-yarım test için eşdeğerlik katsayısı $r = 0.61$ ($p = 0.000$) olarak hesaplanmıştır. Yine ölçeğin güvenirliliğini test etmek için annelerin bildirdiği ve hemşire / ebelerin gözlemlediği annelerin bakıma katılma uygulamalarının birbirleriyle uyumu incelenmiş ve Kendall's Uyuşum Katsayısının 0.79 ($p = 0.001$) olduğu saptanmıştır. Uzman görüşü ve uyum geçerliği (Pearson Korelasyon: 0.88; $p = 0.000$) çalışmaları ölçeğin geçerli olduğunu göstermiştir.

Sonuç: Bu çalışma, Bakıma Katılımı Değerlendirme Ölçeği'nin geçerlik ve güvenirlilik analiz sonuçlarının yeterli düzeyde olduğunu ve yenidoğan yoğun bakımda bebeği yatan annelerin bebeklerinin bakımına katılma durumlarının değerlendirilmesinde kullanılabileceğini göstermiştir.

Anahtar kelimeler: Yenidoğan, yüksek risk, bakım verici, anne, bakıma katılma, Bakıma Katılımı Değerlendirme Ölçeği, geçerlik, güvenirlilik, hemşirelik, ebelik.

ABSTRACT

The Participation in Caregiving Assessment Scale for the Mothers Had Babies in the Neonatal Intensive Care Unit: Development, Validity and Reliability of Scale

Aim: To evaluate the validity and reliability of the Participation in Caregiving Assessment Scale developed to evaluate the involvement to infants care of mothers had infants in the neonatal intensive care unit.

Method: The study was carried out as methodologically. The study was made with 340 mothers had babies in the newborn intensive care units of Pamukkale University Hospital Paediatric Surgery and Denizli State Hospital, between July 2013 and June 2015. The research data were collected by questionnaire of the data about the mother and infant and the Participation in Caregiving Assessment Scale.

Results: After the compare analysis of the means of the upper and lower 27% groups made to evaluate the power of discrimination of the item the Participation in Caregiving Assessment Scale, it was observed that four items did not operate and the scale was composed of 19 items. The Kuder-Richardson internal consistency coefficient of the scale was 0.76 and the equivalence coefficient for the two-half test was $r = 0.61$ ($p = 0.000$). In order to test the reliability of the scale, was examined to the accordance between participation in caregiving practices of the mothers declared by mothers and observed by nurses / midwives, Kendall's Compliance Coefficient was found to be 0.79 ($p = 0.001$). Studies of expert opinion and concordance validity (Pearson Correlation: 0.88; $p = 0.000$) showed that this scale has valid.

Conclusion: This study showed that the results of the validity and reliability analysis of the Participation in Caregiving Assessment Scale were adequate and could be used in the assessment the participation in caregiving status of the mothers had babies in the newborn intensive care unit.

Keywords: Newborn, high-risk, caregiver, mother, participation, Participation in Caregiving Assessment Scale, validity, reliability, nursing, midwifery.

* Pamukkale Üniversitesi Hastanesi Çocuk Cerrahi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi, Denizli (Uzman Ebe)

Orcid ID: 0000-0002-2810-5993, e-posta: eminecakmak86@gmail.com

****Sorumlu yazar:** Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebeler Bölümü, Aydın (Prof. Dr.)

Orcid ID: 0000-0002-0419-8961, e-posta: zekiyekaracam@yahoo.com, zkaracam@adu.edu.tr

GİRİŞ

Yenidoğanlar bazen solunum sıkıntısı, yetersiz beslenme ve tıbbi müdahale gereksinimi gibi nedenlerle profesyonel bakım ve tedavi almak üzere hastaneye yatırılmaktadır (Demirel, Tezel, Özbaş, Oğuz, Erdeve, Uras ve ark. 2013). Bu durum, bebeklerin aileleri ve özellikle de anneleri ile iletişimlerini kesintiye uğratmaktadır. Bu nedenle, annelerin yoğun bakım ünitesindeki bebekleri ile iletişimlerinin sürdürülmesi ve onların bakımlarına katılmalarının sağlanması, anne-bebek bağlanması, annelik rolünün edinilmesi ve anne-bebek sağlığı için önemli ve gereklidir (Eras, Atay, Durgut Şakrucu, Bingöler ve Dilmen 2013; Karaaslan, Baykoç ve Dönmez 2015).

Yoğun bakım ünitesindeki yüksek riskli bebeklerinin bakımına katılmak pek çok anne için tedirgin edici ve zor olabilir (Jiang, Warre, Qiu, O'Brien and Lee 2014; Porat-Zyman, Taubman-Ben-Ari and Spielman 2017). Hemşire ve ebeler anneye bebeğin sağlık durumu ile ilgili açıklayıcı, yeterli ve doğru bilgiyi zamanında vermelidir. Hemşire ve ebe öncelikle anne-bebek bağlanmasının kısa zamanda güvenli bir şekilde sağlanması için, anne ile bebeğin mümkün olan en kısa sürede bir araya getirilmesini sağlayabilecek girişimleri planlamalıdır. Annelerin bebeklerinin bakımına katılmalarının sağlanması ve desteklenmesi bu sürece katkı sağlayabilir. Ayrıca ebeveynler ile hastanede yatış süresi boyunca, ailenin eve geçiş sürecine nasıl hazırlanacakları tartışılmalı ve bakım becerileri geliştirilmelidir. Bu konuda Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (2015) tarafından hazırlanan Yüksek Riskli Bebek İzlem Rehberi'nden yararlanılabilir.

Yüksek riskli yenidoğan bakım hizmetleri daha çok bebek odaklı verilmektedir. Literatür incelendiğinde, yenidoğan yoğun bakım ünitesinde (YYBÜ) bebeği yatan anneler ile ilgili son yıllarda yapılan çalışmaların daha çok annelerin gereksinimleri, yaşadığı güçlükler ve duyuşsal problemlerinin saptanmasına ilişkin olduğu görülmüştür (Çırlak ve Erdemir 2013; Konukbay ve Arslan 2011; Türkoğlu, Yalçınöz Baysal ve Küçüköğlü 2014; Yıldız ve Akbayrak 2014). Bakıma katılma ile ilgili iki çalışmada ise annelerin genellikle hastanede yatan bebeklerinin hijyen ve beslenme bakımlarına katıldıkları bildirilmiştir (Ayyıldız Kuzlu, Kalıncı ve Köse Topan 2011; Boztepe ve Çavuşoğlu 2009).

Yenidoğanların yoğun bakımda bulunduğu süreçte, mümkün olan en erken dönemde, annelerin bebekleri ile birlikte olma ve bakımına

katılmaları, bağlanma sürecine, bebeğin büyüme-gelişmesine ve ebeveynlerin bebeklerine ilişkin kaygılarının azaltılmasına, bebek bakım becerilerini ve annelik rolünü geliştirmelerine katkı sağlayabilir (Aagaard ve Hall 2008; Evans, Whittingham and Boyd 2012; Guillaume, Michelin, Amrani, Benier, Durrmeyer, Lescure et al. 2013; Holditch-Davisa, White-Trautb and Levy 2014). Bu nedenle yoğun bakım ünitesinde bebeği yatan annelerin bebeklerinin bakımına katılmalarının geliştirilmesi için, öncelikle bu konu ile ilgili mevcut durum ve problemlerin tanımlanması gereklidir. Bu tanımlamanın standart ve doğru bir şekilde yapılması, geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı ile sağlanabilir. Bu konudaki mevcut literatür incelendiğinde, ülkemizde yapılan bir yüksek lisans tez çalışmasında "Annelerin Bakım Becerileri Kontrol Listesi" geliştirildiği ve kullanıldığı görülmüştür (Balcı 2006). Ancak halen, ülkemizde, bu konuda kapsamlı, geçerlik ve güvenilirlik sonuçları ortaya konulmuş bir ölçme aracına gereksinim bulunmaktadır. Bu nedenle, bu çalışma yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebeği yatan annelerin bakıma katılmalarını değerlendirmek için bir ölçüm aracı geliştirmek ve geliştirilen Bakıma Katılımı Değerlendirme Ölçeği'nin geçerlik ve güvenilirliğini incelemek amacı ile yapılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu araştırma, Temmuz 2013 ve Haziran 2015 tarihleri arasında metodolojik olarak yapılmıştır. Araştırmanın uygulaması Denizli ilinde bulunan Pamukkale Üniversitesi Hastanesi Çocuk Cerrahi YYBÜ ve Denizli Devlet Hastanesi birinci ve ikinci düzey YYBÜ'nde yapılmıştır. Araştırmanın evrenini, Denizli Pamukkale Üniversitesi Hastanesi Çocuk Cerrahi YYBÜ'nde Ocak 2012- Ocak 2013 tarihleri arasında yatan toplam 33 bebek ve Denizli Devlet Hastanesi YYBÜ'nde Ağustos 2012 ve Ağustos 2013 tarihleri arasında yatan toplam 1158 bebeğin anneleri oluşturmuştur. Araştırmanın örnekleme alınması gerekli olan en az birey sayısı, ölçme aracı geçerlik güvenilirlik ve korelasyon testleri için uygun görülen, ölçek madde sayısı (23) X 10 yöntemi ile hesaplanmış ve 230 olarak bulunmuştur (Akgül 2003). Araştırmaya yoğun bakım ünitesinde 0-2 aylık bebeği bulunan, ilköğretim ve daha fazla eğitimi olan, bebeği en az 24 saattir yoğun bakım ünitesinde bulunan, Türkçe konuşup anlayabilen ve bebeğin bakımına (emzirme, alt değiştirme, kucaklama, duygusal destek içeren sevgi sözcükleri söyleme vb.)

katılabilen anneler dâhil edilmiştir. Araştırmaya gelişi güzel (olasılıksız) örnekleme yöntemi ile 340 bebeğin annesi davet edilmiştir. Araştırmanın dahil etmeme kriterleri, annenin yoğun bakım ünitesine girmesine engel teşkil eden herhangi bir hastalığa (bulaşıcı enfeksiyon hastalıkları vs gibi) sahip olma, fiziksel engeli (görme, işitme, hareket etme gibi) olma ve herhangi bir psikiyatrik hastalık tanısı almış olma idi. Ancak davet edilen kadınların hiçbirinde bu durumlar bulunmamakta idi, tamamı çalışmaya katılmayı kabul etti ve çalışma 340 kadın ile tamamlandı.

Araştırma verileri anne ve bebekleri ile ilgili bilgilerin sorgulandığı soru formu ve Bakıma Katılımı Değerlendirme Ölçeği'ni ile toplanmıştır. Soru formu, literatüre dayalı olarak araştırmacılar tarafından hazırlanmıştır (Güdücü Tüfekçi ve Yıldız 2010; Stevens, Gazza and Pickler 2014; Kaynak ve Sunal 2013; Taş Arslan ve Turgut 2013). Soru formunda annelerin sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerini (15 soru) ve bebeğe ait bilgileri (9 soru) sorgulayan toplam 24 soru yer almakta idi. Soru formunun geliştirilmesi, kapsam ve görünüm geçerliliğinin sağlanması için kadın doğum, çocuk sağlığı ve hastalıkları alanında çalışan 5 öğretim üyesinden uzman görüşleri alınmış ve yapılan öneriler doğrultusunda yeniden düzenlenmiştir. Soru formu, araştırmacı tarafından anneler ile yüz yüze görüşme yapılarak doldurulmuştur.

Bakıma Katılımı Değerlendirme Ölçeği: Bu ölçek, çalışmada annelerin yoğun bakımda yatış süreçleri boyunca bebeklerinin bakımına katılma durumlarını değerlendirmek amacı ile araştırmacılar tarafından literatüre (Aagaard and Hall 2008; Balcı 2006; Çırlak ve Erdemir 2013; Evans, Whittingham and Boyd 2012; Guillaume, Michelin, Amrani, Benier, Durrmeyer, Lescure et al. 2013; Hala, Elaine and Lynn 2009; Jiang, Warre, Qiu, O'Brien and Lee 2014; Konukbay ve Arslan 2011), deneyim ve gözlemlere dayalı olarak geliştirilmiştir. Ölçekte, geçerlik çalışması öncesinde annelerin yoğun bakım ünitesindeki bebeklerin bakım gereksinimine dayalı ve anneler tarafından yapılabilecek temel bakım becerilerini kapsayan 23 madde bulunmakta idi. Madde analizi sonrası, ölçeğin madde sayısı 19'a düşmüştür (Şekil 1). Ölçek'te annelerin yaptığı bakım uygulamaları "Evet" ve "Hayır" olarak işaretlenmektedir. Ölçeğin değerlendirilmesi ölçek toplam puanı hesaplanarak yapılmış ve toplam ölçek puanı ölçekte "Evet: 1 ve Hayır: 0" olarak kodlanan maddelerin sayısı toplanarak elde edilmiştir. Elde edilebilecek toplam puanlar

0-19 arasında değişmekte (madde analizi öncesi bu sayı 0-23 idi) ve puanın artması annenin bakıma katılmasının arttığını göstermektedir. Ölçeğin ters çevrilen maddeleri ve alt boyutu bulunmamaktadır.

Bakıma Katılımı Değerlendirme Ölçeği'nin kapsam geçerliliğini sağlamak için yenidoğan servislerinde çalışan hemşire, ebe, hekim ve pediatri hemşireliği alanında çalışan akademisyenlerden oluşan 12 uzmanın görüşü alınmış ve öneriler doğrultusunda yeniden düzenleme yapılmıştır. Ölçeğin geçerlik ve güvenilirliğini saptamak için, bu ölçek hem anneler ile yüz yüze görüşme yapılarak onların bildirimine, hem de hemşire ve ebelerin gözlemlerine dayalı olarak iki kez doldurulmuştur.

Veri toplama araçlarının anlaşılabilirliği ve uygulanabilirliği geliştirmek için YYBÜ'nde bebeği yatan 10 anne ile ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonucunda formlarda değişikliğe gereksinim olmamıştır ve ön uygulama kapsamına alınan anneler araştırma örnekleme dâhil edilmiştir.

Verilerin toplanmasında, önce YYBÜ'nde bebeği yatan ve bebeğinin bakım uygulamalarına katılan anneler ile görüşülmüş, çalışma hakkında kapsamlı bilgi verilmiş, çalışmaya davet edilmiş ve yazılı onamları alınmıştır. Daha sonra birinci araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak soru formu doldurulmuştur. Yine annenin bildirdiği bakıma katılma durumunu belirlemek amacı ile annelere Bakıma Katılımı Değerlendirme Ölçeği'nde yer alan bakım uygulamalarına katılıp katılmadıkları sorulmuş ve kayıt edilmiştir. Bu işlem yaklaşık 25-35 dakikada tamamlanmıştır. Daha sonra annelerin yoğun bakım ünitesindeki ziyaretleri sırasındaki bebeklerinin bakım uygulamalarına katılma durumları gözlenmiş ve Bakıma Katılımı Değerlendirme Ölçeği'ne kaydedilmiştir. Araştırmacının gözlemleyemediği bakım uygulamalarını da belirleyebilmek için, bebeğin bakımından sorumlu olan hemşire ve ebelerin Bakıma Katılımı Değerlendirme Ölçeği'ni incelemeleri ve daha önce gözlemledikleri bakıma katılma uygulamalarını kayıt etmeleri sağlanmıştır. Bu işleme örneklem hacmi tamamlanana kadar devam edilmiştir. Ayrıca, veri toplama işleminin tamamlanmasından sonra, annelerin bebek bakımına ilişkin soruları cevaplanmış ve eksiklikleri giderilmiştir.

Araştırmaya katılan annelerin tamamı gözlemlenmiştir. Araştırmacının gözlemleyeme-

diği bakım uygulamalarını da belirlenebilmesi için, diğer ebe ve hemşirelerin gözlemlerinin alınmasına gereksinim duyulmuştur. Gözlem yapan hemşire ve ebeler araştırma hakkında bilgilendirilmiş ve onlardan rutin bakım hizmetleri sırasında annelerin neleri yapabildiklerine dikkat etmeleri istenmiştir. Anneler, biri araştırmacı olmak üzere, bebeklerinin rutin bakım hizmetlerini yürüten ebe ve hemşireler tarafından ve rutin bakım hizmetleri sırasında gözlemlenmişlerdi ve gözlemlendiklerinin farkında değillerdi.

Verilerin Analizi

Araştırmadan elde edilen veriler Statistical Package for the Social Sciences Version 18.0 (SPSS Inc., IL, USA) programı ile analiz edilmiştir. Annelerin tanımlayıcı verileri yüzdelik, aritmetik ortalama±standart sapma ile gösterilmiştir. Annelerin sosyo-demografik değişkenlerinin Bakıma Katılımı Değerlendirme Ölçeği toplam puanı üzerindeki etkileri varyans analizi, t testi, Mann Whitney U testi ile incelenmiştir. Ölçeğin güvenilirliğini belirlemek için, iç tutarlık (Kuder-Richardson yöntemi) ve iki-yarım test güvenilirlik analizleri yapılmıştır. Bu çalışmada annelerin ve gözlemcilerin Bakıma Katılımı Değerlendirme Ölçeği puanları arasındaki korelasyon Kendall's Uyuşum Katsayısı ve korelasyon testi ile incelenmiştir.

Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırma protokolü Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından onaylanmıştır (Protokol No: 2013/308, Tarih: 17.01.2014). Araştırmanın Denizli ili Devlet Hastanesi YYBÜ'nde ve Pamukkale Üniversitesi Hastanesi çocuk cerrahisi YYBÜ'nde bebeği yatan anneler ile yapılabilmesi için Denizli İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliğinden ve Pamukkale Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Müdürlüğünden yazılı izin alınmıştır. Araştırma kapsamına alınan annelere araştırma ile ilgili bilgi verilmiş ve yazılı onamları alınmıştır.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Annelerin yaş ortalamasının 27.65±5.64 (aralık: 18-47), %35.6'sının ilkökul mezunu olduğu, %26.2'inin gelir getiren bir işte çalıştığı ve %7.4'ünün sağlık güvencesinin bulunmadığı ve %84.1'inin çekirdek ailede yaşadığı saptanmıştır. Annelerin diğer sosyo-demografik ve obstetrik özellikleri ile bu bebeklerinin planlı ve istenen gebelik olma, prenatal bakım alma ve daha önceki bebekleri ile ilgili YYBÜ deneyimi ile ilgili verileri Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1. Annelerin Tanımlayıcı Özellikleri (N=340)

Tanımlayıcı özellikler	Sayı	Yüzde
Eğitim durumu		
İlkokul	121	35.6
Ortaokul	85	25.0
Lise	79	23.2
Üniversite ve lisansüstü	55	16.2
Gelir getiren bir işte çalışma	89	26.2
Sağlık güvencesi olma	315	92.6
Algılanan gelir durumu		
Gelir gidere göre düşük	112	32.9
Gelir ile gider birbirine eşit	192	56.5
Gelir giderden fazla	36	10.6
Çekirdek ailede yaşayan	286	84.1
Gebelik sayısı		
1	128	37.6
2 ve 3	160	47.1
4 ve 5	52	15.3
Canlı doğum sayısı		
1	137	40.3
2 ve 3	183	53.8
4 ve 5	20	5.9
Yaşayan çocuk sayısı		
1	139	40.9
2 ve 3	181	53.2
4 ve 5	20	5.9
Kürtaj sayısı		
Yok	289	85.0
1	40	11.7
2	7	2.1
3	4	1.2
Kendiliğinden düşük sayısı		
Yok	310	91.2
1	26	7.6
2-9	4	1.2
Ölü doğum sayısı		
Yok	325	95.6
1	14	4.1
2	1	0.3
Planlı gebeliğe sahip olma	293	86.2
Gebeliğini isteme	325	95.6
Doğum öncesi bakım hizmetlerinden yararlanma	300	88.2
Daha önce YYBÜ deneyimine sahip olma	29	8.5

Bebeklerin %55.3'ünün sezaryen ile doğduğu, %55.6'sının erkek olduğu, %41.8'inin prematüre (<37 gebelik haftası) ve %36.8'inin 2500 gr altında oldukları, daha çok patolojik sarılık (n=68, %18.5), prematürite (n=58, %15.8), respiratuvar distres sendromu (n=57, %15.5), düşük doğum ağırlığı (n=30, %8.1) ve yüksek ateş (n=22, %6.0) nedenleri ile yatırıldığı saptandı. Anne ve bebeklere ilişkin diğer veriler Tablo 2'de yer almaktadır.

Tablo 2. Annelerin Doğuma ve Bebeklerine İlişkin Özellikleri (N=340)

Özellikler	Ortalama±SS (min-max)	
Bebeğin doğum kilosu	2700.29±861.06 (700-5000)	
YYBÜ'nde kalma süresi (gün)	8.43±11.27 (1-85)	
İlk anne-bebek temasının yeri ve zamanı		
Doğum ünitesi / dakika	12.57±13.05 (1-60)	
YYBÜ / saat	6.33±8.58 (1-36)	
YYBÜ / gün	5.19 ±8.09 (1-60)	
Bebeklerini bir günde görme sayısı	6.28±2.43 (1-20)	
	Sayı	Yüzde
Doğum şekli		
Vajinal doğum	152	44.7
Sezaryen	188	55.3
Bebeğin cinsiyeti		
Kız	151	44.4
Erkek	189	55.6
Gestasyonel yaş (hafta)		
25-36 (prematüre)	140	41.2
37-42 (matür)	200	58.8
Bebeğin doğum kilosu (g), n (%)		
700-999	4	1.2
1000- 1499	33	9.7
1500- 2499	88	25.9
2500- 3999	198	58.2
4000- 5000	17	5.0
Bebeklerin tanıları / YYBÜ'ne alınma nedenleri*		
Sarılık	68	20.0
Prematürite	58	17.1
Respiratuvar Distres Sendromu	57	16.8
Düşük doğum ağırlığı)	30	8.8
Hipertermi	22	6.5
Mekonyum aspirasyonu	16	4.7
Sepsis	16	4.7
Beslenme Problemi Eksikliği	13	3.8
Bronşiolit	12	3.5
Özofagus atrezisi	11	3.2
Pnömoni	5	1.5
Pilor stenozu	4	1.2
Hidronefroz	4	1.2
Nekrotizan enterekolit	3	0.9
Kusma	3	0.9
İntestinal atrezi	2	0.6
İdrar yolu enfeksiyonu	2	0.6
Bağırsak Enfeksiyonu	2	0.6
Ano rectal malformasyon	2	0.6
Diğer**(her hastalık bir bebekte bulunmaktadır)	17	5.0

*Bazı bebeklerde birden fazla tanı / YYBÜ'ne alınma nedeni vardı. Yüzdeler 340 üzerinden hesaplandı.

**Gastroşizis, monitör takibi, omfalit, geçici takipne, kordon dolanması, malrotasyon, postmatürite, besin aspirasyonu, amfiyem, akciğerde büyüme, batın içi kitle, duodenal atrezi, teratom, kardiyak üfürüm, inkarsere herni, bağırsak perforasyonu, ileostomi açılması, pierre robin sendromu, trakeostomi açılması, hirschsprung.

Araştırmaya katılan annelerin belirttikleri ve gözlenen bebek bakımına katılma durumları Tablo 3'de verilmiştir. Annelerin Bakıma Katılımı Değerlendirme Ölçeği puan ortalaması 10.89±4.10 (aralık: 1-20.) ve hemşire ve ebelerinki 11.15±3.66 (aralık: 2-18) idi. Ölçeğin ayırt edicilik gücü yetersiz olan maddeleri (14,

20, 21 ve 23. maddeler) çıkarıldıktan sonraki puan ortalamaları ise anneler için 9.92±4.07 (aralık: 1-17) ve hemşire ve ebelerinki için 10.18±3.63 (aralık: 1-17) olarak bulunmuştur. Annelerin yaşı, eğitim durumu, mesleği, gelir durumu ve aile tipi ile ilgili verilerin Bakıma Katılma Gözlem Formu toplam puanı üzerindeki

etkileri varyans analizi, t testi, Mann Whitney U testi ile incelenmiştir. Yapılan analizler sonucunda belirtilen sosyo-demografik özelliklerin Bakıma Katılımı Değerlendirme Ölçeği toplam puanı üzerindeki etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$). Ancak sağlık güvencesi

olmayan annelerin Bakıma Katılımı Değerlendirme Ölçeği toplam puan ortalamalarının (12.48 ± 4.24), sağlık güvencesi olan annelere (11.04 ± 3.59) göre daha yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu bulunmuştur ($Z=-2.143$; $p=0.032$).

Tablo 3. Annelerin Katıldıklarını Belirttikleri ve Gözlenen Bebek Bakım Uygulamaları (N=340)

Madde. Bebek bakımına katılma uygulamaları*	Annelerin bildirdiği		Gözlenen	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
1. Emzirme / biberonla besleme	264	78.5	226	78.2
2. Kilo değişimlerini sorma / araştırma	239	70.3	251	73.8
3. Gazını çıkarma	254	74.7	260	76.5
4. İdrar ve gaita çıkışını kontrol etme	186	54.7	214	62.9
5. Uygun pozisyonda yatırma	223	65.6	245	72.1
6. Alt temizliğini yapma	267	78.5	270	79.4
7. Giysilerini giydirme / çıkarma	53	15.6	26	7.6
8. Elini yüzünü silme	140	41.2	139	40.9
9. Banyo yaptırma veya yardım etme	29	8.5	12	3.5
10. Ağız bakımı yapma	36	10.6	29	8.5
11. Kucağına alma	283	83.2	279	82.1
12. Pışpışlama, sakinleştirme	285	83.8	318	93.5
13. Dokunma, elini tutma, okşama	333	97.9	334	98.2
14. Sevgi sözcükleri ya da ninni söyleme	314	92.4	322	94.7
15. Emzik verme	92	27.1	92	27.1
16. Girişim öncesi, sırası veya sonrasında kucağına alma	114	33.5	112	32.9
17. Soluk alıp verdiğini kontrol etme	282	82.9	295	86.8
18. Uyanık olduğu dönemlerde bakım vermeyi tercih etme	113	33.2	132	38.8
19. Genel durumdaki bozulmanın farkına varma	162	47.6	181	53.2
20. Kanguru bakımı yapmaya katılma	10	2.9	58	1.5
21. NG ve OG ile besleme	-	-	-	-
22. Yara bakımı yapma (stoma, cilt travması, gastrostomi, kolostomi, trakeostomi gibi)	15	4.4	6	1.8
23. Diğer	4	1.2	2	0.6

*Anneler bir ve daha fazla uygulamaya katılmışlar, ancak yüzde hesabı 340 üzerinde yapılmıştır.

Geçerlik ve Güvenirlik Sonuçları

Alt-üst %27'lik grup ortalamalarının karşılaştırılması ile madde ayırt edicilik gücünün kestirilmesi

Bakıma Katılımı Değerlendirme Ölçeği'nin madde ayırt edicilik gücünün kestirilmesinde alt-üst %27'lik grup ortalamalarının karşılaştırılması yönteminden yararlanılmıştır. Literatürde maddeleri 1-0 şeklinde puanlanan ölçek maddelerinin analizinde alt-üst %27'lik grup ortalamalarının karşılaştırılması ile madde ayırt edicilik gücünün kestirilmesi yönteminin kullanılacağı belirtilmektedir (Erkuş 2003; Hovardaoğlu 2000).

Bu yöntemle her madde için iki karşılaştırma grubu (%27'lik alt ve üst gruplar) oluşturulmuştur. Oluşturulan grup sayıları $n=92$ ($340 \times 0.27=91.8$) olduğu için grup ortalamalarının karşılaştırılmasında t-testi kullanılmıştır. Bu iki karşılaştırma grubunun o maddeye verdikleri tepkilerin ortalamaları arasındaki fark, üst grubun lehine anlamlı düzeyde ise, madde alt ve üst grubu iyi ayırt ediyor anlamına gelmektedir (Erkuş 2003). Bakıma Katılımı Değerlendirme Ölçeği'nin madde analizi anneler bildirim ile hemşire ve ebelerin gözlem sonuçları arasındaki ilişki yüksek – çok yüksek düzeyde korelasyon gösterdiğinden (Pearson Korelasyon: 0.88, $p=0.000$; Akgül 2003), sadece hemşire ve

ebelerin gözlem sonuçlarına göre yapılmış ve Tablo 4’de verilmiştir. Annelerin bildiri ile hemşire ve ebelerin gözlem sonuçları arasındaki korelasyonun yüksek – çok yüksek düzeyde olması, hemşire ve ebeler tarafından yapılan gözlemlerin büyük oranda anneler tarafından da doğrulandığı anlamına gelmektedir. Klinik uygulamada, bakıma katılma hemşire ve ebeler tarafından değerlendirileceğinden, bu analizin hemşire ve ebelerin gözlem sonuçlarına göre

yapılması uygun görülmüştür. Tablo 4 incelendiğinde; 14, 20, 21 ve 23. maddelerde gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür. Bu nedenle bu maddelerin ayırt edicilik gücünün yetersiz olduğu kabul edilmiş ve ölçekten çıkarılmıştır. Daha sonraki istatistiksel analizlerde bu dört madde analize dâhil edilmemiş ve ölçeğin son şekli şekil 1’de sunulmuştur.

Tablo 4. Ölçek Maddelerinin Analizinde Alt-Üst %27’lik Grup Ortalamalarının Karşılaştırılması ile Madde Ayırt Edicilik Gücünün Kestirilmesi (n=340)

Madde No	%27 alt grup ortalaması±SS	%27 üst grup ortalaması±SS	t	p değeri	%95 Güven aralığı	
					Alt	Üst
1. Madde	0.36±0.48	1.00±0.00	-12.755	0.000	-0.741	-0.542
2. Madde	0.58±0.50	0.95±0.23	-6.484	0.000	-0.482	-0.257
3. Madde	0.34±0.48	1.00±0.00	-13.381	0.000	-0.761	-0.565
4. Madde	0.19±0.39	0.97±0.18	-17.491	0.000	-0.871	-0.694
5. Madde	0.15±0.36	1.00±0.00	-22.517	0.000	-0.922	-0.774
6. Madde	0.37±0.49	1.00±0.00	-12.459	0.000	-0.730	-0.531
7. Madde	0.00±0.00	0.21±0.41	-4.867	0.000	-0.290	-0.123
8. Madde	0.04±0.21	0.82±0.39	-16.791	0.000	-0.862	-0.681
9. Madde	0.00±0.00	0.11±0.31	-3.331	0.001	-0.173	-0.044
10. Madde	0.01±0.10	0.21±0.41	-4.466	0.000	-0.282	-0.109
11. Madde	0.44±0.50	1.00±0.00	-10.877	0.000	-0.668	-0.463
12. Madde	0.82±0.39	1.00±0.00	-4.542	0.000	-0.265	-0.105
13. Madde	0.95±0.23	1.00±0.00	-2.287	0.023	-0.101	-0.008
14. Madde	0.91±0.28	0.98±0.15	-1.961	0.051	-0.131	-0.000
15. Madde	0.07±0.25	0.55±0.50	-8.407	0.000	-0.604	-0.374
16. Madde	0.04±0.21	0.73±0.45	-13.349	0.000	-0.786	-0.584
17. Madde	0.67±0.47	1.00±0.00	-6.636	0.000	-0.423	-0.229
18. Madde	0.04±0.21	0.82±0.39	-16.791	0.000	-0.862	-0.681
19. Madde	0.28±0.45	0.84±0.37	-9.080	0.000	-0.675	-0.434
20. Madde	0.00±0.00	0.02±0.15	-1.422	0.157	-0.052	-0.008
21. Madde	0.00±0.00	0.00±0.00	--	--	--	--
22. Madde	0.00±0.00	0.05±0.23	-2.287	0.023	-0.101	-0.008
23. Madde	0.00±0.00	0.02±0.15	-1.422	0.157	-0.052	-0.008

BAKIMA KATILIMI DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ		
Gözlem Tarihi:/...../..... Gözlem Saati:		
Bebek bakımına katılma uygulamaları	GÖZLEM	
	Evet / Hayır	Bebegin bu bakıma gereksinimi yok
1. Emzime/ biberonla besleme		
2. Kilo değişimlerini sorma / araştırma		
3. Gazını çıkarma		
4. İdrar ve gaita çıkışını kontrol etme		
5. Uygun pozisyonda yatırma		
6. Alt temizliğini yapma		
7. Giysilerini giydirme / çıkarma		
8. Elini yüzünü silme		
9. Banyo yapma veya yardım etme		
10. Ağız bakımı yapma		
11. Kucağına alma		
12. Pırpışlama, sakinleştirme		
13. Dokunma, elini tutma, okşama		
14. Emzik verme		
15. Girişim öncesi, sırası veya sonrasında kucağına alma		
16. Soluk alıp verdiğini kontrol etme		
17. Uyanık olduğu dönemlerde bakım vermeyi tercih etme		
18. Genel durumdaki bozulmanın farkına vama		
19. Yara bakımı yapma (stoma cilt travması, gastrostomi, kolostomi, trakeostomi gibi)		
Toplam puan		

Gözlem formunda annelerin yaptığı bakım uygulamaları "Evet (+)" ve "Hayır (-)" olarak işaretlenmektedir. Puanlamada, davranışın sıklığı dikkate alınmaz, (+) işaretlerinin toplam sayısı, toplam ölçek puanını oluşturur. Elde edilebilecek toplam gözlem puanı 0-19 arasında değişmekte ve puanın artması bakıma katılmamın arttığını göstermektedir.

Gözlem yapının Adı-Soyadı:

Şekil 1. Bakıma Katılımı Değerlendirme Ölçeği

Güvenirlilik sonuçları

Çalışmada Bakıma Katılımı Değerlendirme Ölçeği'nin güvenirliliği Kuder-Richardson yöntemi ve Kendall's Uyuşum Katsayısı ile incelenmiştir. Bakıma Katılma Gözlem Formu'nun güvenirliliği, ölçek maddeleri 1-0 (Evet, Hayır) şeklinde ikili puanlandığı için Kuder-Richardson yöntemi ile (Erkuş 2003; Hovardaoğlu 2000) hesaplanmış ve 0.76 olarak bulunmuştur. Ölçeğin iki-yarım test için eşdeğerlik katsayısı $r=0.61$ ($p=0.000$) olarak hesaplanmıştır. Erkuş (2003), kabul edilebilir ölçek güvenirlilik katsayısının alt sınırının 0.70 olduğunu bildirmiştir. Bu sonuca göre Bakıma Katılımı Değerlendirme Ölçeği'nin güvenirlilik katsayısının yeterli düzeyde olduğu söylenebilir.

Çalışmada Bakıma Katılımı Değerlendirme Ölçeği'nin güvenirliliğini belirlemek için, annelerin bildirimine ve ebe / hemşirelerin gözlemlerine dayalı olarak

Kendall's Uyuşum Katsayısı hesaplanmış ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur (0.79 ; $p<0.001$). Buna göre annelerin bildirdiği ile ebe ve hemşirelerin gözlemlendiği annelerin bakıma katılma durumları birbiriyle uyumlu bulunmuş ve Bakıma Katılımı Değerlendirme Ölçeği güvenilir olarak kabul edilmiştir.

Geçerlik sonuçları

Bakıma Katılımı Değerlendirme Ölçeği'nin geçerliği uzman görüşü ve uyum geçerliği yöntemleri ile test edilmiştir. Bu ölçme aracının kapsam geçerliğini sağlamak için yenidoğan servislerinde çalışan ebe (2), hemşire (5), hekim (3) ve pediatri hemşireliği alanında çalışan akademisyenlerden (2) uzman görüşü alınmış ve öneriler doğrultusunda yeniden düzenlenmiştir. Ölçeğin uyum geçerliğini belirlemek için annelerin bildirimine ve ebe / hemşirelerin gözlemlerine dayalı hesaplanan toplam puanlar arası Pearson Korelasyon

katsayısı hesaplanmış ve 0.88 olarak bulunmuştur. Bu sonuçlara göre annelerin bildirim ile hemşire ve ebelerin arasında yüksek – çok yüksek düzeyde ilişki olduğu (Akgül 2003) saptanmıştır ve bu sonuç ölçeğin geçerli olduğunu göstermektedir.

Bu araştırmanın bazı sınırlılıkları bulunmaktadır. *Birincisi*, veri toplama araçlarının bir bölümü kendini bildirim yöntemi ile doldurulmuştur. Yine araştırmaya katılmayı kabul etmelerine rağmen, bazı anneler postpartum dönemde ve hastane ortamında olma, yoğun stres yaşama ve her an bebeklerinin kendilerine ihtiyacı olabileceği endişesi ile isteksiz davranmışlar ve sorulara yeterince konsantre olamamışlardır. Bu nedenlerle, soru formlarında yer alan verilerin güvenilirliği annelerin verdiği cevaplar ile sınırlıdır. *İkincisi*, bazı anneler doğum sonrası evlerinde bebeklerine bakım verdikleri için, annelerin bildirdiği bebek bakım uygulamalarının tamamı araştırmacı, klinik hemşire ve ebeleri tarafından gözlenememiştir. *Üçüncüsü*, araştırmaya katılan anneler gelişmiş güzel örnekleme yöntemi ile belirlendiğinden, araştırmanın sonuçları sadece örnekleme alınan anneleri temsil etmektedir.

SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Bu çalışma Bakıma Katılımı Değerlendirme Ölçeği'nin geçerlik ve güvenilirliğinin yeterli düzeyde olduğunu ve yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebeği yatan annelerin bakıma katılmalarını değerlendirmek için kullanılabilmesi sonuçlarını açığa çıkarmıştır. Bu sonuçlara dayalı olarak; (1) yenidoğan yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşire ve ebelerin annelerin bebeklerinin bakıma katılma durumlarını bu ölçekten yararlanarak gözlemlenmeleri ve onların bakıma

katılma konusunda problem yaşadıkları alanları saptamaları ve bu alanlara ilişkin çözüm geliştirmeleri, (2) örgün ve yaygın hemşirelik ve ebelik eğitim programlarında, YYBÜ'nde bebeği olan annelerin bakıma katılmalarının önemini değerlendirilmesi ve geliştirilmesi konularına yer verilmesi (3) hastane ve klinik yöneticilerin annelerin bebeklerinin bakımına katılımını destekleyecek ve geliştirecek biçimde fiziksel ortamı düzenlemeleri, kurumsal politika ve strateji oluşturmaları ve destek sağlamaları (4) bu formun farklı klinikler ve sosyo-kültürel özelliklerin bulunduğu ortamlarda yeniden test edilmesi önerilebilir.

Teşekkür

Bu çalışma, Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebeler Anabilim Dalı tarafından yapılan "Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Bebeği Yatan Annelerin Bakıma Katılmalarının Kaygı Düzeyleri ve Bakım Sorunlarını Çözme Becerileri ile İlişkisi" başlıklı yüksek lisans tez çalışmasının veri toplama formlarının geliştirilmesi aşamasında yapılmıştır. Çalışmanın yürütülmesi sırasında uzman görüşü ile katkıda bulunan sağlık çalışanları ve öğretim üyelerine, çalışma verilerinin toplanması sırasında katkı sağlayan sağlık bakım kurum çalışanları ve yöneticileri ile çalışmaya katılan kadınlara teşekkür ederiz.

Çalışmanın Fonu

Bu çalışma "Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Bebeği Yatan Annelerin Bakıma Katılmalarının Kaygı Düzeyleri ve Bakım Sorunlarını Çözme Becerileri ile İlişkisi" başlıklı tez projesi kapsamında Adnan Menderes Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi tarafından desteklenmiştir.

KAYNAKLAR

Aagaard H, Hall EOC. Mothers' experiences of having a preterm infant in the neonatal care unit: A meta-synthesis. *Journal of Pediatric Nursing* 2008; 23(3): 26-35.

Akgül A. Tıbbi Araştırmalarda İstatistiksel Analiz Teknikleri: SPSS Uygulamaları. 2. Baskı. Ankara: Emek Ofset Ltd. Şti.; 2003, 3082-402.

Ayyıldız Kuzlu T, Kalıncı N, Köse Topan A. Üniversite hastanesinde çocuklara verilen bakımın aile merkezli bakım yönünden incelenmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2011; 6(16): 1-17.

Balcı S. Preterm bebeğin evdeki bakımına yönelik hemşirelik girişimlerinin bebeğin büyüme-gelişmesine ve annelerin bakım sorunlarını çözme

becerilerine etkisi. Doktora Tezi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Türkiye. 2006.

Boztepe H, Çavuşoğlu H. Bir üniversite hastanesindeki uygulamaların aile merkezli bakım yönünden incelenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi* 2009; 16(1):11-24.

Çırlak A, Erdemir F. Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde yatan bebeklerin ebeveynlerinin rahatlık düzeyi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2013; 16(2): 73-81.

Demirel G, Tezel B, Özbaş S, Oğuz SS, Erdeve Ö, Uras N, Dilmen U. Rapid decrease of neonatal mortality in Turkey. *Maternal and Child Health Journal* 2013; 17: 1215-1221.

Eras Z, Atay G, Durgut Şakrucu E, Bingöler EB, Dilmen U. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde gelişimsel destek. Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni 2013; 47(3): 97-103.

Erkuş A. Psikometri Üzerine Yazılar. No:24, Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları; 2003, p. 36-150.

Evans T, Whittingham K, Boyd R. What helps the mother of a preterm infant become securely attached, responsive and well-adjusted? *Infant Behaviors and Development* 2012; 35:1-11.

Guillaume S, Michelin N, Amrani E, Benier B, Durrmeyer X, Lescure S, Bony C, Danan C, Baund O, Jerreau PH, Zana-Taieb E, Caeymaex L. Parents' expectations of staff in the early bonding process with their premature babies in the intensive care setting: A qualitative multicenter study with 60 parents. *BMC Pediatrics* 2013; 13(18):1-9.

Güdücü Tüfekci F, Yıldız A. Kırsal alandaki annelerin sağlıklı bebeklerinin bakım sorunlarını çözme becerileri ve etkileyen faktörler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2010; 13(3): 23-27.

Hala M, Elaine A, Lynn C. The parental experience of having an infant in the newborn intensive care unit. *The Journal of Perinatal Education* 2009; 18(3): 23-29.

Holditch-Davisa D, White-Trautb RC, Levy JA, O'Sheac TM, Geraldod V, Davide R. Maternally administered interventions for preterm infants in the NICU: Effects on maternal psychological distress and mother-infant relationship. *Infant Behavior & Development* 2014; 37: 695-710.

Hovardaoğlu S. Davranış Bilimleri İçin Araştırma Teknikleri. Ankara: VE-GA Yayınları; 2000, 90-126.

Jiang S, Warre R, Qiu X, O'Brien K, Lee SK. Parents as practitioners in preterm care. *Early Human Development* 2014; 90: 781-785.

Karaaslan BT, Baykoç Dönmez N. The developmental outcomes and unmet needs of very low

birth weight premature infants at 2-3 years. *The Journal of Gynecology - Obstetrics and Neonatology* 2015; 12(6): 200-205.

Kaynak S, Sunal N. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebeği yatan annelerin yenidoğan bakımına yönelik bilgi düzeyleri. *Smyrna Tıp Dergisi* 2013; 3(3): 7-12.

Konukbay D, Arslan F. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatan yenidoğan ailelerinin yaşadıkları güçlüklerin belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2011; 14(2): 16-22.

Porat-Zyman G, Taubman-Ben-Ari O, Spielman V. Dyadic transition to parenthood: A longitudinal assessment of personal growth among parents of pre- and full-term infants. *Stress Health* 2017; 33(1): 24-34.

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Yüksek Riskli Bebekleri Takip Etme Yönergeleri. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Çocuk ve Ergen Sağlık Müdürlüğü. Kayıhan Ajans Turizm İnş. San. Tic. Ltd. Şti., Ankara, Turkey, 2015, 24-30.

Stevens EE, Gazza E, Pickler R. Parental experience learning to feed their preterm infant. *Advances in Neonatal Care* 2014; 14(5): 354-361.

Taş Arslan F, Turgut R. Prematüre bebek annelerinin evdeki bakım gereksinimleri ve bakım verme yeterliliklerini algılama durumları. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi* 2013; 6(3): 119-124.

Türkoğlu N, Yalçınöz Baysal H, Küçüköğlü S. Sağlıklı ve hasta bebeğe sahip annelerin doğum sonu depresyon düzeylerinin karşılaştırılması. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi* 2014; 3(1): 1-8.

Yıldız D, Akbayrak N. Doğum sonrası primipar annelere verilen eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin bebek bakımı, kaygı düzeyleri ve annelik rolüne etkisi. *Gülhane Tıp Dergisi* 2014; 56(1): 36-41.

ARAŞTIRMA

KALP YETMEZLİĞİ HASTALARININ ÖĞRENME GEREKSİNİMLERİ ENVANTERİ'NİN TÜRKÇE GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI

Betülây KILIÇ*

Gülcan BAĞÇIVAN**

Nalan AKBAYRAK***

Hatice ÇİÇEK****

Alınış Tarihi: 06.04.2017

Kabul Tarihi: 02.07.2018

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada "Kalp Yetmezliği Hastalarının Öğrenme Gereksinimleri Envanteri"nin Türkçe geçerlik ve güvenilirliğinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Metodolojik araştırma modelinde yürütülen araştırma, Ocak-2014/Aralık 2015 tarihleri arasında kalp yetmezliği tanısı ile takip edilen 253 hasta ile gerçekleştirilmiştir. Veri toplama aracı olarak Kalp Yetmezliği Hastalarının Öğrenme Gereksinimleri Envanteri ve Hasta Bilgi Formu kullanılmıştır. Envanterin dil eşdeğerliliği sağlandıktan sonra güvenilirlik değerlendirmesi için iç tutarlılık, madde toplam puan güvenilirliği ve test-tekrar test güvenilirliği, geçerlilik değerlendirilmesi için ise yüzey geçerliliği ve yapı geçerliliği analizleri yapılmıştır.

Bulgular: Envanterin geneli için hesaplanan Chronbach alfa iç tutarlılık katsayısı değeri 0.973 olup alt boyutlar için iç tutarlılık değerleri 0.808 ile 0.951 arasında değişmektedir. Bu değerler Envanter'in iç tutarlılık katsayılarının ölçüğün güvenilirliği için kabul edilebilir sınırlarda olduğunu göstermektedir. Tek boyuttan oluşan Envanterin Türkçe formunda bulunan maddelere ait faktör yükleri 0.327 ile 0.809 arasında değişmektedir. Bu çalışmadaki faktör yükleri Kalp Yetmezliği Hastalarının Öğrenme Gereksinimleri Envantri'nin Türkçe formunun iyi bir tek boyutlu faktör yapısına sahip olduğunu göstermiştir.

Sonuç: Türkçe geçerlik güvenilirlik çalışması yapılan Kalp Yetmezliği Hastalarının Öğrenme Gereksinimleri güvenilir bir değerlendirme aracı olduğu ortaya konmuştur. Envanteri'nin Türk kalp yetmezliği hastalarının öğrenme ihtiyaçlarını ölçmek üzere kullanılabilir geçerli ve

Anahtar Kelimeler: Kalp yetmezliği; Öğrenme gereksinimi; Ölçek uyarlaması

ABSTRACT

The validity and reliability study of the Turkish version of the Heart Failure Patients Learning Needs Inventory

Objective: In this study, it was aimed to evaluate the validity and reliability of the Turkish version of the "Heart Failure Patients' Learning Needs Inventory".

Method: The study which was carried out in the methodological research model was done with 253 patients with heart failure diagnosis that are being followed up from January 2014 to December 2015. Heart Failure Patients' Learning Needs Inventory and Patient Information Form was used as data collection tool. After the language equivalence of Inventory has been established, the reliability was evaluated with internal consistency, item total score reliability and test-repeat test reliability, the validity was evaluated with surface validity and structural validity analyzes

Results: The Cronbach alpha internal consistency coefficient value calculated for Inventory in general is 0.973 and the internal consistency values for the sub-dimensions range from 0.808 to 0.951. This values shows that the internal consistency coefficients of Inventory are at acceptable limits for the reliability of the scale. Factor loads belonging to the elements in the Turkish form of Inventory composed of one dimension range from 0.327 to 0.809. Factor loads in this study shows that the Turkish form of Heart Failure Patients' Learning Needs Inventory has a good one-dimensional factor structure.

Conclusion: It was revealed that validity and reliability study performed for Turkish version of Heart Failure Patients' Learning Needs Inventory is a valid and reliable assessment tool for measuring the learning needs of heart failure patients.

Keywords: Heart Failure; Learning Need; Scale Adaptation

***Sorumlu yazar:** Gülhane Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Ankara (Dr.Öğr.Üyesi), Orcid ID:0000-0002-4178-4003, e-posta: betulay.kilic@sbu.edu.tr

**Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara, (Dr.), Orcid ID:0000-0002-9585-6332, e-posta: gulcan_408@hotmail.com

*** Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Hemşirelik Yüksek Okulu (Emekli Öğr. Gör.), e-posta: nakbayrak1@gmail.com

**** Girne Amerikan Üniversitesi, Kıbrıs (Prof. Dr.), Orcid ID: 0000-0001-6485-3801 e-posta: haticecicekk@gmail.com

GİRİŞ

Kalp yetmezliği (KY), değişik neden ve hastalıklara bağlı olarak ortaya çıkan kalp fonksiyonlarında bozulma ve nöro-hormonal aktivitenin artışı ile karakterize, ilerleyici, kronik bir sendrom olup yaşam kalitesini bozmakta ve hayatta kalım süresini kısaltmaktadır. Tıbbi ve teknolojik ilerlemelere rağmen KY'nin mortalite oranı yüksek ve hastalığın prognozu kötüdür (Bui and Horwich 2011; Heidenreich, Albert, Allen, Bluemke, Butler, Fonarow 2013). Görülme sıklığı hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde giderek artmaktadır. Önümüzdeki 15-20 yıl içinde toplum sağlığını tehdit eden boyutlara ulaşacağı tahmin edilmektedir (ESC 2012). Türkiye'de yapılan Türkiye'de Kalp Yetersizliği Prevalansı ve Belirleyicileri Araştırması (HAPPY) çalışmasına göre ülkemizde 2 milyonun üzerinde KY hastası olduğu bildirilmiştir. Ayrıca, kalp yetersizliği hastalara, bakım verenlere, sağlık meslek mensuplarına ve sağlık sistemine büyük bir yük getirmektedir (HAPPY 2012, Cook, Cole, Asaria, Jabbour, Francis 2014).

Kalp yetmezliği yaşam şekli değişikliği gerektiren bir hastalıktır. Hastalığa özgü diyet, tedavi, kontrol, egzersiz, öz bakım davranışı gibi değişikliklere uyum sağlayamayan hastaların; ciddi semptomlar yaşadığı, hastaneye yatışlarında artma olduğu ifade edilmektedir (Bader, Atallah, Sadik, Tbishat, Gabra, Soliman et al. 2018). Yapılan çalışmalarda hastalara verilen eğitimin hastaneye yatış oranlarını düşürdüğü, hastaların öz bakımını artırdığı ve semptomların kontrol altına alınarak hastaların yaşam kalitesinin yükseldiği gösterilmiştir (Shao, Chang, Edwards, Shyu, Chen 2013). Hastaya verilecek eğitiminin amacına ulaşmasını sağlayan en önemli etmenlerden biri eğitimin, hasta gereksinimlerine ve hastanın bireysel özelliklerine uygun olarak yapılmasıdır. Bu bağlamda, KY hastalarının bireysel özellikleri de dikkate alınarak öğrenim gereksinimlerinin incelenmesi, hastalara en çok gereksinim duydukları alanlarda eğitimin verilmesini sağlar (Demirkıran ve Uzun 2012).

Hastaların bilgi gereksinimleri ve önceliklerinin doğru belirlenebilmesi ve paralel olarak doğru bakımın verilebilmesi için bilgi gereksinimlerinin uygun ölçüm araçları ile ölçülmesi gereklidir (Karasar 2000). Kardiyak hastalığı olan hastaların öğrenme gereksinimlerini ölçmek için kullanılan, Kardiyak Hasta Öğrenme İhtiyacı Envanteri ilk olarak 1984 yılında Gerard ve Peterson

tarafından Amerika Birleşik Devletlerinde geliştirilmiştir. İlk orjinal envanter 43 madde ve 8 alt boyuttan oluşmaktadır (Gerard and Peterson 1984; Karlık and Yarcheski 1987). Yaygın olarak KY hastaları için kullanılan envanter en son 1999 yılında Wehby ve Brenner tarafından modifiye edilmiştir. Envanterdeki maddeler likert tipi ölçekleme yöntemi cevaplanmakta olup, KY hastaları için her bir maddeyi öğrenmenin ne kadar önemli olduğu algısı ölçülmektedir. Envanter KY hastalarının öğrenme ihtiyaçlarını değerlendirmek için uygun ve kapsamlı bir araçtır (Wehby and Brenner 1999; Clark and Lan 2004). Ülkemizde KY olan hastaların eğitim gereksinimlerinin belirlenmesine yönelik standart bir ölçüm aracının olmadığı görülmüştür. Bu çalışmada "Kalp yetmezliği hastalarının öğrenme gereksinimleri envanteri (KYHÖGE)"nin (Heart Failure Patients' Learning Needs Inventory (HFPLNI)) Türkçe geçerlik ve güvenilirliğinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Yöntem: Bu araştırma Kalp Yetmezliği Hastalarının Öğrenme Gereksinimleri Envanteri (Heart Failure Patients' Learning Needs Inventory (HFPLNI)) Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliğinin belirlenmesi amacıyla yapılmış metodolojik bir çalışmadır.

Örneklem: Araştırmaya bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinin Kardiyoloji Kliniği'nde KY tanısı ile yatan ve poliklinikte takip edilen hastalar dahil edilmiştir. Örneklem büyüklüğünün hesaplanmasında geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarında kullanılan ölçek madde sayısı x gözlem sayısı formülü kullanılmıştır (Tavşancıl 2010). Buna göre 48 maddelik ölçek için her bir madde için en az 5 hasta olacak şekilde örneklem sayısı en az 240 hasta olacak hesaplama yapılmış araştırma sonrasında 253 hastaya ulaşılmıştır.

Araştırmanın Etik yönü: Araştırmanın ilgili hastanede yürütülebilmesi için hastane etik kurul başkanlığından etik kurul izni alınmıştır (50687469-1491-2712-13/1648.4-2873-25 Aralık-2013). Verilerin toplanmasından önce katılımcılardan imzalı aydınlatılmış onam formu alınmıştır. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasının yapılması için araştırmaya başlamadan önce ölçeği ilk geliştiren Wehby ve Brenner'dan e posta yolu ile izin alınmıştır.

İşlem: Dil eşdeğerlik çalışması, hem her bir test maddesinin Türkçeye çevrilmesinde bir hata olup olmadığını, hem de her test maddesinin

ifade ettiği anlamı ne derecede yansıttığını değerlendirmek amacıyla yapılmıştır. İlk olarak KYHÖGE'nin dil eşdeğerliği değerlendirilmiş ve sonrasında ölçek uygulanmıştır. Uygulamada elde edilen veriler üzerinde geçerlik ve güvenilirlik analizleri yapılmıştır (Savaşır 1994). Dil eşdeğerliğinin değerlendirilmesi aşamasında ilk olarak, envanter hem İngilizce'ye hem Türkçe'ye hakim olan üç bağımsız kişi tarafından, Türkçe'ye çevrilmiştir. Daha sonra bu üç çeviri alanda uzman olan İngilizce ve Türkçe bilen bir öğretim üyesi ve bir Türk dili ve edebiyatı uzmanı tarafından incelenerek, her madde için uygun olan çeviri belirlenmiştir. Daha sonraki aşamada, İngilizceyi ve Türkçe'yi iyi bilen bir başka uzman Türkçe'ye çevrilen envanterin özgün dili olan İngilizceye çevrilmesi yapılmıştır. Bu çeviri, özgün dildeki aslı ile karşılaştırılıp, aslına uymayan maddelerin Türkçe'si yeniden gözden geçirilerek düzeltilmiş ve envanterin son şekli verilmiştir. KYHÖGE'nin yüzey geçerliliğinin değerlendirilmesi için çeviri sonrası ölçek 10 KY hastasına uygulanmış ve hastaların ölçekte yer alan maddeleri anlama konusunda zorluk yaşayıp yaşamadıkları sorulmuştur. Ön uygulamada görüşülen hastaların verileri örnekleme dahil edilmemiştir.

Dil eşdeğerliliğinin sağlanması ve ön uygulama sonrasında ölçek 253 hastaya uygulanmıştır. Ölçeğin sonuçlarının zamana karşı tutarlılığını (test-tekrar test) değerlendirmek için 51 katılımcıya ilk görüşmeden 2 ila 4 hafta sonrasında ölçek tekrar uygulanmıştır. 253 hastadan elde edilen veriler üzerinde geçerlilik ve güvenilirlik analizleri yapılmıştır.

Veri toplama: Ocak-2014/Aralık 2015 tarihleri arasında Ankara'da bir eğitim ve araştırma hastanesi Kardiyoloji Kliniği'nde KY tanısı ile yatan ve poliklinikte takip edilen 253 hasta ile yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplanmıştır.

Veri toplama araçları: Araştırmada veri toplama aracı olarak Hasta Bilgi Formu ve KYHÖGE kullanılmıştır. Hasta Bilgi Formunda hastaların bazı demografik (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek, evde kiminle yaşadığı, vb.) ve tıbbi özelliklerine (Kalp Yetmezliği evresi, ek bir hastalığın varlığı, sigara kullanımı, daha önce hastaneye yatma deneyimi vb.) ilişkin sorular yer almaktadır.

Kalp Yetmezliği Hastalarının Öğrenme Gereksinimleri Envanteri (KYHÖGE); Kalp yetmezliği hastalarının öğrenme gereksinimlerini

belirlemek amacıyla modifiye edilen envanter 48 madde, 8 alt kategoriden (genel kalp yetmezliği bilgisi, psikolojik faktörler, risk faktörleri, ilaçlar, diyet, aktivite, prognoz, belirti ve bulgular) oluşmaktadır. Ayrıca modifiye edilen bu envanterde ilave olarak bir de açık uçlu soru bulunmaktadır. Envanterdeki maddeler likert tipi ölçekleme yöntemi ile "1= önemli değil", "2= biraz önemli", "3= ne az ne çok önemli", "4= çok önemli", "5= son derece önemli" şeklinde cevaplanmaktadır. Hastanede yatarken veya taburculuk öncesi bilgi gereksinimlerini ve önceliklerini en iyi tanımlayan seçeneği işaretlemeleri istenmektedir. Ölçeğin değerlendirmesi her bir alt boyut ve ölçek toplam puanı üzerinden yapılmaktadır. Ölçek sonucunda elde edilen toplam puanlar 49-245 arasında değişmektedir. Ölçeğin doldurulma süresi 10-15 dakikadır. Yüksek puanlar öğrenim gereksiniminin önemlilik düzeyini göstermektedir. Wehby ve Brenner'in çalışmasında ölçeğe ilişkin iç tutarlılık kat sayısı (Cronbach alfa) 0,96 bulunmuştur. Alt boyutlara ilişkin iç tutarlılık kat sayıları ise 0,87 ila 0,96 arasında değişmektedir (Wehby and Brenner 1999).

Verilerin Analizi: Veri toplama formları ile elde edilen bilgiler bilgisayar ortamına aktarılmış ve gerekli hata kontrolleri ve düzeltmeler yapılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler; sayımla belirlenen değişkenler için sayı ve %, ölçümle belirlenen değişkenler için ortalama \pm standart sapma şeklinde gösterilmiştir. KYHÖGE'nin güvenilirlik analizleri için, Cronbach alfa katsayısı ve madde toplam puan katsayısı hesaplanmıştır. Ayrıca, güvenilirlik için uygulanan test- tekrar test analizlerinde, test ile tekrar-test toplam puanları arasında sınıf içi korelasyon katsayısı hesaplanmıştır. Ölçeğin "geçerlilik" analizlerinde yapı geçerliliğinin değerlendirilmesinde, açıklayıcı faktör analizi yöntemlerinden, temel bileşenler analizi kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde ve istatistiksel analizlerde SPSS for Win. Ver. 15.00 (SPSS Inc. Chicago, IL, USA) paket programı kullanılmıştır. İstatistiksel kararlarda $p < 0.05$ seviyesi anlamlı farklılığın göstergesi olarak kabul edilmiştir.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Kalp yetmezliği hastalarının öğrenme gereksinimleri, kalp hastaları öğrenme envanteri kullanılarak hem kapsamlı açıdan araştırılmış hem de hemşire açısından incelenmiştir (Karlık and Yarcheski 1987; Hagenoff, Feutz, Conn, Sagehorn, Moranville-Hunziker 1994; Wehby

and Brenner 1999). Ülkemizde KY hastalarının öğrenme gereksinimlerinin belirlenmesine yönelik kullanılan standart bir ölçüm aracı bulunmamaktadır. Bu araştırmada bu alanda kullanılmak üzere KY hastalarının öğrenim gereksinimlerinin belirlenmesine yönelik Wehby ve Brenner (1999) tarafından geliştirilen KYHÖGE'nin Türkçe geçerlik ve güvenilirliğinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Tablo 1. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı (N=253)

Özellikler	Sayı	%
Yaş (en az=25, en çok=100, ort±ss= 54.94 ± 12.66)		
65 yaş altı	97	38.3
65 yaş ve üzeri	156	61.7
Cinsiyet		
Kadın	124	49.0
Erkek	129	51.0
Medeni durum		
Evli	175	69.2
Bekar / Dul	78	30.8
Eğitim durumu		
Okur-yazar değil	30	11.9
Okur-yazar	19	7.5
İlköğretim	111	43.9
Lise	64	25.3
Üniversite ve üzeri	29	11.5
Çalışma durumu		
Çalışıyor	32	12.6
Çalışmıyor (Emekliler dahil)	221	87.4
Yaşadığı yer		
İl	221	87.4
İlçe	27	10.6
Köy/Kasaba	5	2.0
Birlikte yaşadığı kişiler		
Eşi	107	42.3
Eş ve çocukları	61	24.1
Çocukları	31	12.3
Akrabalar ile	6	2.4
Yalnız	46	18.2
Huzur evi	2	0.8

Araştırmaya katılan hastaların %51'i erkek olup, %61.7' si 65 yaş ve üzeridir. %43.9'u ilkokul mezunu olmakla birlikte hastaların çoğunluğu (%87.4) ilde yaşamaktadır. Katılımcıların %38.3'ü Evre 4 KY hastası olup, %93.3'ü KY'ne bağlı yorgunluk ve halsizlik, %75.5'i ödem, %71.1'i öksürük/hırıltı gibi semptomlar yaşadıklarını belirtmişlerdir. Katılımcıların %89.7'sinin KY dışında başka bir rahatsızlığı vardır. Hastaların %76.7'si daha

önceden hastaneye yatmıştır ve % 90.9'u KY'ne yönelik herhangi bir bilgi almadıklarını belirtmişlerdir. Tablo 1 ve Tablo 2'de katılımcıların sosyodemografik ve tıbbi özelliklere göre dağılımları gösterilmiştir.

Tablo 3'de KYHÖGE geneli ve alt boyutlarına ilişkin tanımlayıcı bulgular ve Chronbach alfa değerleri gösterilmiştir. Ölçeğin geneli için Chronbach alfa katsayısı 0.973 olup alt boyutlar için Chronbach alfa katsayıları 0.808 ile 0.951 arasında değişmektedir. Bu değerler KYHÖGE'nin iç tutarlılık katsayılarının envanterin güvenilirliği için kabul edilebilir sınırlarda olduğunu göstermektedir. Çalışmalarda ölçeğin hatalardan arınık olarak ölçme yapabildiğini, verileri doğru topladığını ve yinelenen bir ölçek olduğunu göstermek amacıyla güvenilirliği incelenmesi gerektiği belirtilmiştir (Çam ve Arabacı 2010; Şencan 2005). KYHÖGE'nin güvenilirliğinin değerlendirilmesinde "iç tutarlılık" ve "test-tekrar test" güvenilirlik analizleri kullanılmıştır. Bir ölçeğin iç tutarlılığının kabul edilebilir olması için Cronbach alfa katsayısının 0.70'den büyük olması önerilmektedir (Alpar 2010; Polit and Beck 2008). Bu çalışmada KYHÖGE için hesaplanan Cronbach alfa katsayısı 0.973 olup alt boyutlar için Chronbach alfa katsayıları 0.808 ile 0.951 arasında değişmektedir. Bu değerler KYHÖGE'nin Türkçe formunun güvenilir bir ölçek olduğunun göstergesi olarak kabul edilmiştir.

Tablo 4'de KYHÖGE'nde yer alan bütün maddelerin düzeltilmiş madde-toplam puan korelasyon katsayılarının 0.760 ile 0.952 arasında olduğu görülmektedir. KYHÖGE'den çıkartılması halinde Chronbach alfa değerini yükselten madde bulunmamaktadır. Bu değerlere göre hiçbir maddenin envanterden çıkartılmamasına karar verilmiştir. Ayrıca Tablo 4'de ölçeğin zamana karşı tutarlılığını değerlendirmek için yapılan tekrar test uygulamasından alınan puanlar ile ilk uygulamadan alınan toplam ölçek ve alt boyut puanları arasında hesaplanan sınıf içi korelasyon kat sayıları da yer almaktadır. İlk uygulama ve tekrar test uygulamasında elde edilen toplam ölçek puanları için sınıf içi korelasyon katsayısı 0.951 olup, alt boyutlar için hesaplanan sınıf içi korelasyon kat sayıları 0.776 ile 0.976 arasında değişmektedir.

Tablo 2. Katılımcıların tıbbi özelliklerine göre dağılımı (N= 253)

Özellikler	Sayı	%
Kalp yetmezliği evre		
Evre 1	51	20.2
Evre 2	33	13.0
Evre 3	72	28.5
Evre 4	97	38.3
İlk tanı tarihi (Hastalık süresi (yıl))(en az- en fazla; ort ±ss) (0- 46; 7.60± 7.69)		
0-2 yıl	72	28.5
3-5 yıl	62	24.1
6 yıl ve üzeri	120	47.4
Semptomlar*		
Yorgunluk	236	93.3
Halsizlik	236	93.3
Bacaklarda ödem	191	75.5
Öksürük/hırıltı	180	71.1
Çarpıntı	169	66.8
Sık idrara çıkma	130	51.4
Karında şişlik	124	49.9
Kilo kaybı	121	47.8
Göğüs ağrısı	109	43.1
Karın ağrısı	69	27.3
Siyanoz	52	20.6
Senkop	36	14.2
Diğer hastalıklar		
Diğer hastalığı var**	227	89.7
Diğer hastalığı yok	26	10.3
Daha önce hastaneye yatma durumu		
Evet	194	76.7
Hayır	59	23.3
Hastalık bilgisi		
Bilgi almamış	230	90.9
Bilgi almış	23	9.1
Hastalık hakkında bilgi kaynağı (n=23)		
Doktor	12	58.2
Kendisi sağlık çalışanı	7	30.4
Hemşire	2	8.7
Yakınlarından	2	8.7
Sigara kullanma durumu		
Hiç kullanmamış	124	49.0
Bırakmış	80	31.6
Kullanıyor	49	19.4

*Birden fazla seçenek seçilmiştir.

**Diyabetes Mellitus, Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı, Artrit, Osteoporoz

Tablo 3. Kalp yetmezliği öğrenme gereksinimleri envanterinin alt boyutları toplam puanları ve Chronbach alfa değerleri

Alt boyutlar	En az	En çok	ORT±SS	Chronbach alfa
Kalp yetmezliği genel bilgi	15.00	56.00	34.63± 6.87	0.808
Psikolojik faktörler	6.00	30.00	25.35± 5.74	0.904
Risk faktörleri	3.00	15.00	13.65± 2.55	0.919
Tedavi	5.00	25.00	22.79± 3.76	0.914
Diyet	11.00	50.00	42.44± 8.89	0.921
Aktivite	5.00	25.00	20.26± 5.06	0.849
Tanı	6.00	30.00	26.73± 4.87	0.881
Belirti ve semptomlar	5.00	25.00	22.81± 4.30	0.951
Toplam ölçek	73.00	240.00	208.70± 35.77	0.973

Bu sonuçlar ilk uygulama ve tekrar test uygulamasında elde edilen puanlar arasında pozitif yönde, anlamlı ve kuvvetli bir ilişki olduğunu göstermektedir. Bu değerler KYHÖGE'nin Türkçe formunun zamana karşı tutarlı sonuçlar verdiğini ve test-tekrar test güvenilirliğinin sağlandığı göstermektedir. Bu sonuçlar ölçeğin zamana karşı tutarlılığını göstermekle birlikte, öğrenme gereksiniminin zamanla değişebilecek bir kavram olduğu göz önünde bulundurulduğunda hastaların eğitim gereksinimlerinin karşılanmamış olduğu görülmektedir. Wehby ve Brenner'in KYÖGE'ni ilk geliştirdikleri çalışmalarında Cronbach's alpha katsayıları 0.87 ile 0.96 arasında değerler almıştır (Wehby and Brenner 1999). Yu, Chair, Chan ve Liu'nun Çin'de KYHÖGE'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında Cronbach alfa değeri envanterin geneli için 0.98 ve alt boyutlar için 0.77 ile 0.89 arasında bulunmuştur (Yu, Chair, Chan, Liu 2010).

Kalp yetmezliği hastası öğrenme gereksinimleri envanterinin yapı geçerliğinin değerlendirilmesinde kullanılan faktör analizi için, faktör yapısının incelenmesi öncesinde, örneklemin faktör analizi için yeterli olup olmadığını değerlendirmek amacıyla Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) testi yapılmıştır. Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) değeri, Barlett testi sonucu 15074.041 ve $p < 0.01$ düzeyi ile 0.889 bulunmuştur. Bu sonuçlara göre, KMO değerinin 0.60'ın üzerinde olması ve Barlett testinin anlamlı olması nedeni ile bu çalışmanın örneklem büyüklüğünün faktör analizi yapılabilmesi için uygun olduğu kararı verilmiştir. Faktör analizi sonuçları Tablo 5'de gösterilmiştir. Faktör analizi sonucunda toplam varyansın %78'ini açıklayan ve öz değeri 1'in

üzerinde olan 9 faktör ortaya çıkmıştır. Ancak Tablo 5'deki faktör yükleri incelendiğinde 9 faktör ortaya çıkmasına rağmen 9 faktör için faktör yüklerinin çok düşük olduğu ve bir araya gelen maddelerin anlamlı bir şekilde alt boyut oluşturmadığı görülmüştür.

Tablo 5'deki faktör yüklerine göre bütün maddelerin birinci faktöre yüksek faktör yükü ile yüklendiği görülmüştür. Bu nedenle KYHÖGE'nin Türkçe formunun yapı geçerliliğinde alt boyutlara ayrılmadan bütün halinde toplam varyansın %49'unu açıklayan ve özdeğeri 1 in üzerinde olan tek alt boyut oluşturduğu kabul edilmiştir. Geçerlik, bir ölçüm aracının ölçülmek istenen özelliği ölçme derecesi olarak tanımlanmaktadır. Geçerliğin değerlendirilmesi ile ölçüm aracının ölçülmek istenen özelliğe uygun olup olmadığı belirlenmektedir. Başka bir ifadeyle, ölçümün kurallara uygun olarak doğru yapılıp yapılmadığı ve ölçüm verilerinin gerçekten ölçülmek istenen özelliği yansıtıp yansıtmadığı belirlenmektedir. Bir ölçüm aracının geçerlik analizi için, kapsam geçerliği, yüzey geçerliği, ölçüt geçerliği ve yapı geçerliği analizlerinin yapılması önerilmektedir. (Büyüköztürk 2011; Çam ve Arabacı 2010; Fidancı, Acikel, Fidancı, Yıldız, Karaman ve Demirkaya 2012; Şencan 2005; Tavşancıl 2010). Bu çalışmada KYHÖGE'nin geçerliğinin değerlendirilmesinde yüzey geçerliği ve yapı geçerliği analizi yapılmıştır. Yüzey geçerliliği için yapılan ön uygulamada hastaların ölçekte yer alan maddeleri anlamakta sorun yaşamadıkları görülmüştür. KYHÖGE'nin yapı geçerliliğinin değerlendirilmesinde faktör analizi yöntemi kullanılmıştır. Bu çalışmada faktör analizi sonucunda KYHÖGE'nin orijinalinden farklı şekilde tek bir boyuttan oluşan yapısal özellik gösterdiği görülmüştür.

Tablo 4. Kalp yetmezliği öğrenme gereksinimleri envanterinin düzeltilmiş madde-toplam puan korelasyonuna dayalı madde analizi sonuçları (Orginal ölçekte yer alan alt boyutlara göre gösterilmiştir)

Ölçek maddeleri	Madde silindiğinde ölçek puan ortalamaları	Madde silindiğinde ölçek varyansı	Düzeltilmiş madde toplam puan korelasyonu	Madde silindiğinde ölçek Cronbach alfa	Cronbach alfa	Sınıf içi korelasyon katsayısı* (n=52)
Genel KY bilgisi						
Madde 1	30,12	39,38	0,522	0,789		
Madde 2	30,40	38,73	0,497	0,790		
Madde 3	30,29	37,15	0,697	0,767		
Madde 4	30,37	35,43	0,713	0,760	0.808	0.942
Madde 5	30,13	35,91	0,261	0,867		
Madde 6	30,36	35,98	0,698	0,763		
Madde 7	30,23	38,65	0,556	0,784		
Madde 8	30,52	35,75	0,614	0,773		

Psikolojik faktörler						
Madde 9	21,47	21,32	0,763	0,885		
Madde 10	21,37	21,51	0,765	0,884		
Madde 11	20,81	25,97	0,708	0,894	0,904	0,976
Madde 12	21,47	24,11	0,777	0,882		
Madde 13	20,86	25,28	0,716	0,892		
Madde 14	21,29	22,17	0,771	0,882		
Risk faktörleri						
Madde 15	9,06	2,95	0,913	0,823		
Madde 16	9,13	2,94	0,851	0,872	0,919	0,841
Madde 17	9,10	3,14	0,753	0,952		
Tedavi						
Madde 18	18,21	9,39	0,727	0,906		
Madde 19	18,23	9,08	0,876	0,876		
Madde 20	18,21	9,51	0,801	0,892	0,914	0,776
Madde 21	18,14	9,59	0,849	0,884		
Madde 22	18,38	8,83	0,704	0,918		
Diyet						
Madde 23	38,02	66,17	0,711	0,913		
Madde 24	37,92	67,67	0,704	0,914		
Madde 25	38,28	64,53	0,661	0,915		
Madde 26	38,07	63,81	0,847	0,906	0,921	0,906
Madde 27	38,09	63,88	0,832	0,906		
Madde 28	38,11	63,99	0,849	0,906		
Madde 29	38,20	63,51	0,792	0,908		
Madde 30	38,13	63,59	0,835	0,906		
Madde 31	38,23	62,95	0,787	0,908		
Madde 32	38,92	66,28	0,349	0,946		
Aktivite						
Madde 33	15,88	18,21	0,742	0,807		
Madde 34	16,05	16,57	0,807	0,783		
Madde 35	16,01	16,70	0,836	0,778	0,849	0,893
Madde 36	16,06	16,41	0,814	0,780		
Madde 37	17,01	17,17	0,358	0,942		
Tanı						
Madde 38	22,20	17,11	0,671	0,863		
Madde 39	22,35	15,60	0,773	0,846		
Madde 40	22,37	16,36	0,732	0,853	0,881	0,900
Madde 41	22,08	18,19	0,721	0,860		
Madde 42	22,18	17,44	0,713	0,858		
Madde 43	22,46	16,46	0,593	0,882		
Belirti ve semptomlar						
Madde 44	18,34	11,68	0,817	0,949		
Madde 45	18,19	12,01	0,892	0,934		
Madde 46	18,25	11,69	0,899	0,933	0,951	0,884
Madde 47	18,17	12,88	0,837	0,945		
Madde 48	18,30	11,61	0,892	0,934		
Ölçeğin geneli için Cronbach alfa değeri 0.973					0.951	

*alt gruplara ait test ve tekrar test puanları arasındaki korelasyon

Tek boyuttan oluşan KYHÖGE'nin Türkçe formunda bulunan maddelere ait faktör yükleri 0.327 ile 0.809 arasında değişmektedir. Literatürde yapı geçerliğinin sağlanması için faktör yüklerinin en az 0.300 olması gerektiği belirtilmektedir (Büyüköztürk 2011; Cam ve Arabacı 2010; Şencan 2005). Bu çalışmadaki faktör yükleri KYHÖGE'nin Türkçe formunun tek boyutlu iyi bir faktör yapısına sahip olduğunu göstermektedir. Yu, Chair, Chan ve Liu'nun KYHÖGE'nin Çince geçerlilik ve güvenilirliğini analiz ettikleri çalışmasında da bizim faktör analizi sonuçlarımıza benzer şekilde envanterin

yapısal özelliği için orijinalinden farklı şekilde 9 alt boyut bulunmuş. Aynı çalışmada faktör yapısındaki farklılığın kültürel farklılıktan olabileceği belirtilmiştir (Yu, Chair, Chan and Liu 2010). Ölçüm araçlarının faktör yapısı değerlendirilirken analiz sonuçlarında ortaya çıkan sayısal değerlerin yanı sıra alt boyutları oluşturan maddelerin anlamlı bir şekilde bir araya gelmesi de beklene bir kriterdir (Büyüköztürk 2002). Faktör analizi sonucunda KYHÖGE'nin Türkçe formunun 9 alt boyutlu yapı göstermiş olmasına rağmen 9 alt boyuttaki faktör yüklerinin 0.300'dan düşük olması ve

maddelerin anlamlı bir alt boyut oluşturacak şekilde bir araya gelmemiş olmasından dolayı KYHÖGE'nin faktör yapısının tek bir boyutlu halinin kabul edilebilir bir yapıda olduğu düşünülmüştür. KYHÖGE'nin faktör yapısı orijinalinden farklı bir yapı gösterse de envanterin orijinaline uygun şekilde 8 alt boyuta ait iç tutarlılık kat sayılarının yüksek olduğu görülmüştür.

Çalışmamızda KY hastalarının öğrenme ihtiyaçlarının en çok KY hakkında bilgi ve yaşam tarzı değişiklikleri üzerine olduğunu görmekteyiz. Çalışmamız Wehby ve Brenner'in KYHÖGE'ni ilk geliştirdikleri çalışmasıyla benzerlik göstermektedir (Wehby and Brenner 1999). Yu, Chair, Chan ve Liu'nun KYHÖGE'nin Çince geçerlilik ve güvenilirliğini analiz ettikleri çalışmasında ise genel KY bilgisi

ve yaşam tarzı değişiklikleri orta derecede önemli olarak görülmüştür. Bu durumu kültürel farklılıklara ve KY evresine bağlanmışlardır (Yu, Chair, Chan and Liu 2010). Ülkemizde KY hastalarının tedaviye ve diyetle uyumda zorluk yaşadıkları öz bakım eksikliği olduğu belirtmiştir (Akbiyık, Koçak, Oksel 2016). Bu durum göz önüne alındığında hastaların bu alanlarda bilgi gereksinimlerinin daha fazla olduğu düşünülmektedir. Alt ölçeklerin ortalamaları hastalar arasında nispeten daha düşük ve farklı olsa da, KY'li hastaları tarafından "önemli" olarak kabul edilen bu konular sağlık profesyonelleri tarafından ihmal edilmemelidir. Eğitim bilgilerinin seçimi, hastanın ne bildiğini ve öğrenmesi gerektiğini temel almalıdır. Bu nedenle, öğretim süreci her hastanın bireysel ihtiyaçları tarafından yönlendirilmelidir.

Tablo 5. KYHÖGE'nin Türkçe formunu için faktör analizi sonuçları

Maddeler	Faktörler								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Madde 1	0,505	0,452	0,019	-0,201	-0,148	0,247	-0,017	0,203	0,159
Madde 2	0,498	0,393	-0,282	0,064	-0,051	0,166	-0,270	0,267	0,085
Madde 3	0,643	0,265	0,385	0,113	0,063	-0,072	-0,158	0,023	0,096
Madde 4	0,653	0,346	0,384	0,117	0,083	-0,120	-0,093	-0,048	0,021
Madde 5	0,327	0,231	0,090	0,195	-0,082	-0,045	0,399	-0,531	0,117
Madde 6	0,724	0,114	0,234	-0,107	0,241	0,042	-0,152	0,074	0,119
Madde 7	0,680	-0,026	0,119	-0,038	0,325	0,075	-0,201	0,182	0,050
Madde 8	0,687	0,294	0,023	-0,016	0,143	-0,098	-0,242	0,071	-0,041
Madde 9	0,696	0,366	-0,143	-0,152	-0,011	-0,213	-0,050	0,039	0,221
Madde 10	0,673	0,321	-0,204	-0,101	-0,057	-0,321	-0,077	0,000	0,205
Madde 11	0,659	0,301	0,096	0,216	-0,256	-0,182	0,052	-0,012	-0,296
Madde 12	0,701	0,349	-0,024	0,174	-0,335	-0,168	0,118	0,183	-0,093
Madde 13	0,665	0,328	-5,90	0,211	-0,296	-0,088	0,067	0,037	-0,303
Madde 14	0,682	0,415	-0,132	-0,071	-0,082	-0,316	0,005	-0,051	-0,030
Madde 15	0,722	0,052	0,403	0,227	0,177	0,080	-0,214	-0,214	0,057
Madde 16	0,751	0,001	0,287	0,289	0,169	0,047	-0,126	-0,174	-0,021
Madde 17	0,670	0,086	0,206	0,221	0,221	-0,118	-0,292	-0,204	-0,077
Madde 18	0,715	-0,257	0,284	0,225	-0,191	-0,128	0,091	0,047	0,231
Madde 19	0,686	-0,436	0,045	0,380	-0,075	-0,112	0,019	0,106	-0,144
Madde 20	0,642	-0,428	-0,003	0,311	-0,013	-0,156	-0,026	0,179	-0,173
Madde 21	0,677	-0,464	0,089	0,362	-0,047	-0,031	0,054	0,079	-0,065
Madde 22	0,690	-0,311	-0,254	0,173	-0,079	-0,224	-0,001	0,186	0,143
Madde 23	0,725	-0,184	-0,284	0,184	-0,203	0,106	-0,089	-0,021	0,286

Madde 24	0,765	-0,124	0,019	0,022	-0,270	0,032	-0,026	-0,127	0,367
Madde 25	0,651	-0,112	-0,231	0,100	0,007	-0,086	-0,131	-0,062	-0,073
Madde 26	0,800	-0,192	-0,294	-0,024	0,030	0,088	-0,085	-0,248	0,214
Madde 27	0,765	-0,255	-0,367	-0,020	0,002	0,090	-0,130	-0,142	0,169
Madde 28	0,822	-0,225	-0,165	-0,214	0,045	-0,094	-0,025	0,003	-0,001
Madde 29	0,771	-0,198	-0,168	-0,316	0,172	-0,151	-0,010	0,004	-0,071
Madde 30	0,783	-0,337	-0,096	-0,216	0,210	-0,205	0,070	-0,034	-0,065
Madde 31	0,761	-0,265	-0,088	-0,276	0,171	-0,345	0,066	0,052	0,033
Madde 32	0,416	0,103	-0,208	0,359	0,489	0,051	0,421	0,201	0,071
Madde 33	0,768	0,066	-0,171	-0,070	0,015	0,169	0,052	-0,220	-0,130
Madde 34	0,800	0,114	-0,327	-0,143	0,112	0,059	0,070	-0,103	-0,145
Madde 35	0,801	0,105	-0,299	-0,046	0,026	0,082	0,072	-0,220	-0,130
Madde 36	0,806	0,111	-0,304	-0,106	0,015	0,002	0,137	-0,137	-0,208
Madde 37	0,384	0,309	-0,167	0,291	0,348	0,136	0,453	0,244	0,194
Madde 38	0,680	-0,022	0,147	0,142	0,129	0,380	-0,035	-0,078	-0,167
Madde 39	0,764	0,048	-0,081	-0,103	0,055	0,332	-0,017	-0,046	-0,224
Madde 40	0,783	0,078	-0,177	-0,164	-0,061	0,055	-0,028	0,092	-0,258
Madde 41	0,729	-0,095	-0,138	0,126	-0,291	0,404	-0,034	-0,062	0,092
Madde 42	0,678	-0,029	-0,142	0,063	-0,144	0,296	-0,077	0,341	-0,002
Madde 43	0,672	0,151	0,254	-0,134	0,151	0,047	0,163	0,064	0,044
Madde 44	0,809	-0,108	0,216	-0,227	-0,090	0,136	0,182	-0,065	0,056
Madde 45	0,733	-0,101	0,441	-0,254	-0,110	0,096	0,230	0,044	0,075
Madde 46	0,744	-0,100	0,402	-0,298	-0,135	-0,023	0,211	0,010	0,067
Madde 47	0,740	-0,266	0,264	-0,273	-0,039	0,131	0,005	0,113	-0,186
Madde 48	0,748	-0,103	0,377	-0,291	-0,107	-0,004	0,075	0,173	-0,025

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuç olarak KYHÖGE'nin Türk toplumu için geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu ve Türk KY olan hastaların öğrenme gereksinimlerinin

belirlenmesine yönelik kullanılabileceği gösterilmiştir. Ülkemizde KYHÖGE'nin kullanılacağı yeni araştırmalarda faktör yapısının yeniden değerlendirilmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

Akbıyık A, Koçak G, Oksel E. Kronik Kalp Yetmezliği Olan Hastalarda Öz-Bakım Davranışlarının İncelenmesi. İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi 2016; 1(2): 1-8.
Alpar R. Veri Türü Sayısal Olduğunda Güvenirliğin Hesaplanması ve Güvenirlik Ölçüleri. Uygulamalı İstatistik ve Geçerlik-Güvenirlik. 1.Baskı. Ankara: Detay Publisher; 2010.561-67.
Bader F, Atallah B, Sadik ZG, Tbishat L, Gabra G, Soliman M et al. Nurse-led education for heart failure patients in developing countries. Br J Nurs. 2018; 27(12):690-696.
Bui AL, Horwich TB, Fonarow GC. Epidemiology and risk profile of heart failure. Nat Rev Cardiol 2011; 8(1):30-41.

Büyüköztürk, Ş. Geçerlik ve Güvenirlik Analizlerinde Kullanılan Bazı İstatistikler. Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı. 15. Baskı. Ankara: Pegem Publisher; 2011.179-81.
Büyüköztürk Ş. Faktör analizi: Temel kavramlar ve ölçek geliştirmede kullanımı. Kuram ve uygulamada eğitim yönetimi 2002; 32(32): 470-483.
Clark JC, Lan VM. Heart failure patient learning needs after hospital discharge. Appl Nurs Res 2004;17:150-7.
Cook C, Cole G, Asaria P, Jabbour R, Francis DP. The annual global economic burden of heart failure. Int J Cardiol 2014;171:368-76.

- Çam M, Arabacı L.** Tutum ölçeği hazırlamada nitel ve nicel adımlar, Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Dergisi 2010; 2(12): 65-8
- Değertekin M, Erol Ç, Ergene O, Tokgözoğlu L, Aksoy M, Erol MK, Eren M, ve ark.** Türkiye'deki Kalp Yetersizliği Prevalansı ve Öngördürücüleri: HAPPY Çalışması. Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi 2012; 40(4):298-308.
- Demirkıran G, Uzun Ö.** Koroner Arter Bypass Greft Ameliyeti Geçiren Hastaların Taburculuk Sonrası Öğrenim Gereksinimleri. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2012; 28(1): 1-12.
- McMurray JJ, Adamopoulos S, Anker SD, Auricchio A, Böhm M, Dickstein K, et al.** ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012; Turk Kardiyol Dern Ars. 2012; 40(3):77-137.
- Fidancı BE, Acikel C, Fidancı K, Yıldız D, Karaman D, Demirkaya E.** Validity and reliability: to use in pediatrics. Annals of Pediatric Rheumatology 2012, 1(3): 147-155.
- Gerard PS, Peterson LM.** Learning needs of cardiac patients. Cardiovasc Nurs 1984; 20(2):7-11.
- Hagenoff BD, Feutz C, Conn VS, Sagehorn KK, Moranville-Hunziker MB.** Patient education needs as reported by congestive heart failure patients and their nurses. J Adv Nurs 1994;19: 685-90.
- Heidenreich PA, Albert NM, Allen LA, Blumke DA, Butler J, Fonarow GC.** Forecasting the impact of heart failure in the United States: a policy statement from the American Heart Association. Circ Heart Fail 2013; 6(3): 606-19.
- Karasar N.** Bilimsel Araştırma Yöntemi. 10. Baskı. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım Ltd. Şti. 2000.p.136-153.
- Karlık BA, Yarcheski A.** Learning needs of cardiac patients:a partial replication study. Heart Lung 1987; 16(5):544-51.
- Polit DF, Beck CT.** Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice. 9th Edition. Philadelphia, PA: Lippincott, Williams & Wilkins; 2008.p.539-65.
- Savaşır I.** Ölçek uyarlamasındaki sorunlar ve bazı çözüm önerileri. Türk Psikoloji Dergisi 1994; 9(33): 27-32.
- Shao JH, Chang AM, Edwards H, Shyu YI, Chen SH.** A randomized controlled trial of self-management programme improves healthrelated outcomes of older people with heart failure. Journal of Advanced Nursing 2013; 69(11): 2458-69.
- Şencan H.** Sosyal ve Davranışsal Ölçümlerde Güvenilirlik ve Geçerlilik. 1. Baskı: Ankara, Seçkin Yayıncılık; 2005.p.723-41.
- Tavşancıl E.** Tutumların Ölçülmesiyle SPSS ile Veri Analizi. 4.Baskı: Nobel Publisher; 2010. Ankara.p.20-51.
- Wehby D, Brenner S.** Perceived learning needs of patients with heart failure. Heart Lung 1999; 28(1): 31-40.
- Yu M, Chair SY, Chan CW, Liu M.** Testing the psychometric properties of the Chinese version of the Heart Failure Learning Needs Inventory. Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care 2010; 39(4): 262-274.

ARAŞTIRMA

KRONİK KALP DAMAR HASTALIĞI OLAN BİREYLERİN HASTALIK ALGISININ İNCELENMESİ

Gülcan BAĞÇIVAN*

Esra TANRIVER**

Betül KILIÇ***

Alınış Tarihi: 07.07.2017

Kabul Tarihi: 29.06.2018

ÖZET

Amaç: Bu çalışma kronik kalp damar hastalığı olan bireylerin, hastalık algılarının belirlenmesi amacı ile yapılmıştır.

Yöntem: Tanımlayıcı nitelikte olan bu çalışma, Aralık 2012-Nisan 2013 tarihleri arasında bir üniversite hastanesinde kronik kalp damar hastalığı ile takip edilen bireyler ile yürütülmüştür. Veriler "Hasta Bilgi Formu" ve "Hastalık Algısı Ölçeği" ile toplanmıştır.

Bulgular: Araştırmaya toplam 110 hasta katılmıştır. Hastaların yaş ortalaması 54.97±16.67 yıl ve %48.2'si erkek, %51.8'i kadındır. Hastaların Hastalık Algısı Ölçeği'den aldıkları puanlara göre alt boyut puan ortalamaları; hastalık tipi alt boyutu 4.12±2.58, hastalık hakkındaki görüşleri süre alt boyutu 23.17±5.64, sonuçlar alt boyutu 15.01±3.83, kişisel kontrol alt boyutu 22.25±4.03, tedavi kontrol alt boyutu 19.33±3.73, hastalığı anlayabilme alt boyutu 19.05±3.85, süre döngüsel alt boyutu 12.99±2.94, duygusal temsiller alt boyutu için 19.96±5.90 olarak bulunmuştur. Bu sonuçlar; hastaların kalp hastalığı tamı aldıktan sonra yaşamlarında deneyimledikleri bazı genel hastalık belirtilerini kronik kalp hastalıkları ile ilişkilendirmediğini, hastalıklarını kronik bir hastalık olarak algıladıklarını, hastalığın çok ciddi sonuçları olduğuna inandıklarını, hastalıklarını anlayabildiklerini, hastalıklarını kontrol edebileceğine ve hastalığının tedavi ile kontrol edilebileceğine ilişkin pozitif algısının olduğunu göstermektedir.

Sonuç: Kronik hastalıkların yönetiminde, hasta katılımının sağlanması için hastaların hastalık algılarının belirlenmesi ve bu sonuçların bakım sürecinde dikkate alınması gerektiği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kronik kalp damar hastalığı; hastalık algısı; hemşirelik

ABSTRACT

Investigation of the Disease Perception of Individuals with Chronic Cardiovascular Disease

Aim: This study was conducted with the aim of determining the disease perceptions of individuals with chronic cardiovascular disease.

Method: This descriptive study was conducted with individuals with chronic cardiovascular disease at a university hospital between December 2012 and April 2013. The data were collected using the "Patient Information Form" and the "Disease Perception Scale".

Results: A total of 110 patients were enrolled in the study. The mean age of the patients was 54.97±16.67 years and 48.2% were male and 51.8% were female. The mean subscale scores according to the scores of the patients from the Disease Perception Scale; the subscale of the disease type was 4.12±2.58, the mean of the subtype of the disease was 23.17±5.64, the subscale of the results was 15.01±3.83, the subscale of the individual control was 22.25±4.03, the subscale of the treatment control was 19.33±3.73, the subscale of understanding the disease was 19.05±3.85, the subscale of the time cyclic was found to be 12.99±2.94, and the subscale of the emotional representation was found to be 19.96±5.90. According to these results, it can be said that having had a diagnosis of heart disease, patients do not associate some general symptoms of illness they have experienced in life with chronic heart disease, they perceive their illness as a chronic illness, believe that their illness has very serious consequences, understand their illnesses, control their illness and have the positive perception that the disease can be controlled by treatment.

Conclusion: In the management of chronic diseases, it is considered that patients' disease perceptions should be determined and these results should be taken into consideration during the care process in order to ensure patient participation.

Key words: Chronic cardiovascular disease; disease perception; nursing.

*Sorumlu yazar: Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Eğitim Birimi, Ankara, (Dr.), Orcid ID: 0000-0002-9585-6332, e-posta: gulcan_408@hotmail.com

** Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yanık Merkezi, Ankara (Hemşire), e-posta: esri.92@hotmail.com

***Gülhane Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Ankara (Dr.Öğr.Üyesi), Orcid ID: 0000-0002-4178-4003, e-posta: betulay.kilic@sbu.edu.tr

GİRİŞ

Dünyada ve ülkemizde yaşanmakta olan nüfus ve değişmekte olan yaşam şekli nedeniyle kronik hastalıklar artmaktadır. Bu kronik hastalıklar içerisinde kalp damar hastalıkları birinci sırada yer almaktadır (WHO 2011). Türkiye İstatistik Kurumu 2015 yılı ölüm nedeni istatistiklerine göre Türkiye’de dolaşım sistemi hastalıkları %40.3 ile her iki cinsiyette, en sık görülen ölüm nedeninin başında gelmektedir (TÜİK 2015). Hastalığın oluşmasında en büyük risk etmenleri sigara kullanma, yüksek kolesterol, hipertansiyon, düşük düzeyde sebze ve meyve tüketimi, yetersiz fiziksel aktivite ve bunlara bağlı oluşan obezite yer almaktadır. Risk etmenlerinin çoğu toplum eğitimi, yaşam şekli değişikliği ve sosyoekonomik düzeyin iyileştirilmesi gibi toplum tabanlı birincil koruma önlemleriyle ortadan kaldırılabilir sorunlardır (WHO 2011).

Bireylere, kronik kalp hastalıkları gibi kronik bir hastalık tanısı konduğunda bilişsel ve duygusal değerlendirme süreci başlamaktadır. Bu durumun hastalık algısının oluşmasına neden olduğu belirtilmektedir. Hastalık algısı, kişilerin hastalık dönemleri boyunca yaşadıkları deneyimler, hastalık süreci, inançları, değerleri, baş etme mekanizmaları ve psikopatoloji üzerinde doğrudan etkisi olan bir kavramdır. Aynı zamanda bireyin sağlığını tehdit eden bir hastalığın anlamını ve önemini algılamasıdır. Hastalık deneyimi kişiye göre farklı yaşanmakta ve bu farkı yaratan birçok faktör kişinin tepkisinde belirleyici rol oynamaktadır (Kocaman, Özkan, Armay, Özkan 2007; Armay, Özkan, Kocaman, Özkan 2007). Hastaların hastalıkları hakkındaki görüşleri sağlık profesyonelleri tarafından nadiren sorgulanmakta ve hastalar hastalıkları hakkındaki inanışlarını çoğu zaman ifade etmemektedir (Karabulutlu ve Okanlı 2011). Hastalık algısı sorgulanan hastaların, hastalıklarının kişisel olarak kontrol edilebilir olduğuna inanmaları ve bilgi düzeylerini artırmalarının, hastaneye tekrarlı yatışları azaltabileceği, yaşam şeklindeki değişikliklere uyum sağlayabileceği, yaşam kalitesini düzeltebileceği belirtilmektedir (Murray, Craigs, Hill, Honey and House 2012; Küçükberber, Özilli ve Yorulmaz 2011). Bu nedenle kronik kalp damar hastalığı olan hastaların hastalık algısının değerlendirilmesi önemlidir.

Kronik hastalıkların yönetiminde ve sağlığın sürdürülmesinde sağlığı geliştirici davranışların kullanılması temeldir. Hastalık

algısı ve hastalığın gidişatı arasındaki ilişkinin incelendiği araştırmalarda içsel kontrol algısı yüksek olan bireylerde hastalıkla baş etme ve tedaviye uyumun daha başarılı olduğu görülmüştür (Karabulutlu ve Okanlı 2011). Bu nedenle öz bakımında kişinin işlevini ve sorumluluğunu en üst düzeye çıkarmak için periyodik izlem ve destek bakım gerektiren durumlar için hemşirelik girişimleri olarak hastalık algısının değerlendirilmesi ve hastaların bilgilendirilmesi önerilmektedir (Arruda, Santos, Teston, Cecilio, Radovanovic, Marcon 2015). Bu nedenle bu çalışmada kronik kalp damar hastalığı olan bireylerin hastalık algılarının belirlenmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın Tipi, Evren ve Örneklem

Tanımlayıcı nitelikte olan bu çalışma, Aralık 2012-Nisan 2013 tarihleri arasında bir üniversite hastanesinde kardiyoloji ve iç hastalıkları poliklinik ve kliniğinde kontrol ve tedavi amacı ile takip edilen kronik kalp damar hastalığı (Koroner arter hastalığı, kalp yetersizliği, hipertansiyon, aritmiler, kapak hastalıkları) olan toplam 110 birey ile yürütülmüştür.

Verilerin Toplanması

Veriler hastanede yatan hastalar ile hasta odasında ve ayaktan hastalar ile poliklinik bekleme salonunda yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Verilerin toplanmasından önce hastalara araştırma hakkında bilgi verilmiş ve yazılı olurları alınmıştır. Araştırmaya, 18 yaş ve üzeri, Türkçe konuşup anlayabilen, iletişime engel bir sorunu olmayan, en az üç ay öncesinde tanı konmuş ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan hastalar dahil edilmiştir. Araştırmaya katılmaya gönüllü olmayan, Türkçe iletişim kuramayan, tanı süresi üç aydan daha kısa olan ve iletişime engel sorunu olan bireyler araştırmaya dahil edilmemiştir.

Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında, hastaların tanıtıcı bilgilerinin belirlenmesi için araştırmacılar tarafından literatür incelemesi sonucunda oluşturulan “Hasta Bilgi Formu” ve hastaların hastalık algılarının belirlenmesi için “Hastalık Algısı Ölçeği” kullanılmıştır.

Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ): 1996 yılında Weinmann ve ark. tarafından geliştirilmiş ve 2002 yılında Moss-Morris ve ark. tarafından yenilenmiştir (Weinman, Petrie, Moss-Morris, Horne 1996; Moss-Morris, Weinman, Petrie, Horne, Cameron, Buick 2002). Hastalık Algısı Ölçeğinin Türkçe geçerlik ve güvenilirliği

Kocaman ve ark. (2007) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin Türkçe geçerlik güvenirlik çalışmasında alt boyutlar için iç tutarlılık katsayıları 0.69-0.89 arasında bulunmuştur (Kocaman, Özkan, Armay, Özkan, 2007). Ölçek, hastalık tipi, hastalık hakkındaki görüşler ve hastalık nedenleri olmak üzere toplam üç boyuttan oluşmaktadır. *Hastalık tipi boyutu*: Sık görülen 14 hastalık belirtisini (ağrı, boğazda yanma, bulantı, soluk almada güçlük, kilo kaybı, yorgunluk, eklem sertliği, gözlerde yanma, hırıltılı soluma, baş ağrısı, mide yakınmaları, sersemlik hissi, uyku güçlüğü, güç kaybı) içermektedir. *Hastalık hakkındaki görüşler boyutu*: Otuz sekiz maddeden oluşmuş ve beşli likert tipi ölçüm (Kesinlikle böyle düşünmüyorum, böyle düşünmüyorum, kararsızım, böyle düşünüyorum, kesinlikle böyle düşünüyorum) kullanılmaktadır. Bu boyut kendi içerisinde yedi alt boyutu içermektedir. Bu alt boyutlar süre (akut/kronik), sonuçlar, kişisel kontrol, tedavi kontrolü, hastalığı anlayabilme, süre (döngüsel) ve duygusal temsiller olarak adlandırılmaktadır. Süre alt ölçeği, kişinin hastalığının süresiyle ilgili algılarını araştırmakta ve akut, kronik, döngüsel olarak gruplanmaktadır. Bu boyuttan alınan yüksek puan bireyin, hastalığının kronik olduğunu düşündüğünü göstermektedir. Sonuçlar alt ölçeği, kişinin hastalığının şiddetine, fiziksel, sosyal ve psikolojik işlevselliğine olası etkileriyle ilgili inançlarını araştırmaktadır. Bu boyuttan alınan yüksek puan bireyin, hastalığının çok ciddi sonuçları olduğuna güçlü bir şekilde inandığını, hastalığın sonuçlarını negatif algıladığını göstermektedir. Kişisel kontrol, kişinin hastalığının süresi, seyri ve tedavisi üzerindeki iç kontrol algısını araştırmaktadır. Bu boyuttan alınan yüksek puan bireyin, hastalığını kontrol edebileceğine ilişkin pozitif algısını göstermektedir. Tedavi kontrolü kişinin, uygulanan tedavinin etkinliği hakkındaki inançlarını araştırmaktadır. Bu boyuttan alınan yüksek puan bireyin, hastalığının tedavi ile kontrol edilebileceğine ilişkin pozitif algısını göstermektedir. Hastalığı anlayabilme alt boyutu, kişinin hastalığını ne kadar anladığını ya da kavradığını incelemektedir. Bu boyuttan alınan yüksek puan bireyin, hastalığını anlayabildiğini göstermektedir. Süre (döngüsel) alt boyutu, kişinin hastalığının döngüsel olup olmadığına ilişkin algısını incelemektedir. Bu boyuttan alınan yüksek puan bireyin, hastalığının döngüsel olduğunu düşündüğünü göstermektedir. Duygusal temsiller alt boyutu, kişinin hastalığıyla ilgili hissettiklerini araştırmaktadır.

Bu boyuttan alınan yüksek puan hastalık ile ilgili endişenin fazla olduğunu, olumsuz etkilenildiğini göstermektedir. Hastalık nedenleri boyutu hastalıkların oluşumundaki olası nedenleri içeren 18 maddeden oluşmaktadır. Beşli likert tipi ölçüm kullanılmaktadır. Bu boyut, kişinin hastalığının olası nedenleri hakkındaki düşüncelerini araştırmakta ve dört alt ölçek içermektedir. Bunlar, psikolojik atıflar (ör., stres ya da endişe, aile problemleri, kişilik özellikleri), risk etkenleri (ör., kalıtsal, sigara, alkol kullanımı, yaşlanma), bağışıklık (ör. mikrop ya da virüs, vücut direncimin az olması), kaza veya şansızlık (ör., kaza, yaralanma, kötü talih vb.). Alt boyutların puanlaması; her bir alt boyuttaki puanların toplanıp, o alt boyuttaki madde sayısına bölünmesi ile elde edilmektedir. Yüksek skor hastalığa neden olan faktörleri algılamayı göstermektedir.

Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS for Win. Ver. 15.00 (SPSS Inc. Chicago, IL, USA) paket programı kullanılmıştır. İstatistiksel kararlarda $p < 0.05$ seviyesi anlamlı farklılığın göstergesi olarak kabul edilmiştir. Veri toplama formları ile elde edilen bilgiler bilgisayar ortamına aktarılmış ve gerekli hata kontrolleri ve düzeltmeler yapılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler; sayımla belirlenen değişkenler için sayı ve %, ölçümle belirlenen değişkenler için ortalama \pm standart sapma şeklinde gösterilmiştir. Karşılaştırmalı istatistiklerde iki grup arası karşılaştırmalar için bağımsız gruplarda t testi ve ikiden fazla grup arası karşılaştırmalar için tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın ilgili hastanede yürütülebilmesi için uygulama izni ve etik kurul onayı alınmıştır.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Araştırmaya toplam 110 kronik kalp ve damar hastalığı olan hasta katılmıştır. Hastaların %49.1'i 46-64 yaş grubunda, %51.8'i kadın, %77.3'ü evli, %40.9'u ilköğretim mezunu, %43.6'sı çalışmamakta, %72.7'si şehir merkezinde yaşamakta, tamamının düzenli bir aylık geliri bulunmakta ve %44.5'i eşi ve çocukları ile yaşamaktadır (Tablo 1).

Hastaların tıbbi özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 2'de gösterilmiştir. Hastaların %39.1'i hipertansiyon hastası, %30.9'u 0 ile 3 yıl hastalık süresine sahip olup %90'ı hastalığı hakkında bilgi aldığını belirtmiştir. Hastaların %47.3'ü kalp damar hastalığı dışında başka kronik hastalığa da sahip olup %86.4'ü hastalığı

için ilaç kullanmaktadır. Tabloda gösterilmemekle birlikte hastaların %77.3'ü hastalığından dolayı yaşam şekli değişikliği yaptığını belirtirken en fazla yapılan yaşam şekli değişikliği “diyet alışkanlığını değiştirme” olarak ifade edilmiştir.

Tablo 1. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı (n=110)

Özellikler	Sayı	%
Yaş (en az=21, en çok=88, ort= 54.97±16.67)		
18-45	21	19.1
46-64	54	49.1
65 ve üzeri	35	31.8
Cinsiyet		
Kadın	57	51.8
Erkek	53	48.2
Medeni durum		
Evli	85	77.3
Bekar / Dul	25	22.7
Eğitim durumu		
Okur-yazar değil	14	12.7
Okur-yazar	4	3.6
İlköğretim	45	40.9
Lise	29	26.4
Üniversite ve üzeri	18	16.4
Çalışma durumu		
Çalışıyor	22	20.0
Hiç çalışmamış	39	35.5
Şu an çalışmıyor	48	43.6
Yaşadığı yer		
İl	80	72.7
İlçe	19	17.3
Köy/Kasaba	11	10.0
Birlikte yaşadığı kişiler		
Eşi	49	44.5
Eş ve çocukları	32	29.1
Çocukları	8	7.3
Anne ve babası	11	10
Eşi, çocukları ve ebeveyn	1	0.9
Eşi ve anne babası	1	0.9
Yalnız	8	7.3
Düzenli aylık gelir durumu		
Var	110	100.0
Yok	-	-

Hastaların HAÖ puanlarına ilişkin bulgular Tablo 3'de gösterilmiştir. *Hastaların HAÖ hastalık tipi alt boyutundan* aldıkları puan ortalaması 4.12±2.58'dir. Bu sonuç hastaların kronik kalp hastalığı tanısı konduktan sonra yaşamlarında deneyimledikleri bazı genel hastalık belirtilerini (ağrı, boğazda yanma, eklem sertliği, uykusuzluk, soluk almada güçlük,

gözlerde yanma gibi) kronik kalp hastalıkları ile ilişkilendirmediğini göstermektedir.

Hastalık hakkındaki görüşler alt boyutundan alınan puanlara göre; süre (akut/kronik) alt boyut puan ortalaması 3.86±0.94 olup bu puan, hastaların hastalıklarını kronik bir hastalık olarak algıladıklarını göstermektedir.

Tablo 2. Hastaların hastalık özelliklerine göre dağılımı (n=110)

Özellikler	Sayı	%
Tanı		
Hipertansiyon	43	39.1
Koroner kalp hastalığı	23	20.9
Kalp yetersizliği	5	4.5
Kalp kapak hastalıkları	5	4.5
Aritmiler	14	12.7
Birden fazla kalp hastalığı*	20	18.2
Hastalık süresi		
0-3 yıl	34	30.9
4-6 yıl	27	24.5
7-10 yıl	21	19.1
11 yıl ve üzeri	28	25.5
Hastalık bilgisi		
Bilgi almış	99	90
Bilgi almamış	11	10
Diğer hastalıklar		
Diğer hastalığı var**	52	47.3
Diğer hastalığı yok	58	52.7
İlaç kullanma durumu		
Kullanıyor	95	86.4
Kullanmıyor	16	14.6

*Hipertansiyon+ koroner kalp hastalığı, Kalp yetersizliği+ Hipertansiyon gibi

**Diyabet, KOAH, Guatr, Kanser, Astım, Hiperlipidemi, Romotoid artrit, Gastrit, Ülser.

Hastalık algısı, bireylerin hastalığa verdiği duygusal yanıttan hastalığın seyrine kadar birçok açıdan değerlendirilmesi gereken önemli bir etkidir (Armay, Özkan, Kocaman, Özkan, 2007). Hastalık algısındaki değişimin hastaların tedaviye yanıtında da değişikliklere neden olduğu belirtilmektedir. Kronik hastalıklar ve tedavisi, bireyin yaşam şeklinde değişiklikleri gerektirdiği ve kısıtlılıklara neden olduğu için bireyin yaşamını doğrudan etkilemektedir. Özellikle kalp hastalıkları neden olduğu psikososyal ve fiziksel sorunların özelliği ve yoğunluğundan dolayı, yönetimi zor ve karmaşık olan bir hastalıklardır (Akbıyık, Koçak, Oksel 2016). Bu çalışmadaki sonuçlar, hastaların hastalıklarını kronik bir hastalık olarak algıladıklarını göstermektedir. Oğuz, Yetim, Yalçın, Ünalın ve Çamcı'nın (2016) 159 hipertansiyonlu hastada hastalık algısının diyet

ve tedavi uyumuna etkisini inceledikleri çalışmada, hastalık algısı arttıkça diyet ve tedaviye uyumun arttığı gösterilmiştir. Hastaların hastalığı doğru bir şekilde kronik olarak

algılamasının hastalık ve tedavi sürecini olumlu etkileyebilecek bir durum olduğu düşünülmektedir.

Tablo 3. Hastaların Hastalık Algısı Ölçeği puanlarına ilişkin bulgular

Ölçek alt boyut puanları	Ort±SS
Hastalık tipi alt boyutu	4.12±2.58
Hastalık hakkındaki görüşler alt boyutu	
Süre (akut/kronik)	3.86±0.94
Sonuçlar	2.50±0.63
Kişisel kontrol	3.70±0.67
Tedavi kontrol	3.86±0.74
Hastalığı anlayabilme	3.81±0.77
Süre döngüsel	3.24±0.73
Duygusal temsiller	3.32±0.98
Hastalık nedenleri alt boyutu	
Psikolojik nedenler	2.92±0.78
Risk etkenleri	2.57±0.61
Bağışıklık	2.13±0.83
Kaza/şans	1.69±0.83

Sonuçlar alt boyutu puan ortalaması 2.50±0.63 olup, bu puan hastaların hastalığının çok ciddi sonuçları olduğuna güçlü bir şekilde inandıklarını, hastalığın sonuçlarını negatif algıladıklarını göstermektedir. Kalp hastalıklarında nefes darlığı, halsizlik, yorgunluk, ayak bileklerinde şişme gibi semptomların yanı sıra konfüzyon, konsantrasyonda azalma gibi serebral semptomlar, bulantı, asit, karın ağrısı gibi gastrointestinal semptomlar görülebilmektedir (Whellan, Goodlin, Dickinson, Heidenreich, Jaenicke and Stough 2014; Efe, Olgun 2011). Bu semptomlar bireylerin günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede zorlanmalarına, ekonomik, cinsel ve psikososyal sorunlar yaşamalarına, özellikle iş yaşamında, aile, arkadaş ilişkilerinde sorunlarla karşı karşıya kalmalarına neden olmaktadır (Akin ve Durna, 2006). Bu çalışmadaki sonuçlar hastaların hastalığının çok ciddi sonuçları olduğuna güçlü bir şekilde inandıklarını, hastalığın sonuçlarını negatif algıladıklarını göstermektedir. Kalp hastalarının hastalığa bağlı ağır semptomlar yaşaması, tekrarlayıcı hastaneye yatışlar, yaşam aktivitelerini yerine getirmede yetersizlik gibi nedenlere bağlı olarak hastalığı negatif algıladıkları belirtilmektedir (Toback and Clark 2017). Ayrıca kronik hastalıklarla yaşamakta olan bireylerde, kontrol ve üretkenliğin kaybı, ölüm korkusu, geleceğe yönelik belirsizlikler,

yaşam planları ve amaçlarında değişiklikler, aile ve sosyal çevre ilişkilerinde değişme ve ekonomik durumda değişiklikler gibi bazı sorunlar ortaya çıkmaktadır (Akbiyık, Koçak, Oksel 2016). Bu çalışmada hastaların hastaneye yatış sıklığı, deneyimledikleri semptomlar ya da yaşam aktivitelerine ilişkin veri toplanmamış olmakla birlikte hastalığın negatif algılanmasının nedeninin literatürde belirtildiği gibi hastaların deneyimlediği ağır semptomlar, tekrarlı hastane başvuruları gibi nedenlerden kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Kişisel kontrol alt boyutundan alınan puan ortalaması, 3.70±0.67 olup, bu puan hastaların hastalığını kontrol edebileceğine ilişkin pozitif algısının olduğunu göstermektedir. *Tedavi kontrol alt boyutu* puan ortalaması 3.86±0.74 olup bu puan, hastaların hastalığının tedavi ile kontrol edilebileceğine ilişkin pozitif algısının olduğunu göstermektedir. *Hastalığı anlayabilme alt boyutu* puan ortalaması, 3.81±0.77 olup, bu puan hastaların hastalığını anlayabildiğini göstermektedir. Kalp hastalığı olan bireylerde hastalık algısının incelendiği çalışmalarda, hastalığın başlangıcından bu yana hastaların genel hastalık belirtilerini yaşadıkları, daha sonra bu belirtileri hastalıklarıyla ilişkilendirdikleri bildirilmektedir (Ribeiro, Melão, Rodrigues, Leite, Garcia, Dias, Maciel 2014; Cherrington, Lawson, Clark 2006). Chiou, Hsu ve Hung (2016) çalışmalarında koroner kalp hastalığı olan

bireylerin hastalık hakkında bilgisinin yeterli olmasının baş etmeyi kolaylaştırdığı, hastalığa uyumu artırdığı, öz bakım becerisini artırdığı ve hastalık hakkındaki tepkilerini de olumlu yönde etkilediği belirtilmiştir (Chiou, Hsu, Hung 2016). Bu nedenle kronik hastalığa sahip olan bireylerin hastalığı kontrol edebilmesi için, hastalığı hakkında bilgilendirilmesi, yaşam şeklinde değişiklikler yapması, planlanan bakıma aktif olarak katılımı ve işbirliği yapması gerekmektedir (Trivedi, Slightam, Fan, Rosland, Nelson, Timko 2016). Bu çalışmada hastaların hastalığını kontrol edebileceğine ilişkin pozitif algısının olduğu gösterilmiş olup, benzer şekilde yapılan çalışmalarda da hastaların durumu kontrol edebileceklerine inandıkları belirtilmiştir (Cherrington, Lawson, Clark 2006; Lau-Walker 2004). Bu çalışmadaki sonuçlara benzer şekilde Oli, Vaidya, Subedi ve Krettek'in (2014) kardiyometabolik koşulları olan bireyler arasında kardiyovasküler hastalığın nedeni ve önlenmesi ile ilgili deneyim ve algılamalar üzerine yaptıkları nitel çalışmada, hastaların yaşam şekli değişikliği ile hastalıklarını kontrol altında tutabileceklerini ifade ettikleri belirtilmiştir. Hastanın hastalıkla birlikte yaşantısında meydana gelen değişikliklere uyum sağlaması hastalığın tedavisi ve yaşam kalitesinin yükseltilmesi açısından önem taşımaktadır. Hastaların hastalığının tedavi ile kontrol edilebileceğine ilişkin pozitif algılarının olması, tedavi sonrası kalp yetersizliği belirti ve semptomlarında azalma olmasına bağlanabilir. Ayrıca hastaların bu pozitif algılarının tedavi sürecinde son derece önemli olan hastaların tedaviye ve yaşam şekli değişikliklerine uyumunda motive edici bir unsur olabileceği düşünülmektedir.

Kalp yetersizlikli hastaların hastalıklarını anlayabilmeleri, hastalıkları üzerinde kontrollerini artırarak, baş etmesini kolaylaştıracağından ve olumsuz algılamayı engelleyeceğinden hastalık hakkındaki tepkilerini de olumlu yönde etkileyecektir. Ayrıca bilgi eksikliğine bağlı anksiyeteyi de azaltacaktır (Jeon et al., 2010; Aalto, Aro, Weinman, Heijmans 2006; Evangelistaet, Kagawa-Singer, Dracup 2001). Bu çalışmada HAÖ hastalığı anlayabilme alt boyutu puan ortalaması hastaların, hastalığını anlayabildiğini göstermektedir. Bu çalışmadaki sonuçlarla paralel olarak diğer çalışmalarda da benzer sonuçlar elde edilmiştir (Oğuz, Yetim, Yalçın, Ünalın ve Çamcı 2016; Cherrington, Lawson, Clark 2006). Bu durumun hastaların hastalık

sürecine uyumunu olumlu etkileyebilecek bir durum olduğu düşünülmektedir.

Süre döngüsel alt boyutu toplam puanı ortalama 3.24 ± 0.73 olup, bu puan hastaların hastalıklarının döngüsel olduğunu düşündüğünü göstermektedir. *Duygusal temsiller alt boyutu* puan ortalaması, 3.32 ± 0.98 olup bu puan hastaların hastalığı ile ilgili endişesinin olduğunu, hastalıktan dolayı olumsuz etkilendiğini göstermektedir. *Hastaların hastalık nedenleri alt boyutundan* aldıkları puanlara göre, hastalık nedeni olarak ilk sırada psikolojik nedenleri (stres endişe, aile problemleri, kişisel tutum vb.) ve ikinci olarak da kalıtsal, diyet ve davranışlar gibi risk etkenlerini algıladıkları görülmüştür. Bu sonuçlar hastaların hastalığını doğru bir şekilde algıladığını göstermesi açısından önem taşımaktadır. Bireylerin hastalığıyla ilgili endişesinin fazla olması stres yaşamalarına ve tedaviye odaklanmada sorunlara neden olabilmektedir (Oyanguren, Latorre, Torcal, Lekuona, Rubio and Maull 2016). Falk, Granger, Swedberg ve Ekman'nın (2007) çalışmasında, kardiyovasküler rahatsızlıklarda hastaların hastalığıyla ilgili endişesinin fazla olduğu ve bunun sonucunda stres yaşadıkları vurgulanmıştır. Bu çalışmadaki sonuçlar hastaların hastalığı ile ilgili endişesinin olduğunu ve bundan dolayı olumsuz etkilendiğini göstermektedir. Hastaların hastalığı ile ilgili endişesinin fazla olmasının yaşanan semptomların fazla olmasından, kronik bir hastalığa sahip olmaktan kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Tabloda gösterilmemiş olmakla birlikte, hastaların hastalık algısı ölçeği puanları ile sosyodemografik özellikleri karşılaştırıldığında; şu an çalışmıyor olan hastaların hastalıklarını kontrol edebileceğine ilişkin pozitif algısının daha yüksek olduğu görülmüştür ($F=3.71$; $p=0.028$). Ayrıca; hastaların hastalık hakkındaki görüşler; sonuçlar alt boyutu puan ortalamaları eğitim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir ($F=3.79$; $p=0.006$). Üniversite mezunu olanlar ilkökul mezunu olanlara göre anlamlı derecede hastalığının çok ciddi sonuçları olduğuna güçlü bir şekilde inanmakta ve hastalığın sonuçlarını negatif algılamaktadır. Hastaların hastalık algısı ölçeğinden aldıkları puanlar diğer sosyodemografik ve tıbbi özelliklerine göre anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0.05$). Kalp hastalarının tıbbi tedaviye uyumsuzluğu büyük bir sağlık problemi oluşturmaktadır. Özellikle kardiyovasküler risk faktörlerinin bilinmemesi,

yanlış algılanması önleyici tedbirlerin alınmasını engellemektedir (Katz M, Laurinavicius AG, Franco FG, Conceicao RD, Carvalho JA, Pesaro AE et al 2015). Bu çalışmada hastaların HAÖ hastalık nedenleri alt boyutundan aldıkları puanlara göre hastalık nedeni olarak ilk sırada psikolojik nedenleri (stres endişe, aile problemleri, kişisel tutum vb.) ve ikinci olarak da kalıtsal, diyet ve davranışlar gibi risk etkenlerini algıladıkları görülmüştür. Hastaların hastalık nedenlerinin farkında olmasının kalp hastalıklarının yönetiminde önemli bir yeri olan yaşam şekli değişikliklerinin kolaylaştırılması ve hastaların bu değişikliklere

uyumu açısından önemli olduğu düşünülmektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Hastalar kişisel deneyimleri, bilgileri, değerleri, inançları ve gereksinimleri ışığında hastalıklarını açıklamaya çalışırlar. Hastalık algısı, kişinin psikolojik uyumundan hastalığın seyrine kadar birçok alanı etkileyen önemli bir etkidir. Kronik hastalıkların yönetiminde son derece önemli bir konu olan hasta katılımının sağlanması için hastaların hastalık algılarının belirlenmesi ve bu sonuçların bakım sürecinde dikkate alınması gerektiği düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

Aalto AM, Aro AR, Weinman J, Heijmans M, Manderbacka K, Elovainio M. Sociodemographic, Disease Status, and Illness Perceptions Predictors of Global Self-Ratings of Health and Quality of Life among Those with Coronary Heart Disease – One Year Follow-Up Study. *Quality of Life Research* 2006; 15(8): 1307–22.

Akbıyık A, Koçak G, Oksel E. Kronik Kalp Yetmezliği Olan Hastalarda Öz-Bakım Davranışlarının İncelenmesi. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* 2016; 1(2): 1-8.

Akın, S., Durna, Z. Kalp yetersizliği hastalarının psikososyal uyumu. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2006, 10(2):1-2.

Arruda GO, Santos AL, Teston EF, Cecilio HPM, Radovanovic CAT, Marcon SS. Association between self-reported health and sociodemographic characteristics with cardiovascular diseases in adults. *Rev Esc Enferm USP* 2015; 49(1):60-7.

Armay Z, Özkan M, Kocaman N, Özkan S. Hastalık Algısı Ölçeği'nin Kanser Hastalarında Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması, *Klinik Psikiyatri* 2007;10: 192-200

Cherrington CC, Lawson TN, Clark KB. Illness Representation of Patients with Systolic Heart Failure. *Progress in Cardiovascular Nursing* 2006;21(4): 190-5.

Chiou AF, Hsu SP, Hung HF. Predictors of health-promoting behaviors in Taiwanese patients with coronary artery disease. *Appl Nurs Res.* 2016;30:1-6.

Efe F, Olgun N. Kalp Yetersizliği Olan Hastalarda Dispne, Yorgunluk ve Yaşam Kalitesi Üzerine Eğitimin Etkisi. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi* 2011; 1–13.

Evangelista LS, Kagawa-Singer M, Dracup K. Gender differences in health perceptions and meaning in persons living with heart failure. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care* 2001; 30(3): 167-76.

Falk K, Granger BB, Swedberg K, Ekman I. Breaking the vicious circle of fatigue in patients with chronic heart failure. *Qualitative Health Research* 2007; 17(8): 1020-27.

Jeon Y, Kraus SG, Jowsey T, Glasgow NJ. The experience of living with chronic heart failure: a narrative review of qualitative studies. *BMC Health Serv Res* 2010; 10: 77.

Katz M, Laurinavicius AG, Franco FG, Conceicao RD, Carvalho JA, Pesaro AE, et al. Calculated and perceived cardiovascular risk in asymptomatic subjects submitted to a routine medical evaluation: The perception gap. *Eur J Prev Cardiol* 2015;22 (8):1076-82.

Kocaman N, Özkan M, Armay Z, Özkan S. Hastalık Algısı Ölçeğinin Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2007; 8(4):271-280.

Küçükberber N, Özdilli K, Yorulmaz H. Kalp hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesine etki eden faktörlerin değerlendirilmesi. *Anadolu Kardiyol Derg* 2011;11(7): 619-26.

Lau- Walker M. Relationship between Illness Representation and Self- Efficacy. *Journal of Advanced Nursing* 2004; 48(3): 216-25.

Moss-Morris R, Weinman J, Petrie KJ, Horne R, Cameron LD, Buick L. The revised illness perception questionnaire (IPQ-R). *Psychol Health* 2002; 17(1):1-16.

Murray J, Craigs CL, Hill KM, Honey S, House A. A systematic review of patient reported factors associated with uptake and completion of cardiovascular lifestyle behaviour change. *BMC Cardiovascular Disorders* 2012; 12(8):120-32.

Oğuz S, Yetim M, Yalçın Ö, Ünalın YE, Çamcı G. Hipertansiyonlu Bireylerde Hastalık Algısının Tedavi ve Diyet Uyumuna Etkisi. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi* 2016; 5(2):75-83.

Oli N, Vaidya A, Subedi M, Krettek A. Experiences and perceptions about cause and prevention of cardiovascular disease among people with

cardiometabolic conditions: findings of in-depth interviews from a peri-urban Nepalese community. *Glob Health Action* 2014; 7(1): 24023.

Oyanguren J, Latorre GPM, Torcal LJ, Lekuona GI, Rubio MS, Maull LE, et al. Effectiveness and Factors Determining the Success of Management Programs for Patients With Heart Failure: A Systematic Review and Meta-analysis. *Rev Esp Cardiol* 2016; 69(10):900-14.

Ribeiro V, Melão F, Rodrigues JD, Leite SM, Garcia RM, Dias P, et al. Perception of illness symptoms in patients with acute coronary syndrome: A need to improve. *Rev Port Cardiol* 2014; 33(9):519-23.

Toback M, Clark N. Strategies to improve self-management in heart failure patients. *Contemp Nurse*. 2017;53(1):105-20.

Trivedi R, Slightam C, Fan VS, Rosland AM, Nelson K, Timko C, et al. A Couples'

Based Self-Management Program for Heart Failure: Results of a Feasibility Study. *Front Public Health* 2016; 29 (4):171.

Türkiye İstatistik Kurumu, Ölüm nedeni istatistikleri 2015, Sayı: 21526, Erişim:26.08.2016. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=24572>

Weinman J, Petrie KJ, Moss-Morris R, Horne R. The Illness Perception Questionnaire: A new method for assessing the cognitive representation of illness. *Psychol Health* 1996; 11: 431-45.

Whellan DS, Goodlin SI, Dickinson MG, Heidenreich PA, Jaenicke C, Stough WG et al. End-of-life care in patients with heart failure. *Journal of Cardiac Failure* 2014; 20(2): 121-34.

World Health Organization (September 2011), Noncommunicable Diseases Country Profiles 2011. Erişim:26.08.2016. http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502283_eng.pdf/

ARAŞTIRMA

PSİKİYATRİ KLİNİĞİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN ŞİZOFRENİ HASTALARINA YÖNELİK DAMGALAMAYA İLİŞKİN GÖRÜŞLERİ VE ÖNERİLERİ*

Burcu CEYLAN** Arzu KOÇAK UYAROĞLU***

Alınış Tarihi: 26.09.2017

Kabul Tarihi: 02.07.2018

ÖZET

Amaç: Bu araştırmada psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin şizofreniye yönelik damgalamaya ilişkin süreçleri anlaşılmasına çalışılmış; damgalamanın önlenmesine yönelik önerilerini ortaya koymak amaçlanmıştır.

Yöntem: Araştırmada nitel araştırma deseni kullanılmış ve 15 hemşire ile görüşülmüştür. Araştırmada yarı yapılandırılmış soru formu kullanılmış ve toplanan veriler veri indirgeme yöntemi ile analiz edilmiş ve kodlamalar kullanılmıştır.

Bulgular: Katılımcıların çoğunluğu şizofreniyi gerçeklik algısında değişim ile karakterize bir bozukluk olarak tanımlamış, tamamı damgalama sürecinde şizofreni tanısının büyük bir rolünün olduğunu ifade etmiş ve damgalama sürecinin tanının konmasıyla birlikte başladığını eklemiştir. Hemşireler hastalara yönelik en çok tedirginlik ve şefkat duygularını yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Katılımcıların yarısından fazlası şizofreni hastalarının psikiyatrik tanısı olmayan bireylerle aynı kalitede sağlık hizmeti almadıklarını, bunun nedeninin önyargı ve damgalama sürecinin olduğunu, bu süreçlerde ise eğitim eksikliğinin etkisi olduğunu belirtmişlerdir. Bu çalışmaya katılan hemşirelerin tamamına yakını damgalamayla mücadelede eğitimin etkili olacağını ve bu eğitimin aile, toplum ve sağlık çalışanlarına yönelik olması gerektiğini ifade etmişlerdir. Çalışmanın önemli bir bulgusu da küçük de olsa şizofreniye yönelik damgalama ile mücadele edilse de bunun mümkün olmayacağını ifade edilmesidir.

Sonuçlar: Ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz tutum, önyargı ve damgalamanın azaltılabilmesine yönelik; hemşirelik ders müfredatının yeniden değerlendirilmesi, klinik hemşirelerine yönelik hizmetiçi eğitimlerin planlanması ve deneysel çalışmalar yapılarak sonuçlarının değerlendirilmesi önerilmektedir.

Anahtar Sözcükler: damgalama; şizofreni; tutum

ABSTRACT

Psychiatric Nurses' Opinions and Suggestions About Stigmatization of Schizophrenia

Aim: In this study, it was tried to understand the processes of nurses working in psychiatry clinic regarding the stigmatization toward schizophrenia; It is aimed to reveal the proposals for the prevention of the stigmatization.

Method: Qualitative research design was used in the research and 15 nurses were interviewed. In this research the semi-structured questionnaire was used and collected data was analyzed by the method of data reduction and coding was used.

Results: The majority of participants described schizophrenia as a disorder of character with change in the perception of reality, all of them said that the role of diagnosis of schizophrenia played an important role in the stigmatization process, and they added that the stigmatization process began with the diagnosis of schizophrenia. Nurses stated that they experienced the most uneasiness and compassion for patients. More than half of the participants stated that the patients with schizophrenia did not receive the same quality health care service as those who did not diagnosed with a psychiatric disorder and that this was caused by prejudices and the stigmatization of schizophrenic patients and was indicated that the effect of lack of education in these processes. Nearly all of the nurses who participated in this study agreed that training was important in the struggle against stigmatization of schizophrenia, and it was necessary for this training to address families, society, and health professionals. Another important finding of the study is that it will not be possible to struggle with stigmatization for schizophrenia.

Conclusion: The negative attitudes towards mental illnesses, the prejudice and the reduction of the stigmatization; Re-evaluation of the nursing curriculum, planning of in-service training for clinical nurses and by conducting experimental studies evaluation of the results are recommended

Key Words: stigmatization; schizophrenia; attitude

* Bu araştırma 20th International Academic Conference (IISES)'da sözel bildiri olarak sunulmuştur.

****Sorumlu yazar:** Necmettin Erbakan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Psikiyatri Hemşireliği AB, Konya (Dr. Öğr. Üyesi), Orcid ID:0000-0001-9496-8749, e-posta:bceylan@konya.edu.tr

***Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Psikiyatri Hemşireliği AB, Konya (Arş. Gör.), Orcid ID:0000-0002-6581-4617, e-posta: asukocak51@gmail.com

GİRİŞ

Tıp ve teknolojideki hızlı gelişmelere paralel olarak hastalıkların niteliğindeki değişimler ve beklenen yaşam süresinin uzamasıyla kronik hastalık sayısında artış meydana gelmektedir. Çok sayıda kronik hastalık türü tanımlanmakla birlikte toplumlar için bakım yükü oluşturmaları ve yeti yitimine neden olması sebebiyle kronik ruhsal hastalıklar kronik hastalıklar içerisinde önemle üzerinde durulması gereken hastalık grubunu oluşturmaktadır. Erken yaşlarda başlayan ve işlevsellikte önemli düzeyde bozulmalara yol açan kronik ruhsal hastalıklardan biri şizofrenidir (Taşkın 2007; Öztürk ve Uluşahin 2008; Yıldız 2011).

Şizofreni, gerçeği değerlendirme yetisi başta olmak üzere, düşünme, duygulanım ve algılama alanlarında önemli bozuklukların yaşandığı ruhsal bir hastalıktır (Öztürk ve Uluşahin 2008). Dünya Sağlık Örgütü (2013)'ne göre şizofreni, dünya çapında 21 milyondan fazla kişiyi etkilemektedir. Türkiye'de ise şizofreninin yaşam boyu yaygınlığının 1000 kişide 8.9 olduğu tahmin edilmektedir (Binbayı, Ulaş, Elbi ve Alptekin 2011).

Konuşma ve hareketlerdeki gözle görülebilen farklılıklar gibi belirtiler nedeniyle ruhsal hastalıklarla en çok ilişkilendirilen ve bilinen şizofreni, toplumda bireylere yönelik bazı olumsuz tutumların oluşmasına neden olmaktadır (Bahar 2007; Taşkın 2007). Bu olumsuz tutumlar sonucunda damgalanma şizofreni hasta ve aileleri için önemli bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Damgalama, hastalığın gerçekte nasıl bir durum olduğunun diğerleri tarafından anlaşılmasını güçleştiren de bir sorundur (Sungur 2000; Doğanavşargil-Baysal 2013).

Damgalama, bir kişiyi diğerlerinden ayıracak şekilde, o kişinin gözden düşürülmesi, diğer insanlardan aşağı görülmesi, genel olarak kötülenmesidir (Özbaş, Küçük ve Buzlu 2008). Birçok çalışmada toplumda şizofreni ile ilgili yanlış bilgilerin ve önyargıların olduğu gösterilmiştir (Taşkın, Şen, Aydemir, Demet, Özmen ve İçelli 2002; Taşkın ve Özmen 2004; Çam ve Bilge 2011; Çam ve Bilge 2013; Thornicroft 2014). Toplumdaki var olan damgalama eğilimi bu yanlış bilgi ve inanışlarla yakından ilişkilidir (Kıvırcık-Akdede, Alptekin, Topkaya, Belkiz, Nazlı, Özsin ve ark. 2004).

Şizofreni hastalarına yönelik önyargı sağlık personeli arasında da yaygındır. Sağlık çalışanlarının şizofreni hastalarına yönelik tutumlarını değerlendiren çalışmalar, sağlık profesyonellerinin tutumlarının da içinde

yaşadıkları toplumun tutumlarına benzer ve genelde olumsuz olduğunu göstermektedir (Özmen, Taşkın, Özmen ve Demet 2004; Özyiğit, Savaş, Ersoy, Yüce, Tutkun ve Sertbaş 2004; Bağ ve Ekinci 2005; Yüksel ve Taşkın 2005; Bilge ve Çam 2010; Kuş-Saillard 2010). Yine öğrencilerin ve kurumlarda çalışan sağlık çalışanlarının da psikiyatri hastalarına ve hastalıklarına yönelik tutumunun da değişiklik göstermediği, hala reddedici ve dışlayıcı olduğu gösterilmiştir (Arkan, Bademli ve Çetinkaya-Duman 2011).

Şizofrenili bireyler sağlık çalışanlarının tutumlarına karşı çok duyarlıdır. Sağlık çalışanlarının olumsuz tutumları hastaların gereken yardımı alabilmeleri ve gerektiğinde yönlendirilmelerini engelleyen önemli bir etmen olarak ortaya çıkabilmektedir. Sonuçta damgalanan bireyler, toplumun ruhsal hastalıklı kişileri reddedeceğine ve değersizleştirdiklerine inanmakta, moral bozukluğu, benlik saygısında azalma, sosyal uyumda bozulma, işsizlik, gelir kaybı, psikiyatrik tedaviye uyumda azalma gibi birçok olumsuz sonuçlar yaşamaktadırlar (Corrigan, Edwards, Gren, Diwan and Penn 2001; Yanos, Rosenfield and Horwitz 2001; Link, Yang, Phelan and Colins 2004; Yıldız 2005; Taşkın 2007; Lundberg, Hansson, Wentz and Björkman 2008; Thornicroft 2014).

Psikiyatri hemşireleri, ruhsal bozukluğu olan bireyle, hastanede yattığı süre içerisinde en çok iletişime geçen sağlık çalışanlarından biridir. Hemşirelerin tutumları, bu hastalar üzerinde doğrudan etkili olmakta, klinikteki terapötik ortamın düzenlenmesinden taburculuk sonrası rehabilitasyona uzanan çerçevede belirleyici olmaktadır. Bu çalışmada psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin şizofreni hastalarına yönelik damgalamaya ilişkin süreçleri anlaşılmasına çalışılmış ve damgalamanın önlenmesine yönelik önerilerinin ortaya çıkarılması amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın Türü

Araştırma nitel bir çalışmadır ve psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin şizofreni hastalarına yönelik damgalamaya ilişkin görüşlerini ve damgalamanın önlenmesine yönelik önerilerini belirlemek amacıyla olgu bilim (fenomonolojik) desende planlanmıştır.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma bir Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi'nde çalışan hemşireler ile yürütülmüştür. Örnek büyüklüğü hesabı yapılmadan, "doygunluk" noktasına ulaşana kadar veri toplanmaya devam edilmiş ve

araştırma 15 psikiyatri kliniğinde çalışan hemşire ile sonlandırılmıştır.

Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi

Veriler 15 Mart-1 Mayıs 2015 tarihleri arasında araştırmacılar tarafından toplanmıştır. Verileri toplamak amacıyla araştırmacılar tarafından çalışmaya katılan hemşireler ile yarı yapılandırılmış soru formu kullanılarak bireysel görüşmeler yapılmıştır. Görüşmelerden önce görüşülen bireye ilişkin bilgi formu; görüşmeler sırasında, görüşmeye yön verecek ve araştırmanın amacına uygun bilgilerin toplanmasına yardımcı olacak, anlaşılır ve yarı yapılandırılmış soruların yer aldığı görüşme formu (Taşkın ve Özmen 2004; Taşkın 2007; Kuş-Saillard 2010; Arkan, Bademli ve Çetinkaya Duman 2011; Çam ve Bilge 2013; Thornicroft 2014) kullanılmıştır. Bu görüşmeler araştırmacı ve katılımcının bulunduğu bir odada yürütülmüştür. Görüşmeye başlamadan önce katılımcılara çalışmanın amacı, nasıl yürütüleceği konusunda bilgi verilerek, katılımcılardan sözlü ve yazılı onam alınmış olup görüşmeler yaklaşık olarak bir saat sürmüştür. Görüşme kayıtları yazıya dökülerek incelenmiştir. Veriler araştırmacılar tarafından veri indirgeme yöntemi ile analiz edilmiş ve kodlamalar kullanılmıştır. Eş denetleme (uzman incelemesi) ve katılımcı onayı gibi stratejiler kullanılarak geçerlilik ve güvenilirlik sağlanmıştır. Bu araştırma çalışmanın yapıldığı il merkezinde bulunan Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi'nde çalışan hemşirelerin görüşleri ile sınırlıdır.

Etik Prosedür

Bu çalışmanın yapılabilmesi için Sağlık Bilimleri Fakültesi Etik Kuruldan onay alındıktan sonra katılımcılara araştırmanın amacı ile ilgili bilgi verilerek sözlü onamları alınmıştır.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Veri toplamada kullanılan yarı yapılandırılmış görüşme formundaki sorulardan yola çıkarak bulgular üç başlık halinde sunulmuştur. Çalışma kapsamında görüşülen psikiyatri kliniğinde çalışan 15 hemşirenin yaş ortalaması 31,46±4,82 olup %53,3'ü kadındır. Hemşirelerin %80'i lisans ve lisansüstü eğitime sahip olup, psikiyatri kliniğinde çalışma yılı ortalaması 5,06±3,55 olarak belirlenmiştir.

Şizofreni Algısı

Veri seti incelendiğinde, hemşirelerin büyük bir çoğunluğu şizofreniyi gerçeklik algısında değişim ile karakterize bir bozukluk olarak tanımlarken, bir kısmı da uyum bozukluğu

ve çevre ile etkileşimde bozulma şeklinde ifade etmişlerdir.

“Anlaşılmazlık”

“Alevlenme ve yatışma dönemlerinin olduğu psikiyatrik bir hastalıktır. Gerçeği değerlendirme yetisinde bozukluk olur, düşünce ve algı bozuklukları görülür”

“Beyin yapısında bazı farklılıklar oluşması nedeniyle kişinin hayat şartları ve kalitesini ve çevreyle olan iletişimini ve uyumunu zorlaştıran bir beyin hastalığıdır”

“Kişinin toplumsal hayata uyumunda yetersizliği ile karakterize düşünce fakirliği, çevresel ve kişilerarası ilişkilerde gerileme ile karakterize uyum bozukluğu”

“Bireyde oluşan algı, düşünce ve uyumdaki değişimlerle ortaya çıkan duygudurum bozukluklarıdır”

Şizofreni en fazla tanınan ve belirtileri ruhsal hastalıklarla en çok ilişkilendirilen ruhsal bozukluk olarak ifade edilmektedir. Türk toplumunun şizofreni etiyolojisi, prognozu ve tedavisi konusundaki bilgide belirgin bir artış olduğunu göstermektedir (Taşkın ve ark 2002; Taşkın 2007; Çam ve Bilge 2011; Çam ve Bilge 2013). Katılımcıların çoğunluğunun lisans ve lisansüstü eğitime sahip olması, ortalama beş yıl psikiyatri kliniğinde çalışıyor olması ve Türkiye’de Sağlık Bakanlığı bünyesinde hizmet kalite standartları çerçevesinde her yıl düzenli olarak hizmet içi eğitimler yapıldığı göz önünde bulundurulduğunda, katılımcılar tarafından şizofreninin tüm yönleriyle ve yeterince tanımlanamaması düşündürücüdür.

Şizofreni tanısı almış olan bireyle çalışırken hemşireler en sık yaşadıkları duygunun tedirginlik olduğunu, bu hastalara bakım verirken şefkat duygusunu yoğun olarak hissettiklerini belirtmişlerdir. Katılımcılardan biri ise şizofreni tanısı almış bireylere bakım verirken utanma duygusunu yoğun olarak yaşadığını ifade etmiştir.

“Hani deli kuvveti derler ya onu gördüm ben bu hastalarda”

“Ne yapacağı belli olmadığı için bu hastaların insan tedirgin oluyor”

“Özellikle kliniğe ilk yattıklarında yani akut dönemde çok hareketli ve saldırgan olabiliyorlar, bu da beni tedirgin ediyor”

“Her zaman yaşamıyoruz ya da zamanla insan alırsa da tedirginlik duyuyoruz tabii”

“Bu hastalar çocuk gibi...bebek gibi bakmak gerekebiliyor bazen”

“O kadar masumlar ki, bazen neden bunun başlarına geldiğini düşünüyorum ve

buradan bile korumam gerektiğini hissediyorum”

“Bu hastalar ile çalışmaktan utaniyorum. Çünkü çevremdeki insanlar aynı sende onlar gibi delisin diyorlar. Valla bu yüzden çalıştığım hastaneyi değiştirmek aklımdan geçti ama şartlar yüzünden yapamadım.”

Literatürde de benzer sonuçlara rastlanmıştır. Angermeyer ve Matschinger (2003) toplumun şizofreni ve depresyona yönelik tutumlarını inceledikleri çalışmalarında, şizofreni hastalarına yönelik daha çok acıma ve korku duygularının olduğunu belirlemişlerdir. Paksoy-Erbaydar ve Çilingiroğlu (2010)’nun tıp eğitiminin öğrencilerin ruh sağlığı sorunu olan bireylere yönelik tutumlarına etkisini inceledikleri çalışmalarında öğrencilerin ruhsal sağlık sorunu yaşayan kişilere yönelik duygularında eğitimin ilk yıllarında “tedirginlik” duygusunun daha çok yaşandığını, altı yıllık süreç içerisinde değişim olduğunu ve tedirginlik duygusunun yerini “acıma” duygusuna bıraktığı saptanmıştır.

Şizofreni Hastalarına Yönelik Damgalama Eğilimi

Çalışmaya katılan hemşirelerin 12’si şizofreni hastalarının damgalandığını düşünmekte, damgalanma sürecinde şizofreni tanısının büyük bir rolünün olduğunu ifade etmişlerdir. Ayrıca damgalama sürecinin tanının konmasıyla birlikte başladığını eklemişlerdir.

“Hastanın iş başvurusu yaparken sağlık durumunu gösteren belgeye tanısı işleniyor, dolayısıyla da işe alınmıyor”

“Kesinlikle damgalanıyorlar, kişinin akıl hastalığının olması başlı başına aşağılayıcı, küçük düşürücü, potansiyel saldırgan, suçlu, katil vb. tanımlarla yan yana kullanılıyor”

“Son yıllarda anksiyete, depresyon gibi tanılara insanlar daha alışmış olsa da hala psikiyatrik hastalıklar korkulan hastalıklar olmuş. Şizofreni en çok korkulan hastalıktır. Hatta hastalar da tanıyı alınca toplum tarafından dışlanacağını düşündüğü için takip ve tedaviye uyum göstermiyorlar”

“Hasta tanıyı alır almaz başta ailesi tarafından reddediliyor”

Literatürde de ruhsal hastalık etiketinin, özellikle de “şizofreni” şeklinde tanımlamanın, tutumların daha olumsuz olmasına neden olduğu belirtilmiştir (Link, Phelan, Bresnehan, Stueve and Pescosolido 1999; Taşkın ve Özmen 2004; Taşkın 2007; Kuş-Saillard 2010; Thornicroft 2014).

Katılımcıların altısı şizofreni hastalarının fiziksel hastalığa sahip bireylerle benzer sağlık hizmeti aldığını ifade ederken bir katılımcı bu soruda çekimser kalmıştır. Katılımcıların sekizi ise şizofreni hastalarının psikiyatrik tanısı olmayan bireylerle aynı kalitede sağlık hizmeti almadıklarını, bunun nedeni olarak şizofreni hastalarına yönelik önyargı ve damgalamanın etkin rolü olduğunu belirtmişlerdir.

“Meslek etiği gereği aynı kalitede hizmet verilmek zorunda. Toplum fark etmese de hemşireler bu durumun farkındalar”

“Aynı hizmeti almakta, standartlar eşit”
“Kesinlikle alamamakta. Dahili hastalığı olan hastalar bile hastanelere kabul edilmemekte ve psikiyatri hastanelerine yönlendirilmekte. Hasta yatışı yapmak zorunda olduklarında güvenlik talebinde bulunuyorlar”

“Aynı özellikte olduğunu düşünmüyorum. Gelişigüzel bir muayene yapılıyor”

“Psikiyatri dışı kliniklerde sağlık çalışanları bu hastalardan korktukları için hastalardan uzak durmakta”

“Hastalar tedaviye uyumsuz olduğu için çalışanlarda önemsemiyor, hatta ölümleri bile bu önemsenmedikleri için oluyor”

Hemşireler, psikiyatri kliniğinde çalışan ve çalışmayan hemşirelerin şizofreni hastalarına yönelik damgalayıcı tutumlarının benzer olduğunu, hastalığa ilişkin önyargı ve bilgi eksikliğinin bunun en büyük nedeni olduğunu düşünmektedirler.

“Okul eğitiminde psikiyatri dersinin teorik ve uygulamasının yetersiz oluşundan kaynaklandığını düşünüyorum”

“Karşılaşmadım ama sokaktaki herhangi birinin soracağı soruları diğer klinikte çalışan hemşirelerin sorduklarını biliyorum”

“Önyargı, tedirginlik ve korku ile birlikte bilginin de yetersizliğinden kaynaklanan tutumlar sergilenebilmekte”

“Şizofreni hastalarının tecrit edilmesi gerektiğini, hatta beyin loblarının bir kısmının alınması gerektiğini ifade eden hemşirelerle karşılaştım. Bunu duymak çok ürkütücüydü. Hemşireler böyle düşündükten sonra toplumun diğer fertlerinin hastalara kötü muamele etmesi ya da dışlaması çok normal bence”

“Özellikle akut servislerde çalışan hemşireler hastaların hareketli uyumsuz ve saldırgan olabildikleri alevlenme dönemlerini gördükleri için, hastalığın sürekli böyle seyrettiğini düşünebiliyor. Ayrıca yaşadıkları olumsuz deneyimler nedeniyle hastalara öfkelenabiliyor”

“Özellikle hemşireliğin ilk yıllarında beraber çalıştığım arkadaşlarım aman boşver o anlamaz, ona iyi davranma vb. ifadelerde bulundular. Zamanla eğitimin artması ile bu yaklaşımlarda bir nebze iyileşme olsa da hala aynı şekilde davranan arkadaşlarımız var”

“Hayır. Her bir bireyi hasta olarak değerlendirdiğimiz için!”

“Gerek kişilik özelliğinden gerekse yoğun çalışma koşullarından kaynaklanan tükenmişlik ve gerekse önyargı nedeniyle bu tutumlar oluşabiliyor”

Psikiyatri ve psikiyatri dışı kliniklerde çalışan hemşirelerin şizofreni ve damgalamaya yönelik algılarının benzer ve genelde olumsuz olduğu katılımcıların genel görüşü olarak karşımıza çıkmıştır. Damgalamaya temel olan bu olumsuz tutum ve davranışlar “tehlikeli olma” kalıp yargısı nedeniyle (Link, Phelan, Bresnehan, Stueve and Pescosolido 1999; Vezzoli, Archiati, Buizza, Pasqualetti, Rossi and Pioli 2001; Taşkın ve Özmen 2004; Taşkın 2007) ve bu tip kalıp yargılar sağlık çalışanları arasında da görülmektedir (Bağ ve Ekinci 2005; Kuş-Saillard 2010). Arkan ve ark (2011) son 10 yılda Türkiye’de yapılan sağlık çalışanlarının ruhsal hastalıklara yönelik tutumlarını değerlendirdikleri çalışmalarında; sağlık konusunda eğitim alan öğrencilerin ve kurumlarda çalışan sağlık çalışanlarının ruhsal hastalıklara ve hastalara yönelik tutumun son 10 yılda bir değişiklik göstermediği ve hala reddedici ve dışlayıcı oldukları bulunmuştur.

Hemşirelerin Şizofreni Hastalarına Yönelik Damgalamayla Mücadele Önerileri

Bu çalışmaya katılan hemşirelerin tamamına yakını şizofreniye yönelik damgalamayla mücadelede eğitimin etkili olduğunu ve bu eğitimin aile, toplum ve sağlık çalışanlarına yönelik olması gerektiğinde hemfikirdirler. Ek olarak bu mücadelede medyanın toplum üzerindeki gücünün olumlu yönde kullanılması gerektiği ve şizofreni hastalarının toplumla iç içe rehabilite edilmesi gerektiği de vurgulanmıştır.

“Şizofreninin bir hastalık olduğunu halka açıklayarak”

“Konuyla ilgili eğitimler verilebilir. Bu eğitimler sağlık çalışanlarına, aileye topluma verilebilir”

“Eğitim yanında, medyada olumlu reklamlar ve toplum gönüllülerinin bu alana yönlendirilmesi”

“Şizofreni hastalarının toplum içinde tedavilerini ve sosyal yaşamın içinde var

olabilmelerini sağlayabilirsek ancak mümkün olabilir.”

“Bilgilendirme için eğitimler verilmeli, onlarla sosyal ilişkilerde bulunulmalı, farkındalık yaratacak etkinlikler planlanmalı”

“Hastalar toplum içinde tedavi edilmeli, farkındalık toplantıları, sempozyumlar, politikalar üretilmeli, bu hastaların istihdamı sağlanmalı”

Dikkate değer bir bulgu ise, iki katılımcının her şeye rağmen şizofreniye yönelik damgalanma ile mücadele etmenin mümkün olmayacağını, bu hastalara yönelik toplumsal olumsuz kalıp yargıların bu durumun en büyük nedeni olduğunu düşünmeleridir.

“Başa çıkılabileceğini düşünmüyorum. Taaa eskiden beri gelen sözler, düşünceler var bu insanlar hakkında, öyle hemen değişmez ki”

“Hayır. Sağlık çalışanında bile değişmez”

Şizofreni gibi ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik olumsuz tutum ve damgalamanın azaltılmasında hastalıklarla ilgili bilgilendirmenin, ruhsal hastalığı olan bireylerle temas sağlanmasının ve medya ile işbirliği yapılmasının önemli olduğu vurgulanmaktadır (Pinto-Foltz and Logsdon 2009; Bilge ve Çam 2010; Sartorius, Gaebel, Cleveland, Stuart, Akiyama, Arboleda-Florez et al 2010; Çam ve Bilge 2013; Çam, Bilge, Engin, Baykal-Akmeşe, Öztürk-Turgut ve Çakır 2014; Thornicroft 2014). Katılımcıların tamamı şizofreniye yönelik damgalama ile mücadelede eğitimin önemli olduğunu ifade etmişlerdir. Bu konuda yapılan çalışmalarda kısa vadede yapılan eğitim müdahalelerinin bile yanlış tutumları değiştirmede etkili olduğu gösterilmiştir (Eker 1989; Pinfold, Huxley, Thornicroft, Farmer, Toulmina andf Graham 2003). Üçok ve ark (2006)’nın şizofreniye yönelik pratisyen hekimlere verilen damgalamayı önleme eğitiminin etkisini inceledikleri araştırmalarında tek damgalama önleme oturumunun dahi şizofreniye karşı pratisyenlerin tutumunda olumlu değişiklikler yaptığı vurgulanmıştır (Üçok, Soygür, Ataklı, Kuşçu, Sartorius, Çetinkaya-Duman ve ark. 2004). Çalışmada katılımcılardan ikisi şizofreniye yönelik damgalama ile mücadele edilse de bunun mümkün olmayacağını ifade etmişlerdir. Damgalama temelinde kalıp yargılar söz konusudur. Kalıp yargı, önyargının bilişsel parçasıdır ve bir kalıp yargıya güçlü bir duygulanım da eşlik etmesiyle (tehlikelilik gibi), bir tutum olarak önyargılar meydana gelmektedir. Kalıp yargı ve önyargıların değişimi

hızlı olmayabilir (Paker 2012). Dolayısıyla her şeye karşın toplumda şizofreni ile ilgili olarak bir miktar olumsuz düşünce ve dışlama eğilimi değişmeden kalabilir (Taşkın 2007).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuç olarak, çalışmaya katılan hemşirelerin büyük çoğunluğunun lisans ve lisans üstü eğitim almış ve ortalama beş yıldır psikiyatri kliniğinde çalışıyor olmalarına rağmen şizofreni hastalığını tüm yönleriyle ve yeterli düzeyde tanımlayamadıkları, bu hastaların tedirgin olunması gereken ve ne yapacağı kestirilemeyen hastalar olduğunu düşündükleri belirlenmiştir. Hem psikiyatri kliniği hem de diğer kliniklerde çalışan hemşirelerin şizofreni ve damgalamaya yönelik algılarının benzer

olduğu katılımcıların genel görüşü olarak karşımıza çıkmıştır. Katılımcılar şizofreniye yönelik damgalama ile mücadelede en etkin yolun sağlık çalışanları, aile ve topluma yönelik eğitimler verilmesi olduğunda hemfikirlerdir. Aynı zamanda, şizofreniye yönelik damgalanmanın tamamen yok edilmesinin çok da gerçekçi bir yaklaşım olmadığı ve tutumların değişmesinin uzun zaman alacağı da önemli sonuçlardan biridir. Tüm bu sonuçlar doğrultusunda eğitimciler için; hemşirelik ders müfredatının yeniden değerlendirilmesi, klinisyenler için; hizmetiçi eğitimlerin planlanması, araştırmacılar için; deneysel çalışmalar yapılarak sonuçlarının değerlendirilmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

Angermeyer MC, Matschinger H. Public Beliefs About Schizophrenia and Depression: Similarities and Differences. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2003; 38:526-34.

Arkan B, Bademli K, Çetinkaya Duman Z. Sağlık Çalışanlarının Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumları: Son 10 Yılda Türkiye'de Yapılan Çalışmalar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2011; 3(2): 214-31.

Bağ B, Ekinci M. Sağlık Personelinin Ruhsal Sorunları Olan Bireylere Yönelik Tutumlarının Araştırılması. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi* 2005; 3(11):107-27.

Bahar A. Şizofreni ve Damgalama. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2007; 2:101-10.

Bilge A, Çam O. Ruhsal Hastalığa Yönelik Damgalama İle Mücadele. *TAF Prev Med Bull* 2010; 9:71-8.

Binbayı T, Ulaş H, Elbi H, Alptekin K. Türkiye'de Psikoz Epidemiyolojisi: Yaygınlık Tahminleri ve Başvuru Oranları Üzerine Sistemik Bir Gözden Geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2011; 22(1):40-52.

Corrigan WP, Edwards BA, Gren E, Diwan SL, Penn DL. Prejudice, Social Distance, and Familiarity with Mental Illness. *Schizophrenia Bulletin* 2001; 27(2):219-25.

Çam O, Bilge A. Türkiye'nin Batısında Yaşayan Halkın Ruhsal Hastalığa ve Hastalara Yönelik İnanç ve Tutumlarının Belirlenmesi. *Yeni Sempodium* 2011; 49(3):131-40.

Çam O, Bilge A. Türkiye'de Ruhsal Hastalığa/Hastaya Yönelik İnanç, Tutum ve Damgalama Süreci: Sistemik Derleme. *J Psy Nurs* 2013; 4:91-101.

Çam MO, Bilge A, Engin E, Baykal-Akmeşe Z, Öztürk-Turgut E, Çakır N. Muhtarlar Verilen Ruhsal Hastalığa Yönelik Damgalama İle Mücadele Eğitiminin Etkililiğinin Araştırılması. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2014; 5(3):129-36.

Doğanavşargil-Baysal GÖ. Damgalanma ve Ruh Sağlığı. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi* 2013; 22(2):239-51.

Eker D. Attitudes Toward Mental Illness: Recognition, Desired Social Distance, Expected Burden and Negative Influence on Mental Health Among Turkish Freshmen. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1989; 24:146-50.

Kıvrıkcı-Akdede BB, Alptekin K, Topkaya ŞÖ, Belkiz B, Nazlı E, Özsin E ve ark. Gençlerde Şizofreniyi Damgalama Düzeyi. *Yeni Symposium* 2004; 42(3):113-7.

Kuş-Saillard E. Ruhsal Hastalara Yönelik Damgalamaya İlişkin Psikiyatrist Görüşleri ve Öneriler. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2010; 21(1):14-24.

Link BG, Phelan JC, Bresnahan M, Stueve A, Pescosolido. Public Conceptions of Mental Illness: Labels, Causes, Dangerousness, and Social Distance. *Am J Publ Health* 1999; 89(9):1328-33.

Link BG, Yang LH, Phelan JC, Colins PY. Measuring Mental Illness Stigma, Schizophrenia Bullteın 2004; 30(3):511-41.

Lundberg B, Hansson L, Wentz E, Björkman T. Stigma, Discrimination, Empowerment and Social Networks: A Preliminary Investigation of Their Influence on Subjective Quality of Life in A Swedish Sample. *Int J Soc Psychiatr* 2008; 54:47-55.

Özbaş D, Küçük L, Buzlu S. Ruhsal Bozukluğu Olan Bireye Sahip Ailelerin Hastalığa Karşı Tutumları. *Düşünen Adam* 2008; 21:14-23.

Özmen E, Taşkın EO, Özmen D, Demet MM. Hangi Etiket Daha Damgalayıcı: Ruhsal Hastalık mı? Akıl Hastalığı mı? *Türk Psikiyatri Dergisi* 2004; 15(1):47-55.

Öztürk O, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozukluğunun Tanımlanması, Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, Ankara: Tuna Matbaacılık; 2008. p.129-32.

Özyiğit EŞ, Savaş HA, Ersoy MA, Yüce S, Tutkun H, Sertbaş G. Hemşirelerin ve Hemşirelik

Öğrencilerinin Şizofreniye İlişkin Tutumları. Yeni Symposium 2004; 42:105-12.

Paker M. Psikolojik Açıdan Önyargı ve Ayrımcılık. Ayrımcılık ve Çok Boyutlu Yaklaşımlar. Derleyenler: Çayır ve Ceyhan, İstanbul; İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları; 2012. p.255-65.

Paksoy-Erbaydar N, Çilingiroğlu N. Tıp Eğitimi Geleceğın Hekimlerinin Ruh Sağlığı Sorunu Olan Bireylere Yönelik Tutumlarını Etkilemekte Midir? Türk Psikiyatri Dergisi 2010; 21(2):114-25.

Pinfold V, Huxley P, Thornicroft G, Farmer P, Toulmin H, Graham T. Reducing Psychiatric Stigma and Discrimination. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2003; 38:337-44.

Pinto-Foltz MD, Logsdon MC. Reducing Stigma Related to Mental Disorders: Initiatives, Interventions, and Recommendations for Nursing. Archives of Psychiatric Nursing 2009; 23(1):32-40.

Sartorius N, Gaebel W, Cleveland HR, Stuart H, Akiyama T, Arboleda-Florez J et al. Psikiyatri ve Psikiyatristlerin Damgalanması İle Nasıl Mücadele Edileceği Üzerine WPA Kılavuzu. World Psychiatry 2010; 9:131-44.

Sungur M Z. Şizofreni: Mitler ve Gerçekler. Klinik Psikiyatri 2000; 1:5-12.

Taşkın EO. Şizofreniye Yönelik Tutumlar ve Damgalama. EO Taşkın (ed.), Stigma, Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumlar ve Damgalama, Ankara, Turkuaz Yayıncılık, 2007:117-36.

Taşkın EO, Özmen E. Ruhsal Hastalıklara İlişkin Tutumlar: Türkiye Çalışmalarının Gözden Geçirilmesi. 3P (Psikoloji, Psikiyatri, Psikofarmakoloji) Dergisi 2004; 12(3):229-38.

Taşkın EO, Özmen E. Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumları Etkileyen Etmenler: Bilgi, Temas, Etiket,

Psikopatoloji Tipi, Medya. 3P (Psikoloji, Psikiyatri, Psikofarmakoloji) Dergisi 2004; 12(Suppl.3):25-40.

Taşkın EO, Şen FS, Aydemir Ö, Demet MM, Özmen E, İçelli İ. Türkiye’de Kırsal Bir Bölgede Yaşayan Halkın Şizofreniye İlişkin Tutumları. Türk Psikiyatri Derg 2002; 13:205-14.

Thornicroft G. Toplumun Reddettiği Ruhsal Hastalığı Olan İnsanlara Karşı Ayrımcılık, Soygür (Çev.ed.), Ankara: Şizofreni Dernekleri Federasyonu; 2014.

Üçok A, Soygür H, Ataklı C, Kuşçu K, Sartorius N, Çetinkaya-Duman Z ve ark. The Impact of Antistigma Education on The Attitudes of General Practitioners Regarding Schizophrenia. Psychiatry and Clinical Neurosciences 2006; 60:439-43.

Vezzoli R, Archiati L, Buizza C, Pasqualetti P, Rossi G, Pioli R. Attitude Towards Psychiatric Patients: A Pilot Study in a Northern Italian Town. Eur Psychiatry 2001; 16:451-8.

Yanos PT, Rosenfield S, Horwitz AV. Negative and Supportive Social Interactions and Quality of Life Among Persons Diagnosed with Severe Mental Illness. Community Ment Health J 2001; 37(5): 405-19.

Yıldız M. Şizofrenili Hastaların Ayaktan Tedavisinde Ruhsal ve Toplumsal Girişimler Neden Gereklidir ve Nasıl Uygulanabilir. Neden Nasıl Şizofreni? S Candansayar (ed.), Ankara: PEDAY; 2005. p.237-68.

Yıldız M. Şizofreni hastaları için ruhsal toplumsal beceri eğitimi, 1. Baskı, Türkiye Sosyal Psikiyatri Derneği Yayınları, Ankara; 2011. p.3-16.

Yüksel EG, Taşkın EO. Türkiye’de Hekimler ve Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutum ve Bilgileri. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2005; 6:113-21.

ARAŞTIRMA

PRİMER İNFERTİL KADINLARIN İNFERTİLİTEYE BAĞLI YAŞADIKLARI STRES DÜZEYLERİ VE ETKİLEYEN BAZI FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ

Aslı SİS ÇELİK*

Nurcan KIRCA**

Alınış Tarihi: 11.10.2017

Kabul Tarihi: 25.06.2018

ÖZET

Amaç: Bu araştırmanın amacı primer infertil kadınların infertiliteden kaynaklanan stres düzeylerini ve etkileyen bazı faktörleri belirlemektir.

Yöntem: Tanımlayıcı nitelikte olan bu araştırma, Akdeniz bölgesindeki bir ilde bulunan özel bir Tüp Bebek Merkezi'nde yapılmış, çalışmanın verileri Ocak-Nisan 2016 tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırmanın evrenini, belirtilen tarihler arasında ilgili merkezde tedavi gören primer infertil kadınlar oluşturmuştur. Araştırmaya alınma ölçütlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 577 primer infertil kadın araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında "Kişisel Bilgi Form"u ve "İnfertilite Stresi Ölçeği" kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışma kapsamına alınan kadınların yaş ortalamasının 28.35 ± 4.11 olduğu, %44.5'inin üniversite mezunu olduğu, %28.6'sının infertilite nedeninin eşinden kaynaklandığı belirlenmiştir. Kadınların kişisel alanda stres puan ortalamasının 17.59 ± 1.97 , evlilik alanında stres puan ortalamasının 10.52 ± 2.13 , sosyal alanda stres puan ortalamasının 7.18 ± 2.76 olduğu belirlenmiştir. Kadınların eğitim düzeyine, mesleklerine, gelir düzeylerine, yaşadıkları yere, infertilite nedenine, infertilite ve evlilik sürelerine, tedavi sürelerine, önceki alınan tedavi türüne ve tedavi masraflarını karşılama şekillerine göre İnfertilite Stresi Ölçeği altboyut puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$).

Sonuç: İnfertil kadınların kişisel ve evlilik alanında ileri düzeyde stres yaşadıkları sosyal alanda ise orta düzeyde stres yaşadıkları saptanmıştır. Kadınların eğitim düzeyinin, mesleklerinin, gelir düzeylerinin, yaşadıkları yerin, infertilite nedeninin, infertilite ve evlilik sürelerinin, tedavi sürelerinin, önceki alınan tedavi türünün ve tedavi masraflarını karşılama şekillerinin stres düzeylerini etkilediği belirlenmiştir.

Anahtar kelimeler: İnfertilite, primer infertilite, kadın, stres, stresi etkileyen faktörler

ABSTRACT

Determining The Stress Level of Infertile Women Due to Infertility and The Some Factors That Affect Their Stress Level

Aim: This study aims to determine the primary infertility-related stress levels of infertile women and some of the affecting factors.

Design: This descriptive study was conducted at a private IVF center in a province in the Mediterranean region of Turkey, and the study data were collected between January and April 2016. The study population consisted of primary infertile women, who were treated at the relevant center between the dates mentioned. The sample of the study consisted of 577 primary infertile women who met the inclusion criteria and agreed to participate in the research. The Personal Information Form and the Infertility Stress Scale were used to collect data.

Results: It was determined that the average age of the women included in the study was 28.35 ± 4.11 , 44.5% was university graduate and the infertility cause of 28.6% was her spouse. It was found that the mean score of the women in the stress in personal area sub-scale was 17.59 ± 1.97 , the mean score in the stress in marriage area was 10.52 ± 2.13 , and the mean score in the stress in social area sub-scale was 7.18 ± 2.76 . The difference between the mean sub-scale scores of the Infertility Stress Scale was found to be significant in terms of women's education level, professions, income levels, place of residence, infertility cause, infertility and marriage duration, treatment duration, type of previous treatment and the way of covering the treatment costs ($p < 0.05$).

Conclusion: It was determined that infertile women experience moderate stress in the social area, whereas they experience high level of stress in personal and marital area. It was also found that the women's education level, profession, income level, place of residence, infertility cause, infertility and marriage duration, treatment duration, type of previous treatment and the way of covering the treatment costs affect their stress levels.

Key Words: Infertility, primary infertility, woman, stress, factors affecting stress.

* **Sorumlu yazar:** Atatürk Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD, Erzurum (Dr. Öğr. Üyesi), Orcid ID: 0000-0002-3597-7167, e-posta: aslisis@hotmail.com

** Akdeniz Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Antalya (Öğr. Gör. Dr.), Orcid ID: 0000-0003-18567-4026, e-posta: nurcan1224@gmail.com

GİRİŞ

İnfertilite, üreme çağındaki çiftlerin %10-15'ini etkileyen, bireysel, ailevi ve toplumsal sorunlara yol açan, yıkıcı bir sağlık problemidir (WHO,2017). İnfertilite biyo-psiko-sosyo-kültürel boyutları olan, bireye özel, beklenmeyen stresörlerle karşılaştıran, sosyal damgalanmayla sonuçlanan, cinsellikle ilgili yetersizlik, başarısızlık duyguları yaşanmasına neden olan, çiftlerin yaşamını değiştiren bir deneyimdir(Güz, Özkan, Sarısoy, Yanık ve Yanık 2003; Cousineau and Domar, 2007)

İnfertilite ve yardımcı üreme tedavileri, çok boyutlu stresörlerdir. İnfertilite problemi sıklıkla çiftlerin birinde veya her ikisinde önemli bir stres kaynağıdır. Stres, infertilite tedavisini olumsuz etkileyebileceği gibi, infertilite tanısı ve uygulanacak tedavi de strese neden olabilmektedir (Peterson, Newton, Rose and Skaggs, 2006;Hajela, Prasad, Kumaran ve Kumar, 2016; Yoldemir, 2008).İnfertilite ve tedavisi infertil kadınları, psikolojik ve sosyal yönden olumsuz olarak etkilemektedir (Güz, Özkan, Sarısoy, Yanık ve Yanık 2003; Topdemir Koçyiğit, 2012, Cousineau and Domar, 2007). Yapılan çalışmalarla infertilitenin yaşam kalitesini düşürdüğü (Aliyeh and Laya, 2007;Valsangkar, Bodhare, Bele and Sai, 2011; Teskereci and Öncel, 2013; Onat ve Kızılkaya Beji, 2012), yalnızlığa(Kavlak ve Saruhan, 2002), duygusal sıkıntılara ve strese (Hammerberg, Astbury and Baker, 2001; Ünal, Kargin ve Akyüz 2010;Boivin Griffiths and Venetis 2011; Özkan and Baysal, 2006), depresyon ve aksiyeteye (Noorbala, Ramazanzadeh, Malekafzali, Abedinia, Forooshani, Shariat et al., 2008; Gülseren, Çetinay, Tokathoğlu, Sarıkaya, Gülseren ve Kurt 2006; Kazandı, Gunday, Mermer, Erturk and Ozkınay 2011; İslimye Taşkın, Usta, Cüce, Adalı ve Arslan 2016), kontrol kaybına, damgalanmaya (Cousineau and Domar, 2007, Şen ve Sevil, 2016), evlilikte uyumsuzluğa(Güleç, Hassa, Yalçın ve Yenilmez 2011; Eren Bodur,Çoşar ve Erdem, 2013; Egelioğlu Çetişli, Serçekuş ve Oğuz, 2014) neden olduğu saptanmıştır. İnfertilitenin tedavi süreciyle bu olumsuzlukların daha da arttığı bilinmektedir (Boivin, Griffiths and Venetis 2011)

İnfertilite problemi yaşayan kadınların duygusal stres düzeylerinin yüksek olduğu bildirilmiştir (Boivin, Griffiths and Venetis 2011). Yaşanan bu stres tedaviyi zorlaştırmakta, etkinliğini azaltmakta ve çiftlerin başarılı

olabilecek bir tedaviyi bırakma eğilimlerini arttırmaktadır. Tedavi sonucu başarısız olduğunda, kişilerin tedaviyi bırakma kararını vermesinde stresin etkili olduğu bildirilmiştir (Hajela, Prasad, Kumaran ve Kumar, 2016; Cousineau and Domar, 2007; Yoldemir, 2008). Kadında stresin infertilite üzerinde etkileri; ovulatuvar disfonksiyon ve luteal faz defekti gelişmesi, uterus ve fallop tüplerinin fonksiyonunda ve implantasyonda bozulma olarak gözlenir (Yoldemir, 2008; Hajela, Prasad, Kumaran ve Kumar, 2016).

Cousineau ve Domar(2007) stresin üreme sistemi üzerindeki etkisini incelemek amacıyla IVF siklusu öncesinde veya sırasında stresin ilişkisini ve takip eden gebelik sonuçlarını araştıran 21 çalışmayı incelemiş, bu çalışmaların 15'inde stres ile gebelik arasında anlamlı ilişki olduğunu bildirmişlerdir. En stresli hastalarda en düşük gebelik oranları tespit edilmesi bu ilişkiyi desteklemektedir.

Stresin etkilerini belirlemeye yönelik Domar ve Kelly'nin (2004) yaptığı bir çalışmada stres düzeyleri ile toplanan oosit sayısı, fertilizasyon oranları, embriyo transfer sayısı, gebelik oranları, toplam doğum, canlı doğum ve yenidoğan doğum ağırlıkları arasında negatif yönde bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Yapılan çalışmaların çoğunda, stresin yardımcı üreme tekniklerinin etkinliğini azalttığı hipotezi desteklenmektedir. (Hajela, Prasad, Kumaran ve Kumar, 2016; Hammerberg, Astbury and Baker, 2001; Ünal, Kargin ve Akyüz 2010; Boivin, Griffiths and Venetis 2011; Özkan and Baysal, 2006)

İnfertilite krizini iyi yönetebilmek için infertil çiftlerin infertilite sorunu ile başa çıkabilme gücünü arttırması gerekmektedir (Schmidt, Holstein, Christensen and Boivin, 2005). İnfertil hastalarda strese yönelik yapılan psikolojik destek girişimleri, olumlu tedavi sonuçları, stresle başa çıkma becerisinin artması, gebelik oranlarının artması ve psikolojik semptomların azalması ile ilişkilidir (Terzioğlu, Türk, Yücel, Dilbaz, Çınar and Karahalil 2016; Tahereh Delpasand, Ahari and Jomehri, 2015; Hajela, Prasad, Kumaran ve Kumar, 2016). Başarılı bir infertilite tedavisi sağlayabilmede infertil bireylerin infertiliteye bağlı stres düzeylerinin objektif olarak değerlendirilmesi önem kazanmaktadır. Bu çalışmada, kadınların infertiliteye bağlı yaşadıkları stres düzeyleri ve etkileyebilecek bazı faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın türü: Bu araştırma tanımlayıcı niteliktedir.

Araştırmanın yapıldığı yer: Araştırma, Akdeniz bölgesindeki bir ilde bulunan özel bir Tüp Bebek Merkezi'nde yürütülmüştür.

Araştırmanın evren ve örnekleme: Araştırmanın evrenini, Ocak-Nisan 2016 tarihleri arasında ilgili merkezde tedavi gören primer infertil kadınlar oluşturmuştur. Araştırmaya alınma ölçütlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 577 primer infertil kadın araştırmanın örneklemini oluşturmuştur.

Araştırmaya alınma ölçütleri;

- Hiç çocuğu olmayan (primer infertil),
- Türkçe okuryazarlığı olan,
- Kronik hastalığı olmayan,
- Psikiyatrik hastalığı olmayan kadınlar.

Verilerin toplanması: Araştırmanın verileri Ocak-Nisan 2016 tarihleri arasında toplanmıştır. İlgili Tüp bebek merkezine başvuran, primer infertilite tanısı almış kadınlardan araştırmaya alınma ölçütlerine uyan kadınlar araştırma ile ilgili bilgilendirilmiş, çalışmaya katılmayı kabul eden kadınlarla yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak "Tanıtıcı Bilgi Formu", "İnfertilite Stresi Ölçeği" formlarının kadınlar tarafından doldurulması sağlanmıştır. Veri toplama araçlarının uygulanması ortalama 10-15 dakika sürmüştür.

Veri toplama araçları: Verilerin toplanmasında infertil kadınların tanıtıcı özelliklerini belirlemek amacıyla araştırmacılar tarafından hazırlanan 14 soruluk "Kişisel Bilgi Formu", kadınların yaşadıkları stres düzeylerini belirlemek amacıyla "İnfertilite Stresi Ölçeği" kullanılmıştır.

Kişisel Bilgi Formu: İlgili formda kadınların; yaş, eğitim düzeyi, iş/mesleki durumu, ekonomik durumu ve yaşadığı yer gibi sosyo-demografik özellikleri ile evlilik ve infertilite öyküsünü belirleyen 14 soru yer almaktadır.

İnfertilite Stresi Ölçeği: İnfertil kadınların yaşadıkları stresi belirlemek amacıyla Schmidt (2006) tarafından geliştirilmiştir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Yılmaz ve Yeşiltepe Oskay (2016) tarafından yapılmıştır. Ölçek "kişisel", "evlilik" ve "sosyal" alanla ilgili üç alt boyutlu olup, toplam 14 maddeden oluşmaktadır.

Kişisel Alanda Stres: Altı maddeden oluşmaktadır. Alınabilecek en düşük puan 0 en yüksek puan 20'dir. Alınan puanın yüksek olması stresin arttığını göstermektedir. Yılmaz ve Yeşiltepe Oskay'ın (2016) çalışmasında bu alt boyuta ait Cronbach alpha değerinin kadınlar için

0.81 olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmada da 0.79 olarak bulunmuştur.

Evlilik Alanında Stres: Dört maddeden oluşmaktadır. Alınabilecek en düşük puan 0 en yüksek puan 14'dür. Alınan puanın yüksek olması stresin arttığını göstermektedir. Yılmaz ve Yeşiltepe Oskay'ın (2016) çalışmasında bu alt boyuta ait Cronbach alpha değerinin kadınlar için 0.73 olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmada da 0.72 olarak bulunmuştur.

Sosyal Alanda Stres: Dört maddeden oluşmaktadır. Alınabilecek en düşük puan 0 en yüksek puan 12'dir. Alınan puanın yüksek olması stresin arttığını göstermektedir. Yılmaz ve Yeşiltepe Oskay'ın (2016) çalışmasında bu alt boyuta ait Cronbach alpha değerinin kadınlar için 0.79 olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmada da 0.81 olarak bulunmuştur.

Verilerin değerlendirilmesi: Veriler SPSS for Windows paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde; Cronbach alpha katsayısı, yüzdelik dağılım, ortalama, standart sapma, tek yönlü varyans analizi (ANOVA), Man Whitney U testi, Kruskal Wallis testi ve korelasyon analizi kullanılmıştır.

Araştırmanın etik ilkeleri: Araştırmanın yapılabilmesi etik kurul onayı ve ilgili kurumdan yazılı izin alınmıştır. Ayrıca araştırmaya katılmayı kabul eden kadınlardan sözlü onam alınmıştır. Kadınlara araştırmanın amacı açıklanarak "Aydınlatılmış Onam", elde edilen bilgilerin gizli tutulacağı belirtilerek "Gizlilik ve Gizliliğin Korunması", gönüllü olarak katılmak isteyenlerin alınması ile "Özerkliğe Saygı" ve genel olarak "Zarar Vermeme/Yarar Sağlama" etik ilkeleri yerine getirilmiştir.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Araştırma kapsamındaki kadınların demografik özellikleri incelendiğinde; kadınların %44.5'inin üniversite mezunu olduğu ve %31.9'unun memur olarak çalıştığı belirlenmiştir. Kadınların %73.8'inin gelir düzeylerinin gider düzeylerinden az olduğu, %95.5'inin çekirdek aile tipine sahip olduğu ve %62.2'sinin il merkezinde yaşadığı saptanmıştır. Kadınların yaş ortalamasının 28.35±4.11 olduğu ve evlilik süresi ortalamasının 4.31±1.78 yıl olduğu belirlenmiştir (Tablo 1).

Kadınların demografik özelliklerine göre İnfertilite Stres Ölçeği alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması incelendiğinde; kadınların eğitim düzeyine, mesleklerine, gelir düzeylerine ve yaşadıkları yere göre kişisel alanda stres alt boyutu puan ortalamaları

arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$, Tablo 1). Kadınların mesleklerine, gelir düzeylerine, sosyal güvencelerinin bulunma durumuna ve yaşadıkları yere göre evlilik alanında stres alt boyutu puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$, Tablo 1). Kadınların mesleklerine ve yaşadıkları yere göre sosyal alanda stres alt boyutu puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$, Tablo 1). Kadınların yaş ortalamaları ile evlilik alanında stres alt boyutu puan ortalamaları ve evlilik süreleri ortalamaları ile her üç alt boyut puan ortalamaları arasında pozitif yönde düşük düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$, Tablo 1).

Çalışma bulgularına göre kadınların eğitim düzeyinin, mesleklerinin, gelir düzeylerinin ve yaşadıkları yerin kişisel alanda stres düzeylerini etkilediği, ilkökul mezunu olan, işçi olarak çalışan, gelir düzeyi giderinden az olan ve köyde yaşayan kadınların kişisel alandaki stres düzeylerinin diğer kadınlardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Çalışma bulgularına benzer şekilde Ünal ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında eğitim durumu, çalışma durumu ve gelir durumunun kadınların infertiliteden psikolojik olarak etkilenme düzeylerini etkilediği, ilkökul mezunu olan kadınların infertiliteden daha fazla etkilendiği eğitim ve gelir düzeyi arttıkça infertiliteden etkilenme düzeyinin azaldığı belirlenmiştir. Akyüz, Gürhan ve Bakır'ın (2008) çalışmasında da eğitim düzeyi yükseldikçe infertiliteden psikolojik olarak etkilenmenin azaldığı saptanmıştır. Eren Bodur, Çoşar ve Erdem'in (2013) çalışmasında eğitim düzeyi arttıkça stres düzeylerinin azaldığını belirtmiştir. Karaca ve Ünsal (2015) çalışmalarında ilkökul mezunu ve ev hanımı olan kadınların stres düzeylerinin daha yüksek olduğunu belirtmişler, yüksek stres düzeylerinin özellikle de kişisel alanda ebeveyn olma ihtiyacı boyutunda olduğunu vurgulamışlardır.

İnfertiliteye yönelik tedavi merkezlerinin şehir merkezinde olduğu ve her şehirde de tedavi merkezi bulunmadığı göz önünde bulundurulduğunda tedavi için şehir merkezine veya başka bir şehire gitmek gerektiğinde, eğitim ve gelir düzeyi düşük bireyler için bu durum daha fazla strese neden olabilmekte ve ulaşım, konaklama, yeme içme için harcanacak para aile ekonomisine fazladan yük getirerek kişileri olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Yapılan çalışmalar infertilite tedavisinin finansal

yükünün çocuksuz kadınların ruh sağlığını bozduğunu, eğitim ve gelir düzeyi arttıkça depresyonun, psikolojik sıkıntının ve yalnızlık düzeyinin azaldığını göstermektedir (Kavlak ve Saruhan, 2002; Upkong and Orji, 2006; Özkan ve Baysal 2006; McQuillan, Greil, White and Jacob 2003). Eğitim ve gelir düzeyi düşük olan kadınların kişisel alandaki stres düzeylerinin bu nedenlerden dolayı fazla olduğu söylenebilir. Literatürde kırsal yaşam şekline sahip olan infertil kadınların kentsel yaşam şekline sahip kadınlara göre daha fazla damgalanma hissettikleri ve daha fazla damgalanma hisseden kadınların aynı zamanda daha fazla stres yaşadıkları bildirilmektedir (Donkor and Sandall 2007; Link and Phelan, 2001).

Kırsal alanda yaşayan kadının aile ve toplumdaki rolü her zaman çocuk bakımı ve doğurganlık ile ele alınmış ve kız çocukları bu doğrultuda yetiştirilmiştir. Bu tarz toplumlarda genellikle gebelik ve bebeğin sağlıklı doğumuyla ilgili mesuliyet kadınların omzuna yüklenmekte aynı zamanda infertilitenin daha çok kadından kaynaklandığına inanılmakta ve doğumu kadın yaptığı için aileler ve toplum tarafından infertilite konusunda hep kadın yetersiz görülmekte, suçlanmakta ve hor görülmektedir (Saydam, 2003; Topdemir Koçyiğit, 2012). Özellikle kırsal kesimde kadınlar toplumdaki dışlanmakta ve hatta eşlerinin başka bir kadınla (kuma) evlenerek çocuk sahibi olmasına katlanmak zorunda bırakılmaktadır (Kılıç, Ejder Apay ve Kızılkaya Beji, 2011; Demirci, 2001; Nahar and Richters, 2011). Kırsal alanda yaşayan kadınların, içinde yaşadığı toplumun bu tarz baskıları ve yetiştiği toplum nedeniyle toplumsal cinsiyet rollerinde gelenekselci tutuma sahip olduğu için infertil olmasının kendi suçu olduğunu düşünmesinden, kendini yetersiz, değersiz ve kusurlu olarak algılamasından kaynaklı kişisel alandaki stres düzeylerinin arttığı söylenebilir.

Kadınların mesleklerinin, gelir düzeylerinin, sosyal güvencelerinin bulunma durumunun ve yaşadıkları yerin evlilik alanındaki stres düzeylerini etkilediği ve işçi olarak çalışan, gelir düzeyi giderinden az olan, sosyal güvenceleri bulunmayan ve köyde yaşayan kadınların evlilik alanındaki stres düzeylerinin diğer kadınlardan daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yılmaz'ın (2012) çalışmasında infertil kadınların evlilik alanındaki stres düzeylerinin bu çalışmadaki kadınların stres düzeylerinden düşük olduğu bulunmakla birlikte çalışma bulgularına benzer şekilde gelir

düzeinin stres düzeyini etkilediği ve gelir düzeyi düşük olan kadınların evlilik alanında daha fazla stres yaşadığı bildirilmiştir.

Egelioglu Çetişli, Serçekuş ve Oğuz'un (2014) çalışmasında kadınların hem cinsel doyumunun hem de çift uyumlarının düşük olduğunu ve gelir düzeyi ile çalışma durumlarının çift uyumunu etkilemediği saptanmıştır. Güleç, Hassa, Yalçın ve Yenilmez'in (2011) çalışmasında infertil çiftlerin infertil olmayanlara göre çift uyumu bağlamında daha fazla sorun yaşadıkları tespit edilmiş ve infertil olan grubun infertil olmayan gruba göre anlamlı düzeyde gelir düzeylerinin düşük olduğu ve kırsal alanda yaşadığı belirlenmiştir. Taşçı, Bolsoy, Kavlak ve Yücesoy'un (2008) yaptığı çalışmada infertil kadınların evlilik uyumlarının iyi düzeyde olduğunu ve gelir düzeyinin uyum düzeylerini etkilemediğini bulmuştur. Şen, Bulut ve Şirin'in (2014) yaptıkları çalışmada ise infertil kadınların eşler arası uyumlarının iyi düzeyde olduğu bulunmuş ancak köyde yaşayan, bir işte çalışmayan, gelir durumu kötü olan kadınların eşler arası uyumunun düşük düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Özellikle geleneksel toplumlarda infertil çiftlerin çocuk sahibi olamamalarına yönelik aile büyüklerinin ve sosyal çevrelerinin sürekli baskıları, toplum tarafından beklenen rollerin yerine getirilememesi, çiftler arasındaki sevgi ne kadar derin olursa olsun çoğu kez onları mutsuzluğa iter, ailesel anlaşmazlıklar yaratır, evlilik ilişkilerini olumsuz etkiler, çiftler arasında soğukluk girmesine ve ruhsal sorunların ortaya çıkmasına neden olabilir (Yanikkerem, Kavlak ve Sevil, 2008; Sezgin ve Hocaoglu, 2014). Bu çalışmada da kırsal alanda yaşayan, gelir düzeyi düşük olan ve işçi olarak yaşayan infertil kadınların evlilik alanındaki stres düzeylerinin fazla olmasının, yaşanan suçluluk, kaygı, anksiyete ve toplumsal baskının çiftler arasında sorunların yaşanmasına neden olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Kadınların mesleklerinin ve yaşadıkları yerin sosyal alandaki stres düzeylerini etkilediği, işçi olarak çalışan ve köyde yaşayan kadınların sosyal alandaki stres düzeylerinin diğer kadınlardan daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda, bazı geleneksel toplumlarda yaşayan infertil kadınların doğurganlık problemlerinden dolayı sosyal damgalama hissettikleri ve yalnızlığa itildikleri belirtilmiştir (Şen ve Sevil, 2016; Kavlak ve Saruhan, 2002). Topdemir Koçyiğit (2012)

çalışmasında her iki kadından birinin sosyal baskıya doğrudan maruz kaldığını belirtmiş ve yoğun sosyal baskı yaşadığını dile getiren kadınların daha çok, köy doğumlu kadınlar olduğunu vurgulamıştır. Geleneksel toplumlarda yaşayan infertil çiftlerin çocuk sahibi olamamalarına yönelik aile büyüklerinin ve sosyal çevrelerinin sürekli baskılarına maruz kalmasından ve yalnızlığa itilmelerinden veya kadınların bu baskılara maruz kalmamak için yalnızlığı tercih etmesinden kaynaklı sosyal alandaki strese düzeylerinin artmış olabileceği düşünülmektedir.

Kadınların mesleklerinin ve yaşadıkları yerin sosyal alandaki stres düzeylerini etkilediği, işçi olarak çalışan ve köyde yaşayan kadınların sosyal alandaki stres düzeylerinin diğer kadınlardan daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda, bazı geleneksel toplumlarda yaşayan infertil kadınların doğurganlık problemlerinden dolayı sosyal damgalama hissettikleri ve yalnızlığa itildikleri belirtilmiştir (Şen ve Sevil, 2016; Kavlak ve Saruhan, 2002). Topdemir Koçyiğit (2012) çalışmasında her iki kadından birinin sosyal baskıya doğrudan maruz kaldığını belirtmiş ve yoğun sosyal baskı yaşadığını dile getiren kadınların daha çok, köy doğumlu kadınlar olduğunu vurgulamıştır. Geleneksel toplumlarda yaşayan infertil çiftlerin çocuk sahibi olamamalarına yönelik aile büyüklerinin ve sosyal çevrelerinin sürekli baskılarına maruz kalmasından ve yalnızlığa itilmelerinden veya kadınların bu baskılara maruz kalmamak için yalnızlığı tercih etmesinden kaynaklı sosyal alandaki strese düzeylerinin artmış olabileceği düşünülmektedir.

Çalışma kapsamına alınan kadınların yaş ortalamaları ile evlilik alanındaki stres düzeyleri arasında düşük düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu ve yaşları arttıkça evlilik alanındaki stres düzeylerinin de arttığı belirlenmiştir. Yaş infertiliteyi etkileyen temel faktörlerden biridir (Taşkın 2016) Çiftlerin yaşı ile infertilite tedavisinin başarısı arasında oldukça önemli bir ilişki vardır (Duvan, Şatiroğlu, Berker, Çetinkaya ve Kahraman 2003). Kadının yaşının artmasının çocuk sahibi olma umutlarının giderek azalmasına, bu durumun çiftlerde olumsuz düşüncelerin artmasına ve gebe kalmaya ilişkin umutların azalmasına dolayısıyla evlilik ilişkilerinde sorunlara yol açarak stres düzeylerinin artmasına neden olduğu söylenebilir.

Tablo 1. İnfertil Kadınların Demografik Özelliklerinin Dağılımı ve İlgili Özelliklere Göre İnfertilite Stres Ölçeği Alt Boyutlarına Ait Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Özellikler	S	%	Kişisel Alanda Stres X±SS	Evlilik Alanında Stres X±SS	Sosyal Alanda Stres X±SS
Eğitim Düzeyi					
İlkokul	147	25.5	18.00±2.13	10.92±1.97	7.61±2.80
Ortaokul	65	11.3	17.75±1.76	10.57±2.25	7.26±2.86
Lis	108	18.7	17.41±1.96	10.45±2.16	7.07±2.77
Üniversite	257	44.5	17.39±1.83	10.36±1.99	6.78±2.62
<i>Test ve P değeri</i>			^a F=3.318, p=0.020	F=1.085, p=0.355	F=2.065, p=0.104
Meslek					
Çalışmıyor	175	30.3	17.08±2.06	10.10±2.21	6.38±2.78
Serbest meslek	102	17.7	17.62±1.48	10.61±2.45	6.88±2.73
Memur	184	31.9	17.50±2.11	10.31±1.78	7.38±2.78
İşçi	116	20.1	18.49±1.69	11.38±1.99	8.31±2.30
<i>Test ve P değeri</i>			F=12.661, p=0.000	F=9.579, p=0.000	F=12.755, p=0.000
Gelir Durumu					
Gelir giderden az	426	73.8	17.75±2.02	10.80±2.09	7.28±2.88
Gelir gidere eşit	145	25.1	17.21±1.80	9.82±2.00	6.95±2.41
Gelir giderden fazla	6	1.0	16.00±1.25	7.66±2.58	5.33±1.03
<i>Test ve P değeri</i>			^b KW=17.130, p=0.000	KW=26.873, p=0.000	KW=5.789, p=0.055
Aile Tipi					
Çekirdek aile	551	95.5	17.57±1.98	10.56±2.10	7.13±2.78
Geniş aile	26	4.5	18.00±1.72	9.53±2.65	8.11±2.12
<i>Test ve P değeri</i>			^c U=6452.500, p=0.386	U=5719.500, p=0.079	U=5823.500, p=0.105
Sosyal Güvence					
Var	510	88.4	17.58±2.00	9.65±2.07	6.86±3.41
Yok	67	11.6	17.68±1.75	10.63±2.12	7.22±2.67
<i>Test ve P değeri</i>			U=17039.500, p=0.971	U=12979.500, p=0.001	U=15668.500, p=0.266
Yaşanılan Yer					
İl	359	62.2	17.39±1.91	10.30±1.99	6.93±2.73
İlçe	183	31.7	17.84±2.11	10.47±2.15	7.59±2.71
Köy	35	6.1	18.40±1.53	12.14±2.06	7.60±3.17
<i>Test ve P değeri</i>			KW=15.696, p=0.000	KW=20.725, p=0.000	KW=6.633, p=0.036
Yaş ort.	28.35±4.11		^d r=-0.018, p=0.664	r=0.227, p=0.000	r=0.056, p=0.179
Evlilik Süresi ort.	4.31±1.78		r=0.095, p=0.023	r=0.262, p=0.000	r=0.112, p=0.007

^aF=One way Anova, ^bKW=Kruskal Wallis, ^cU=Mann Whitney –U Testi, ^dr=Korelasyon analizi

Araştırma kapsamındaki kadınların infertilite ile ilgili bazı özellikleri incelendiğinde; kadınların %28.6'sının infertilite nedeninin eşinden kaynaklandığı, %51.3'ünün infertilite süresinin 1-2 yıl olduğu, %59.1'inin 1-2 yıldır infertilite tedavisi aldığı ve %75.4'ünün daha önce tüp bebek tedavisi yaptırdığı belirlenmiştir (Tablo 2).

Kadınların infertilite ile ilgili bazı özelliklerine göre İnfertilite Stres Ölçeği alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması incelendiğinde; İnfertilite nedenine ve tedavi masraflarını karşılama şekillerine göre kişisel alanda stres alt boyutu puan ortalamaları

arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (p<0.05, Tablo 2). İnfertilite ve evlilik sürelerine, tedavi sürelerine, önceki alınan tedavi türüne ve tedavi masraflarını karşılama şekillerine evlilik alanındaki stres alt boyutu puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (p<0.05, Tablo 2). İnfertilite nedenine, önceki alınan tedavi türüne ve tedavi masraflarını karşılama şekillerine sosyal alandaki stres alt boyutu puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (p<0.05, Tablo 2).

Kadınların infertilite nedeninin ve tedavi masraflarını karşılama şekillerinin kişisel alanda stres düzeylerini etkilediği ve infertilite nedeni kendisinden kaynaklanan, tedavi masraflarını karşılarken ailesi ve yakınlarından destek alan kadınların kişisel alandaki stres düzeylerinin diğer kadınlardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Karaca ve Ünsal'ın (2015) çalışmasında da infertilite nedeni kadın faktörü olan kadınların stres düzeyleri yüksek bulunmuştur.

İnfertilite nedeni kendisinden kaynaklanan kadınlar bir yandan çocuk sahibi olamamaya bağlı kayıp duygusu yaşamakta ve bir yas sürecinden geçmekte, özgüveninde azalma meydana gelmekte, kadınlık görevini yapamadığını düşünmekte, suçluluk, yetersizlik duygusu hissederek yıpranmakta bir yandan da

aile arkadaş ve yakın çevrenin 'ne zaman çocuk yapmayı, düşünüyorsunuz?' şeklindeki meraklı ve ısrarcı soruları ile psikolojik baskı yaşamakta ve eşi ile ilişkilerinin bozulmasından, eşinin kendisini bırakmasından kaynaklı endişe duymaktadır. İnfertilite nedeni kendisinden kaynaklanan kadınların kişisel alandaki stres düzeylerinin bu nedenlerden kaynaklanarak arttığı söylenebilir. Tedavi masrafları için yakınlarından destek alan kadınların, destek aldıkları kişiler tarafından sosyal baskıya maruz kaldıkları için, yakınlarından maddi destek almaktan utandıkları için veya çocuk sahibi olmadıkça yakınlarından alınan paraların boşa gittiğini, borç alınmışsa da geri ödemelerinin nasıl olacağını düşündükleri için kişisel alanda daha fazla strese girmiş olabilecekleri düşünülmektedir.

Tablo 2. İnfertil Kadınların İnfertilite İle İlgili Özelliklerinin Dağılımı ve İlgili Özelliklere göre İnfertilite Stres Ölçeği Alt Boyutlarına Ait Puan ortalamalarının Karşılaştırılması

Özellikler	S	%	Kişisel Alanda Stres X±SS	Evlilik Alanında Stres X±SS	Sosyal Alanda Stres X±SS
İnfertilite Nedeni					
Kadından kaynaklı	153	26.5	18.29±1.79	10.60±2.15	7.66±2.87
Erkekten kaynaklı	165	28.6	17.64±1.75	10.61±2.14	7.10±2.79
Her ikisinden de	135	23.4	17.30±1.93	10.57±2.00	7.18±2.49
Nedeni belli değil	124	21.5	16.99±2.25	10.24±2.24	6.68±2.80
<i>Test ve P değeri</i>			F=11.858, p=0.000	F=0.914, p=0.434	F=2.923, p=0.033
İnfertilite Süresi					
1-2 yıl	296	51.3	17.63±1.91	9.83±2.77	7.13±2.93
3-5 yıl	263	45.6	17.55±2.09	10.28±2.04	7.22±2.64
6 yıl ve üzeri	18	3.1	17.61±1.19	10.83±2.15	7.38±1.53
<i>Test ve P değeri</i>			KW=0.181, P=0.913	KW=10.693, P=0.005	KW=0.347, P=0.841
Tedavi Süresi					
1 yıldan az	52	9.0	17.25±1.39	9.63±1.31	6.40±2.69
1-2 yıl	341	59.1	17.53±2.12	10.39±2.13	7.23±2.71
3-5 yıl	184	31.9	17.68±1.97	11.01±2.21	7.29±2.86
<i>Test ve P değeri</i>			F=1.245, p=0.289	F=10.377, p=0.000	F=2.281, p=0.103
Önceki Tedavi Türü					
İlaç tedavisi	62	10.7	17.52±2.00	10.15±2.11	6.36±2.33
IUI	80	13.9	17.63±1.96	10.48±2.16	7.18±2.84
IVF	435	75.4	18.08±1.72	11.25±1.79	8.22±2.41
<i>Test ve P değeri</i>			F=2.192, p=0.113	F=5.021, p=0.007	F=8.102, p=0.000
Tedavi Masraflarını Karşılama Şekli					
Kendisi	447	77.5	18.06±1.62	10.97±2.38	8.03±2.27
Sosyal Güvencesi	14	2.4	15.57±2.34	9.14±1.40	5.00±3.13
Bir kısmını kendisi bir kısmını sosyal güvencesi	79	13.7	17.51±1.98	10.44±2.15	6.91±2.77
Aile ve yakınları destek oluyor	37	6.4	18.32±1.84	11.01±1.85	9.32±1.81
<i>Test ve P değeri</i>			KW=19.837, p=0.000	KW=13.809, p=0.003	KW=43.853, p=0.000

Kadınların evlilik ve infertilite sürelerinin, tedavi sürelerinin, önceki alınan tedavi türünün ve tedavi masraflarını karşılama şekillerinin evlilik alanındaki stres düzeylerini etkilediği, evlilik ve infertilite süresi 6 yıl ve üzeri olan, tedavi süreleri 3-5 yıl arasında olan, daha önce tüp bebek tedavisi yapılan ve tedavi masraflarını karşılarken ailesi ve yakınlarından destek alan kadınların evlilik alandaki stres düzeylerinin diğer kadınlardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Karaca ve Ünsal'ın (2015) çalışmasında 11 yıl ve daha uzun süredir infertil olan kadınların stres düzeylerinin daha fazla olduğu, Şen, Bulut ve Şirin'in(2014) çalışmasında ise evlilik yılı 10 yıldan fazla olan infertil kadınların evlilik ilişkilerinin kötü olduğu belirtilmiştir. Eren Bodur, Çoşar ve Erdem'in (2013) çalışmasında da infertil çiftlerin evlilik süreleri ve infertilite süreleri arttıkça çiftlerin birbirlerine bağlılıklarının azaldığı bulunmuştur. İnfertil kadınların evlilik ve infertilite süreleri uzadıkça, çocuksuz geçen süre artmakta, bu durum da çiftlerde olumsuz düşüncelerin artmasına ve gebe kalmaya ilişkin umutların azalmasına dolayısıyla da evlilik ilişkilerinde stres düzeylerinin artmasına neden olabileceği düşünülmektedir. Tüp bebek tedavisinde devlet tarafından en fazla 2 deneme için maddi destek sağlanmaktadır. Daha önce tüp bebek tedavisi yapılan ve başarısız olan çiftlerin maddi destek alabilecekleri son deneme hakları kalmış olmaktadır. Ayrıca tedavi süresi uzadıkça yapılan girişimler artarak daha çok sayıda uygulanmaktadır. Dolayısıyla daha önce tüp bebek tedavisi yapılan çiftlerin maddi destek alabilecekleri tek tedavi haklarının kalmış olmasının, tedavi süresinin uzun olmasının ve getireceği ekonomik yükün evlilik ilişkilerinde stres artışına neden olabileceği düşünülmektedir. Devlet tarafından tedavi masrafları için maddi destek sağlanmasına rağmen bir miktar ödemeyi kişiler kendileri yaparlar. Bu tedavi masrafları için yakınlarından destek alan çiftlerin bu durumdan olumsuz etkilendiği ve bu durumun eşler arasında sorunlara yol açarak stres düzeylerinin artmasına yol açtığı düşünülebilir.

Kadınların infertilite nedeninin, önceki alınan tedavi türünün ve tedavi masraflarını karşılama şekillerinin sosyal alandaki stres düzeylerini etkilediği ve infertilite nedeni kendinden kaynaklanan, daha önce tüp bebek tedavisi yapılan ve tedavi masraflarını karşılarken ailesi ve yakınlarından destek alan kadınların sosyal alandaki stres düzeylerinin diğer kadınlardan daha yüksek olduğu tespit

edilmiştir. Topdemir Koçyiğit'in (2012) çalışmasına göre sosyal baskıya maruz kaldığını belirten kadınlar çocukla ilgili sorularla yıprandıklarını, suçluluk hissettiklerini, yaşlılarının çocuklu olmalarından rahatsız olduklarını, horlandıklarını, dışlandıklarını ifade etmişlerdir. İlerisoy (2015) çalışmasında uzun süren infertilite tedavisi sonucu kadınların bir kısmının, gittikçe daralan sosyal çevrelerinden bahsettiğini belirtmiş, birçoğunun özellikle hamile ve çocuklu arkadaşlarının olduğu sohbet ortamlarından uzak durduklarını dile getirdiklerini bildirmiştir. İnfertil bireyler çevrelerindeki arkadaş ve akrabalarının çocukla ilgili sorularına maruz kalmalarının onları kaçınma, saklama davranışına ve sosyal izolasyona itmektedir (Yılmaz 2012; Yılmaz ve Yeşiltepe Oskay, 2015)

İnfertilite nedeni kendisinden kaynaklanan kadınların, kendilerini eksik, yetersiz ve kusurlu olarak algılamalarına bağlı olarak bebek sahibi olma konusunda çevresiyle konuşmamak ya da eş dost akrabalarının "ne zaman çocuk sahibi olmayı düşünüyorsunuz?" gibi sorularına maruz kalmamak için sosyal ortamlardan kaçındığı ve buna bağlı stres düzeylerinin arttığı düşünülebilir. Daha önce tüp bebek tedavisi alıp gebe kalamayan kadınlar, gebe kalmaya ilişkin umutlarının azalmasına bağlı olarak doğurgan olan arkadaşlarına öfke duyabilir ve arkadaş çevrelerinden uzaklaşabilirler. Tedavi masrafları için yakınlarından destek alan kadınlar destek aldıkları kişiler tarafından infertilite süreci ilgili sorulara maruz kalmamak veya maddi destek almalarına rağmen halen başarıya ulaşamamalarına bağlı utandıkları için yakınlarından kaçma uzaklaşma davranışı içine girebilirler. Bu nedenlerden dolayı sosyal alandaki stres düzeylerinin arttığı söylenebilir.

Kadınların, İnfertilite Stres Ölçeği alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları Tablo 3'de gösterilmiştir. Kadınların Kişisel alanda stres puan ortalamasının 17.59±1.97, evlilik alanında stres puan ortalamasının 10.52±2.13, sosyal alanda stres puan ortalamasının 7.18±2.76 olduğu belirlenmiştir (Tablo 3).

Çalışma kapsamındaki primer infertil kadınların kişisel ve evlilik alanında ileri düzeyde stres yaşadıkları sosyal alanda ise orta düzeyde stres yaşadıkları saptanmış, aynı ölçek kullanılarak yapılmış dört farklı çalışmadaki infertil kadınların stres düzeylerinden yüksek olduğu görülmüştür (Schmidt, 2006; Yılmaz, 2012; Peterson, Pirritano, Christensen, Boivin,

Block and Schmidt, 2009; Peterson, Newton, Rose and Skaggs, 2006; Aflakseir and Zarei, 2013). Farklı ölçüm araçları kullanılarak yapılan çalışmalarda infertil kadınların stres düzeylerinin çalışma bulgularına benzer şekilde yüksek olduğu dikkat çekmiştir (Karaca ve Ünsal, 2015; Eren Bodur, Coşar ve Erdem, 2013; Herrmann, Scherg, Verres, Von Hagens,

Strowitzki and Wischmann 2011). Hemen her toplumda çocuk sahibi olmak, evlilik ve aile kurumunun amacı olarak algılandığı için; çiftler için çocuk sahibi olmak biyolojik, psikolojik, sosyal ve kültürel bir gereksinim olarak kabul edilmektedir (Kılıç, Ejder Apay ve Kızılkaya Beji, 2011; Sezgin ve Hocoğlu, 2014).

Tablo 3. İnfertil Kadınların İnfertilite Stres Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamaları

İnfertilite Stres Ölçeği Alt Boyutlar	Alınabilecek en düşük ve en yüksek puanlar	Alınan en düşük ve en yüksek puanlar	Alınan puan ortalamaları
Kişisel Alanda Stres	0-20	11-20	17.59±1.97
Evlilik Alanında Stres	0-14	5-14	10.52±2.13
Sosyal Alanda Stres	0-12	1-12	7.18±2.76

Çocuk sahibi olamayan çift, toplumun onlara verdiği üreme ve soyunu devam ettirme rolünü yerine getirmede kendilerini yetersiz görürler. İnfertilite çiftlerde hayal kırıklığına, ruhsal belirtilere, suçluluk duygusunun yerleşmesine ve eşlerin birbirlerini karşılıklı suçlamalarına neden olur. Bunun sonucunda çiftin evlilik bağları zamanla zayıflar ve bu durum aldatılma, boşanma veya çok eşli evliliklerle sonuçlanabilir. İnfertilite bireylerin aile, arkadaş ve diğer çevre ilişkilerini, cinsel ve sosyal yaşamını olumsuz etkileyebilen bir durumdur. Yapılan birçok araştırmada infertilitenin eşlerin duygusal durumlarını, sosyal yaşamlarını, evlilik ilişkilerini, cinsel yaşamlarını etkilediği belirtilmiştir (Egelioğlu Çetişli, Serçekuş ve Oğuz 2014; Topdemir Koçyiğit, 2012; Sezgin ve Hocoğlu, 2014; Aydın ve Kızılkaya Beji, 2013) İnfertil kadınların evlilik ilişkilerini araştırmaya yönelik yapılan bazı çalışmalarda kadınların evlilik ilişkilerinde sorun olduğu ve evlilik uyumlarının düşük olduğu bulunmuştur (Egelioğlu Çetişli, Serçekuş ve Oğuz, 2014; Güleç, Hassa, Yalçın ve Yenilmez 2011; Monga, Alexandrescu, Katz, Stein and Ganiats, 2004). Hammerberg, Astbury ve Baker'in (2001) yardımcı üreme tekniklerini deneyimleyen kadınlarla yaptıkları bir çalışmada; infertilite ile ilgili yapılan tetkik sonuçlarını bekleme, yardımcı üreme teknikleri tedavisine başlama, oosit toplama işlemi, embriyo transferi

sonrasında sonucu bekleme ve tedavinin başarısız olduğunu öğrenmeyi içeren süreçlerin özellikle stresli olduğu belirlenmiştir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Primer infertil kadınların stres düzeyleri ve stres düzeylerini etkileyen bazı faktörleri belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada infertil kadınların kişisel ve evlilik alanında ileri düzeyde stres yaşadıkları sosyal alanda ise orta düzeyde stres yaşadıkları, birtakım demografik ve infertilite öyküsü ile ilgili faktörlerin stres düzeylerini etkilediği saptanmıştır. İnfertilite hemşireleri infertil bireyin duygusal durumunu anlayıp yardım edebilecek, onlarla en sık karşılaşan sağlık personelidir ve tedaviye başvuran çifti hem uygulayıcı, hem danışman hem de eğitici gibi birçok rolde en yakından takip etme şansına sahiptir. Hemşireler, çiftin ilk değerlendirmesinde özellikle ileri yaşta olan, eğitim ve gelir düzeyi düşük olan, kırsal alanda yaşayan, uzun süredir çocuk sahibi olamayan, kadın faktörü nedeniyle çocuk sahibi olamayan ve primer infertil olan kadınlar öncelikli olmak üzere tüm infertil kadınların stres düzeylerini dikkatli değerlendirmeli, infertilite ile başa çıkma yöntemlerini belirlemeli, etkili başa çıkma yöntemlerini desteklemeli, etkisiz başa çıkma yöntemlerinin değiştirilmesine yönelik girişimler planlamalı, yeni başa çıkma yöntemleri geliştirilmesine yardım etmelidir.

KAYNAKLAR

- Aflakseir A, Zarei M.** Association between Coping Strategies and Infertility Stress among a Group of Women with Fertility Problem in Shiraz, Iran. *J Reprod Infertil.* 2013;14(4):202-6.
- Akyüz A, Gürhan N, Bakır B.** Development and Validation of an Infertility Distress Scale for Turkish Women. *TAF Prev Med Bull.* 2008; 7(6): 469-76.
- Aliyeh G, Laya F.** Quality of Life and its correlates among a group of Infertile Iranian women. *Med Sci Monit.* 2007; 13(7): 313-7.
- Aydın S, Kızılkaya Beji N.** İnfertil Çiftlerde Cinsel Fonksiyon ve İnfertilite Danışmanının Rolü. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 2013;10 (2): 8-13.
- Boivin J, Griffiths E, Venetis CA.** Emotional Distress in Infertile Women and Failure of Assisted Reproductive Technologies: Meta-Analysis of Prospective Psychosocial Studies. *BMJ.* 2011; 342: d223.
- Cousineau T, Domar A.** Psychological Impact of Infertility. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology.* 2007; 21(2): 293-308.
- Demirci, H.** İnfertilitenin çiftler üzerindeki psikososyal ve psikoseksüel etkileri. Nezihe Kızılkaya Beji (Ed). *İnfertilite Sorunu, Yardımcı Üreme Teknikleri ve Hemşirelik Yaklaşımı.* İstanbul, FN Hemşirelik Yüksekokulu Yayını, Emek Matbaacılık, 2001, 103-117.
- Domar, A.D. ve Kelly, A.L.** *Conquering Infertility: Dr. Alice Domar's Mind/Body Guide to Enhancing Fertility and Coping with Infertility.* New York: Penguin Books, 2004.
- Donkor E.S., Sandall J.** The impact of perceived stigma and mediating social factors on infertility-related stress among women seeking infertility treatment in Southern Ghana. *Social Science & Medicine* 2007; 65(8): 1683-94
- Duvan C, Şatıroğlu H, Berker B, Çetinkaya E, Kahraman K.** Yardımla Üreme Tekniklerinde İmplantasyon ve Gebelik Oranlarını Etkileyen Faktörler. *Türkiye Klinikleri Jinekoloji Obstetrik.* 2003;13: 466-76.
- Egelioglu Çetişli N, Serçekuş P, Oğuz N.** Primer İnfertil Kadınlarda Cinsel Doyum ve Çift Uyumunu. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 2014; 16(3): 38-47
- Eren Bodur, N., Çoşar, B, Erdem, M.** İnfertil Çiftlerde Evlilik Uyumunun Demografik ve Klinik Değişkenlerle İlişkisi. *Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi.* 2013;38(1): 51-62.
- Güleç G, Hassa H, Yalçın EG, Yenilmez Ç.** Tedaviye Başvuran İnfertil Çiftlerde, İnfertilitenin Cinsel İşlev ve Çift Uyumuna Etkisinin Değerlendirilmesi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2011; 22(3):166-76.
- Gülseren L, Çetinay P, Tokathoğlu B, Sarıkaya OO, Gulseren S, Kurt S.** Depression and Anxiety Levels in Infertile Turkish Women. *J Reprod Med.* 2006; 51: 421-6.
- Güz H, Ozkan A, Sarisoy G, Yanik F, Yanik A.** Psychiatric symptoms in Turkish infertile women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology.* 2003; 24: 267-71.
- Hajela S, Prasad S, Kumaran A, Kumar Y.** Stress and Infertility: A Review *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol.* 2016;5(4):940-3
- Hammerberg K, Astbury J, Baker H.** Women's experiences of IVF: a follow-up study. *Human Reproduction.* 2001; 16: 374-83.
- Herrmann D, Scherg H, Verres R, Von Hagens C, Strowitzki T, Wischmann T.** Resilience in Infertile Couples Acts As A Protective Factor Against Infertility-Specific Distress and Impaired Quality of Life. *J Assist Reprod Genet* 2011;10:1111-7
- İslimye Taşkın M, Usta A, Cüce C, Adah E, Arslan M.** İnfertil Kadınlarda Anksiyete, Depresyon ve İlişkili Faktörler. *Eur J Health Sci* 2016;2(3):79-84
- İlerisoy M.** İnfertilite tedavisi gören bireylerin duygusal yaşantıları ve baş etme yöntemleri üzerine bir araştırma. *İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimleri Dergisi* 2015;28:143-164.
- Karaca A, Ünsal G.** İnfertil Kadınlarda İnfertiliteye Bağlı Yaşadıkları Stres Düzeyi ve Etkileyen Faktörler. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 2015;12 (2): 126-32.
- Kavlak O, Saruhan A.** İnfertil Kadınlarda Yalnızlık Düzeyi ve Bunu Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *Ege Tıp Dergisi.* 2002; 41(4): 229-32.
- Kazandı M, Gunday O, Mermer TK, Ertürk N, Ozkınay E.** The Status of Depression and Anxiety in Infertile Turkish Couples. *Iran J Reprod Med.* 2011; 9(2): 99-104.
- Kılıç M, Ejder Apay S, Kızılkaya Beji N.** İnfertilite ve Kültür. *İ.Ü.F.N. Hem. Derg* 2011; 19(2):109-15.
- Link BG, Phelan JC.** Conceptualizing Stigma. *Annu Rev Sociol* 2001;27:363- 85.
- McQuillan J, Greil AL, White L, Jacob MC.** Frustrated Fertility: Infertility and Psychological Distress among Women. *Aust J Marriage Fam.* 2003; 65(4): 1007-18.
- Monga M, Alexandrescu B, Katz SE, Stein M, Ganiats T.** Impact of Infertility on Quality of Life, Marital Adjustment, and Sexual Function. *Urology* 2004;63(1):126-30.
- Nahar P, Richters A.** Suffering of childless women in Bangladesh: the intersection of social identities of gender and class. *Med Anthropol* 2011; 18:327-38.
- Noorbala AA, Ramazan-zadeh F, Malekafzali H, Abedinia N, Forooshani AR, Shariat M, Jafarabadi M.** Effects of A Psychological Intervention on Depression in Infertile Couples. *Int J Gynaecol Obstet.* 2008; 101(3): 248-52.
- Onat G, Kızılkaya Beji N.** Effects of Infertility on Gender Differences in Marital Relationship and Quality of Life: A Case Control Study of Turkish Couples. *Eur J Obst Gynecol Reprod Biol* 2012; 165:243-8.

- Özkan M, Baysal B.** Emotional Distress of Infertile Women in Turkey. *Clin Exp Obstet Gynecol.* 2006; 33(1): 44-6.
- Peterson BD, Newton CR, Rosen KH, Skaggs GE.** Gender Differences in How Men and Women Who are Referred for IVF Cope with Infertility Stress. *Human Reproduction* 2006; 21(9):2443-9.
- Peterson BD, Pirritano M, Christensen U, Boivin J, Block J, Schmidt L.** The Longitudinal Impact of Partner Coping in Couples Following 5 Years of Unsuccessful Fertility Treatments. *Human Reproduction* 2009; 24(7):1656-64.
- Saydam, B.K.** Türk Toplumunda İnfertil Kadınların Statüsü. *Sağlık ve Toplum*, 2003; 13(1): 30-4.
- Schmidt L, Holstein BE, Christensen U, Boivin J.** Communication and Coping as Predictors of Fertility Problem Stress: Cohort Study of 816 Participants Who Did Not Achieve A Delivery After 12 Months of Fertility Treatment. *Hum Reprod*, 2005; 20(11): 3248-56.
- Schmidt L.** Infertility and assisted reproduction in Denmark. *Epidemiology and psychosocial consequences.* Thesis for Degree of Doctor of Medical Sciences, University of Copenhagen, 2006, Denmark.
- Sezgin H, Hocaoglu Ç.** İnfertilitenin Psikiyatrik Yönü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry* 2014;6(2):165- 84.
- Şen E, Bulut S, Şirin A.** Primer İnfertil Kadınlarda Eşlerarası Uyumun İncelenmesi. *F.N. Hem. Derg* 2014;22(1): 17-24.
- Şen S, Sevil Ü.** Stigma Experiences of Infertile Women: A Qualitative Study in Turkey. *International Refereed Journal of Gynaecology and Maternal Child Health*, 2016;6:63-82
- Tahereh Delpasand T, Ahadi H, Jomehri F.** Effects of Stress Management Training on Perceived Stress in Infertile Women Undergoing IVF in Infertility Treatment Center in Shiraz 2014. *Indian Journal of Fundamental and Applied Life Sciences* 2015;5(S1):2985-93.
- Taşçı E, Bolsoy N, Kavlak O, Yücesoy F.** İnfertil kadınlarda evlilik uyumu. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi* 2008;5:105-10.
- Taşkın L.** Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, 9. Baskı, Ankara, Sistem Ofset, 2016: 547-66
- Terzioğlu F, Türk R, Yücel Ç, Dilbaz S, Çınar Ö. Karahallı B.** The Effect of Anxiety and Depression Scores of Couples Who Underwent Assisted Reproductive Techniques on The Pregnancy Outcomes. *Afri Health Sci* 2016;16(2): 441-50.
- Teskereci G, Öncel S.** Effect of Lifestyle on Quality of Life of Couples Receiving Infertility Treatment, *Journal of Sex & Marital Therapy*, 2013;39:476-92.
- Topdemir Koçyiğit O.** İnfertilite ve Sosyo-Kültürel Etkileri. *İnsan Bil Derg* 2012; 1(1):27-37.
- Upkong D, Orji E.** Nijerya'daki infertil kadınlarda ruh sağlığı. *Türk Psikiyatri Derg.* 2006; 17(4): 259-65.
- Ünal S, Kargın M, Akyüz A.** İnfertil kadınları psikolojik olarak etkileyen faktörler. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2010; 9(5): 481-6.
- Valsangkar S, Bodhare T, Bele S, Sai S.** An Evaluation of The Effect of Infertility on Marital, Sexual Satisfaction Indices and Health-Related Quality of Life in Women. *Hum Reprod Sci*, 2011; 4(2): 80-5.
- WHO.** Sexual and reproductive health.2017 <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/burden/en/> Erişim tarihi 07.09.2017
- Yanikkerem E, Kavlak O, Sevil Ü.** İnfertil Çiftlerin Yaşadıkları Sorunlar ve Hemşirelik Yaklaşımı. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2008; 11:112-21.
- Yılmaz T, Yeşiltepe Oskay Ü.** İnfertilite Stresi ile Başa Çıkma Yöntemleri ve Hemşirelik Yaklaşımları *HSP* 2015;2(1):100-12.
- Yılmaz T, Yeşiltepe Oskay Ü.** The Copenhagen Multi-centre Psychosocial Infertility (COMPI) Fertility Problem Stress and Coping Strategy Scales: A psychometric Validation Study in Turkish Infertile Couples. *International Journal of Caring Sciences* 2016;9(2). 452-62
- Yılmaz T.** İnfertil çiftlerin infertilite stresiyle başa çıkma yöntemleri, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora tezi, 2012, İstanbul
- Yoldemir T.** Stres ve fertilité. Nedim Çiçek M. editör. *Temel üreme endokrinolojisi ve infertilite.* Ankara, Palme Yayıncılık, 2008; 393- 412.

ARAŞTIRMA

KRONİK OTİTİS MEDIA NEDENİYLE TİP 1 TİMPANOPLASTİ AMELİYATI YAPILAN HASTALARDA BELİRLenen HEMŞİRELİK TANILARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Sevgi VERMİŞLİ PEKER*

Meryem YAVUZ VAN GIERSBERGEN **

İbrahim ÇUKUROVA ***

Bilgen ULAMIŞ****

Alınış Tarihi: 28.10.2017

Kabul Tarihi: 25.06.2018

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada kronik otitis media nedeniyle tipl 1 timpanoplasti ameliyatı yapılan hastalarda belirlenen hemşirelik tanılarını değerlendirmektir.

Yöntem: Çalışmanın evreni Ekim 2015 ve Ekim 2016 tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi Kliniği'nde kronik otitis media ön tanısıyla timpanoplasti (tip 1, tip 2 ve tip 3) ameliyatı yapılan 128 hasta oluşturdu. Ameliyat notları incelenerek tip 1 timpanoplasti ameliyatı uygulandığı belirlenen 88 hasta ise çalışmanın örneklemini oluşturdu. Hastaların sosyo-demografik özellikleri ve hastanede yattığı süre içerisinde bakımından sorumlu hemşireler tarafından hastalara yönelik elektronik ortamda, hemşirelik bakım planları modülü kullanılarak oluşturulan hemşirelik tanıları incelenerek araştırma verileri toplandı.

Bulgular: Çalışmaya dâhil edilen hastaların %58'i erkek, %78.ü 18 yaş ve üstü ortalama ameliyat öncesi hastanede yatış/gün sayısı 3.3±1.7 (1- 11) gün, ameliyat sonrası hastanede yatış/gün sayısı 3.8±2.5 (1 - 10)'dur. Çalışmaya dahil edilen tüm hastalara (%100) " enfeksiyon riski" ve "akut ağrı", %83'üne "anksiyete", %77.3'üne " bilgi eksikliği" tanıları konulduğu belirlendi.

Sonuçlar: Hemşirelerin kronik otitis media nedeniyle tipl 1 timpanoplasti ameliyatı yapılan hastalarda belirledikleri hemşirelik tanılarının literatürde önerilen kulak cerrahisi uygulanan hastanın bakımı ile paralellik gösterdiği görüldü. Belirlenen hemşirelik tanıları ile ilişkili faktörler açısından, tipl 1 timpanoplasti ameliyatı yapılan hastalara özgü değerlendirme yapma konusunda eksiklikler olduğu belirlendi.

Anahtar Kelimeler: Kronik Otitis Media; Timpanoplasti; Hemşirelik Tanıları; Hemşirelik Bakımı; Hasta Bakımı

ABSTRACT

Evaluation of nursing diagnoses relating to the patients who underwent type 1 tympanoplasty operation because of chronic otitis media

Aim: In this study nursing diagnoses that relating to the patients who underwent type 1 tympanoplasty operation due to chronic otitis media were evaluated.

Method: The universe of retrospective and descriptive study consisted of 128 patients who underwent tympanoplasty (type 1, type 2 and type 3) surgeries at İzmir Tepecik Training and Research Hospital Otorhinolaryngology and Neck Surgery Clinic between October 2015 and October 2016. The sample group consisted of 88 patients whose operation notes were reviewed and type 1 tympanoplasty surgery was performed. The nursing diagnoses established on the basis of the socio-demographical characteristics of the patients and nursing findings obtained by the caring nurses using nursing care plans module in the electronic media during their hospitalizations were evaluated.

Result: The findings relating to the patients included in the study are as follows: 58 % of them are male, 78.4 % are 18 years old or older, the average of the number of hospitalization days are 3,58±2,15 (1 - 10). All the patients included in the study (100%) were diagnosed with "risk of infection" and "acute pain", 83% were diagnosed with "anxiety" and 77.3% were diagnosed with "lack of knowledge".

Conclusion: It was observed that the nurses' diagnosis of nurses in patients who underwent type 1 tympanoplasty surgery due to chronic otitis media was parallel to the care of the patient who had the ear surgery as recommended in the literature. In terms of the factors associated with the identified nursing diagnoses, it was determined that there were deficiencies in making the disease-specific assessment of type 1 tympanoplasty surgery.

Keywords: Chronic Otitis Media; Tympanoplasty; Nursing Diagnoses; Care of Nursing; Care of Patient

* Sorumlu yazar: Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi Kliniği, (Uzman Hemşire), Orcid ID: 0000-0002-5306-6519, e-posta: sevgi0535@yahoo.com

** Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği AD, (Prof. Dr.), Orcid ID: 0000- 0002-8661-0066, e-posta: merem33@yahoo.com

*** Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi Kliniği (Doç. Dr.), Orcid ID: 0000-0002-2398-3391, e-posta: cukurova57@gmail.com

**** Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi Kliniği, (Uzman Hemşire), Orcid ID: 0000-0002-0267-9470, e-posta: bilgenbilgen@gmail.com

GİRİŞ

Günümüzde, işitme kaybı olan kişilerin erken dönemde belirlenmesi ve işitme kaybına neden olan sorunların etkin bir şekilde çözümlenebilmesi, Dünya Sağlık Örgütü'nün önemle üzerinde durduğu bir konudur. Bu doğrultuda, temel kulak bakımının temel sağlık sistemine dahil edilmesi işitme bozukluklarının azaltılması açısından önemli bir adım olmuştur (Guntinas-Lichius, Wittekindt, Baier and Manni 2014; Sürmelioglu, Özdemir, Tarkan ve Tuncer 2014).

Timpanoplasti ameliyatı; timpanik membran perforasyonu, orta kulak kaynaklı iletim kayıpları ve timpanik membran debrütmanı yapılması gereken durumlarda uygulanmaktadır. Timpanoplasti cerrahisinde hedef; tekrarlayan kulak enfeksiyonlarının önlenmesi, kuru ve güvenli fonksiyon gören bir orta kulak kavitesi elde edilmesi, orta kulak hastalığının ilerlemesinin durdurulması, kayıp olan işitmenin normal düzeye getirilmesi ve perforasyonun kapatılması gibi hastanın beklentilerinin karşılanmasıdır. Sadece kulak zarı perforasyonu var ve orta kulakta işlem yapılmasını gerektiren bir durum yok ise tip 1 timpanoplasti (miringoplasti) ameliyatı yapılmaktadır. (Suzuki, Yasunaga, Matsui, Fushimi and Yamasoba 2016; Sürmelioglu, Özdemir, Tarkan ve Tuncer 2014; Cash 2004; Kokesh , Ferguson and Patricoski 2010).

Timpanoplasti tip 1 ameliyatı sonrası, kulak içinde ve kesinin oluşturduğu yara yerinde kanama, enfeksiyon ve kafa içi komplikasyonları gelişebilir. Kalıcı veya geçici olarak facial paralizi, kulak kepçesi etrafında his kaybı, tinnitus ve baş dönmesi görülebilir. Kısmi veya total işitme kaybı ve tat değişiklikleri olabilir. Kesi yerinde anormal skar dokusu gelişimi, kulak kepçesinde ve kulak deliğinde büyüme gibi şekil değişiklikleri de iyileşme sürecinde hastada görülebilecek durumlardır. Hastaya veya ameliyata ilişkin faktörlere bağlı olarak kulak zarının tamirinde başarısız olunması sonucunda ise ameliyatın tekrarlanması söz konusudur (Suzuki, Yasunaga, Matsui, Fushimi and Yamasoba 2016; Akçiğit ve Karlıdağ 2016). Ameliyat sonrası hemşirelik bakımı, yapılan cerrahi işlemin başarısında önemli bir etkiye sahiptir. Ameliyat sonrası bakımın amaçları arasında, bu dönemde gelişebilecek komplikasyonları önlemek ya da en aza indirmek, komplikasyonları erken dönemde fark ederek tedaviye katkı sağlamak yer almaktadır. Hemşirelik bakımının başarısı ise

hemşirelik bakım planları doğrultusunda sistematik bir yaklaşım ile sağlanabilir (Çilingir ve Candaş 2017).

Hemşirelikte sorunları çözümlenme yöntemi olarak hemşirelik süreci kullanılmaktadır. Hemşirelik uygulamalarının ve hemşirelik sürecinin temeli, hemşirelik tanısıdır. Hemşirelik tanısı, hastanın sağlığını tehdit eden problemin belirlenmesi ve etiyolojiden oluşur. Tanılar problemler karşısında ne yapılması gerektiği konusunda hemşirelik uygulamalarına yön verir. Bu nedenle doğru tanının belirlenmesi önemlidir. Hemşirelik tanısını belirleme ve kullanmanın pek çok avantajı vardır. Hemşirelik tanılarının etiyolojisi doğrudan hemşirelik girişimlerinin seçimini sağlar. Hemşirelik tanısı, hastanın iyilik seviyesi ve taburculuk planı hakkında hemşireler arasında iletişimi kolaylaştırır, hasta ihtiyaç ve önceliklerini belirlemeye yardım eder, kaliteli bakım sağlama ve sürdürmeyi sağlar, hemşirelik girişimlerinin belirlenmesine yardım eder, sürecin değerlendirmesini ve izlenmesini sağlar. Ayrıca hemşirelik tanısı, hemşireler ve diğer sağlık ekibi üyeleri arasındaki iletişimi kolaylaştırır (Godinho Bertocello, Sávio, Martins Ferreira, Nazareth Amante and Pereira Do Nascimento 2014; Avşar, Ögünç, Taşkın ve Burcak 2014; Yıldırım ve Özkahraman Koç 2013; Kaya, Babadağ, Yeşiltepe Kaçar ve Uygur 2010; İlce, Totur and Özbayır 2010).

Ameliyat öncesi bakım; hastanın psikolojik ve fizyolojik yönden değerlendirilmesi, buna yönelik girişimlerin eksiksiz uygulanması ile ameliyat olacak hastada olası komplikasyon gelişmesini önler ya da azaltır. Ameliyat öncesi bakım; hastanın kendi bakımına katılmasını, stres ve korkusu ile baş etmesini, kısa sürede iyileşmesini ve erken taburcu olmasını sağlar. Timpanoplasti ameliyatı öncesi hemşirelik bakımının hedefleri; hastanın ameliyat öncesi hazırlık ile ameliyat süreci ve ameliyat sonrası dikkat etmesi gereken konular hakkında bilgilendirilmesi ile ameliyat öncesi ve sonrası oluşabilecek anksiyete ve korkunun giderilmesi, hastane ortamına bağlı enfeksiyon riskinin önlenmesidir. Ameliyat sonrası bakımda hemşire; genel bakım ilkelerinin yanı sıra hastaya uygulanan ameliyat yöntemi ve hasta üzerinde etkileri ile ilgili yeterli bilgiye sahip olmasının yanı sıra ayrıntılı hasta değerlendirmesini iyi bir şekilde yapabilmeli ve cerrahi ekip ile sürekli işbirliği içerisinde hareket etmeyi sürdürmelidir. Kulak ameliyatı sonrası hemşirelik bakımının hedefleri; hastanın var olan

sağlığının korunması, ameliyat nedeni ile geçici bir süre için kaybedilen sağlığının yeniden sağlanması ve iyileşme sonrasında hastanın yaşam kalitesinin artırılması üzerinde odaklanmalıdır. Multidisipliner ekip çalışması ve hasta değerlendirmesi ışığında belirlenen hemşirelik tanıları ve girişimleri hasta bakım sürecinin kalitesini artırır (Özhan Elbaş 2012; Lemone, Burke and Bauldoff 2010b; Cash 2004).

Hemşirelik mesleğinin profesyonel bir meslek olabilmesi için hemşireliğin her alanında araştırma ve yayınlara ihtiyaç duyulmaktadır. Özellikle hemşirelik bakım sürecini kapsayan araştırma ve yayınlar hemşirelik mesleği üyelerine yol gösterici nitelikte olmaktadır (Adıgüzel, Tanrıverdi ve Özkan 2011). Literatür incelendiğinde, kulak ameliyatı yapılan hastalar için belirlenen hemşirelik tanıları veya hemşirelik bakım planlarının değerlendirilmesi amacıyla yapılan çalışmaya rastlanmadı.

Bu çalışma kronik otitis media nedeniyle timpanoplasti tip1 ameliyatı yapılan hastalarda belirlenen hemşirelik tanılarını değerlendirmek amacıyla yapıldı.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın Tipi, Evren ve Örneklem

Geriye dönük, tanımlayıcı olarak planlanan çalışmanın evrenini, Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kulak Burun Boğaz (KBB) ve Baş Boyun Cerrahisi (BBC) Kliniği'nde Ekim 2015 ve Ekim 2016 tarihleri arasında kronik otitis media ön tanısıyla timpanoplasti (tip 1, tip 2 ve tip 3) ameliyatı yapılan 128 hasta oluşturdu. Hastane elektronik veri tabanı üzerinde uygulanan ameliyat türüne göre tarama yapılma olanağı olmadığı için "kronik otitis media" tanısı ile yatışı yapılan hastalar belirlendi. Bu hastaların ameliyat notları incelenerek 88 hastaya "tip 1 timpanoplasti" ameliyatı yapıldığı bilgisine ulaşıldı ve bu hastalar araştırmanın örneklemini oluşturdu. Hastaların, hemşirelik hizmet modülü ile oluşturulan "hemşirelik bakım planları" kapsamında belirlenen hemşirelik tanıları değerlendirildi. Hemşirelik hizmetleri modülünün, çalışmanın yapıldığı hastanenin yatan hasta kliniklerinde yalnızca son bir buçuk yıldır kullanılıyor olması ve hemşirelerin sisteme adaptasyon sürecinde oluşabilecek aksaklıklar öngörülerek çalışmaya son bir yıl içerisinde kronik otitis media ön tanısı ile tip 1 timpanoplasti ameliyatı yapılan hastalar çalışmaya dahil edildi.

Veri Toplama Araçları

Veri toplama aracı olarak literatürden yararlanılarak oluşturulan hasta tanım formu ve hastanenin elektronik veri kayıt sistemi içerisinde yer alan hemşirelik hizmetleri modülü kullanıldı.

Hasta tanım formunda hastaların demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, eğitim durumu) ile ameliyat öncesi ve sonrası hastanede yatış sürelerini belirlemeye yönelik beş soru yer almaktadır (Özhan Elbaş, 2012). Hastanenin elektronik veri kayıt sistemi içerisinde yer alan ve hemşirelik hizmetleri modülünün alt modüllerinden birisi olan hemşirelik bakım planı modülünden (North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) hemşirelik tanıları doğrultusunda oluşturulan sistem) ise hangi hemşirelik tanısının belirlendiği bilgisine ulaşıldı. Hemşirelik bakım planı uygulamaları değerlendirilirken her hasta için o tanının bir kez belirlenmiş olması temel alındı ve değerlendirme kapsamına alınması için yeterli oldu.

Verilerin Değerlendirilmesi

Veri toplama formu içeriği bilgisayara kodlanarak SPSS for Windows 20.0 programında analizleri yapıldı. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, ortanca vb.) kullanıldı.

Araştırmanın Etik Yönü

Çalışma geriye dönük ve klinik çalışmaların gözden geçirilmesi şeklinde yapıldığı için etik ikilem oluşturacak bir durum bulunmamaktadır. Çalışmanın yürütülmesi ile ilgili olarak klinik eğitim sorumlusu ve sorumlu hemşiresinden sözlü olarak izin alındı.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın yürütüldüğü KBB kliniğinde hasta sirkülasyonunun hızlı olması, hasta başı bakım vermesi gereken hemşire sayısının yetersiz olması gibi nedenlere bağlı olarak hemşirelerin iş yükü artmaktadır. Bu durum hemşirelik bakım planlamasının tam ve eksiksiz olarak yürütülebilmesi için ayrılan süreyi kısılmaktadır. Ayrıca söz konusu klinikte hemşirelerinin iş yükünün fazla olması hemşirelerin bakım planı modülünü kullanımlarına yönelik tutumlarını olumsuz etkilemektedir.

Yatan her hasta için bakım planı yapılması zorunlu olduğu için de hemşirelerin, yoğun iş yükü altında bakım planlaması için etkin zaman ayıramadıkları ve belirli birkaç tanı üzerinde yoğunlaştığı düşünülmektedir. Bu nedenle araştırmanın sonuçlarının hemşire sayısı, söz konusu kliniğin yoğun hasta sirkülasyonu ve hemşirelerin iş yükü gibi faktörlerden etkilenebilmesi mümkündür.

Araştırmamızda bu faktörlere ilişkin istatistiksel veri ve analizlerine yer verilmemiş olması araştırmamızın sınırlılıklarıdır.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Çalışmaya dâhil edilen hastaların %58'i erkek, %78.4 'ü 18 yaş ve üstü, %48.9'unun eğitim durumu ilköğretim ve erişkin hastaların yaş ortalaması 39.35 ± 10.72 (19- 60) yıl olduğu belirlenmiştir. Hastanede yatış süreleri incelendiğinde ortalama ameliyat öncesi hastanede yatış/gün sayısı 3.33 ± 1.77 (1- 11) gün, ameliyat sonrası hastanede yatış/gün sayısı 3.58 ± 2.15 (1-10) ve toplam hastanede yatış/gün sayısı 6.91 ± 3.14 (2-12) gün olarak belirlenmiştir (Tablo 1).

Tablo 1. Tip 1 Timpanoplasti Yapılan Hastaların Sosyodemografik Özellikleri

		N=88	%
Cinsiyet	Erkek	37	42.00
	Kadın	51	58.00
Yaş	Erişkin (18 yaş \geq)	69	78.40
	Çocuk (18 yaş<)	19	21.60
Eğitim düzeyi	İlköğretim	44	50.00
	Lise	26	29.55
	Ön Lisans	2	2.27
	Lisans	14	15.91
	Yüksek Lisans	2	2.27
		Ort\pm ss (min-mak)	Ortanca (%25-%75 çeyrek)
Yaş/yıl Erişkin		39.35 \pm 10.72 (19- 60)	40 (32 – 47.5)
Yaş/yıl Çocuk		12.63 \pm 2.91 (7-17)	13 (11-15)
Ameliyat Öncesi Yatış/gün		3.33 \pm 1.77 (1 - 11)	3 (2 - 4)
Ameliyat Sonrası Yatış/gün		3.58 \pm 2.15 (1 - 10)	3 (2 - 5)
Toplam Yatış/ gün		6.91 \pm 3.14 (2 - 12)	7 (5 - 8)

Çalışmanın yapıldığı KBB ve BBC kliniği hemşireleri tarafından belirlenen hemşirelik tanıları değerlendirildiğinde 15 adet farklı hemşirelik tanısı belirlendiği ve bu hemşirelik tanıları doğrultusunda bakımın planlandığı belirlendi (Tablo 2). Çalışmaya dahil edilen hastalara yönelik belirlenen hemşirelik tanılarının literatürde önerilen kulak cerrahisi uygulanan hastanın bakımı ile paralellik gösterdiği görülmektedir (Özhan Elbaş 2012; Lemone, Burke and Bauldoff 2010b; Altun, Öztekin ve Kanan 2011; Timby and Smith 2010).

Ancak hemşirelik bakım sürecini kapsayan bilimsel çalışmalar değerlendirildiğinde; hemşirelik tanıları için uygun girişimleri tanımlayan az sayıda çalışma olmakla beraber, kulak ameliyatı da dahil olmak üzere, uygulanan farklı cerrahi işlemlere yönelik hemşirelik girişimlerini tanımlayan çalışma bulunmamaktadır. Hastalarda belirlenen hemşirelik tanıları, çalışma bulguları doğrultusunda en sık kullanılanlardan başlanarak kulak cerrahisi uygulanan hastalara özgü hemşirelik girişimleri kapsamında tartışıldı.

Tablo 2. Tip 1 Timpanoplasti Ameliyatı Yapılan Hastalara Konulan Hemşirelik Tanıları

Hemşirelik Tanıları	N=88	%
Enfeksiyon Riski	88	100.00
Akut Ağrı	88	100.00
Anksiyete	73	83.00
Bilgi Eksikliği	68	77.30
Kanama Riski	25	28.40
Korku	24	27.30
Uyku Örüntüsünde Bozukluk	23	26.10
Düşme Riski	13	14.80
Yorgunluk	11	12.50
Sosyal Etkileşimde Bozulma	9	10.20
Kendi Kendine Hijyen Sağlamada Yetersizlik	9	10.20
Tedavi Sürecine Uyumsuzluk	7	8.00
Bulantı-Kusma	4	4.50
Sözel İletişimde Bozulma	4	4.50
Enfeksiyon Bulaştırma Riski	2	2.30

Bu çalışmada, ameliyat sırasında meydana gelen doku hasarı nedeniyle ameliyat sonrasında hastaların tamamına akut ağrı tanısı konulduğu belirlendi (Tablo 2). Yetersiz ağrı kontrolünün enfeksiyon görülme sıklığını arttırdığı ve iyileşme sürecini uzattığı da belirtilmektedir (Hall 2011; Willens 2004; Lemone, Burke and Bauldoff 2010). Hastaların ameliyat sonrası hastanede yatış/gün sayısı 3.58 ± 2.15 (1-10) gün olarak bulundu (Tablo 1). Literatürde timpanoplasti tip 1 ameliyatı sonrası hastanede yatış süresi ortalama 1 gün olarak belirtilmektedir (Sürmelioglu, Özdemir, Tarkan ve Tuncer 2014). Çalışmanın yapıldığı klinikte ameliyat planlanan hastaların ağrı yönetiminde uygulanan farmakolojik yöntemler, hastanın alerji veya ek hastalık gibi ayırt edici bir özelliği olmaması halinde, benzer tanı ile ameliyat edilen hastalar için farklılık göstermemektedir. Hastanede yatış süresinin literatürde belirtilenden uzun olmasının etkin olmayan ağrı yönetimiyle bağlantılı olabileceği düşünülebilir. Sonuçlar kliniğimizde multidisipliner ekip ile paylaşılarak uygulanan ağrı protokolünün yeniden gözden geçirilmesi planlanmaktadır. Kulak ameliyatı uygulanan hastaların ameliyat sonrası yarı oturur pozisyonda yatması, kulak arkasındaki ve orta kulak boşluğundaki ödemi azaltır. Yarı oturur pozisyon, ödeme bağlı gelişen ağrıyı azaltabilir. İlk bir hafta sulu ve yumuşak gıdaların tüketilmesi çene hareketlerinin yansması ile kulakta oluşabilecek baskı ve gerginliği engeller (Lemone, Burke and Bauldoff 2010b; Korkmaz Demir 2016; Oyur Çelik ve Dramalı 2016).

Çalışma kapsamında değerlendirilen hastaların tamamına intravenöz kateter varlığı, cerrahi insizyon ve hastanede yatmaya bağlı enfeksiyon riski tanısı konulmuştur. Literatür incelendiğinde, hemşirelerin uygulanan cerrahi tedaviye özgü enfeksiyon riskleri ve koruyucu hemşirelik girişimleri hakkında bilgi durumlarını değerlendiren çalışmaya rastlanmadı. Kulak ameliyatı olan hastalara bakım veren hemşirelerin kulağa ilişkin enfeksiyon riskleri ve koruyucu hemşirelik girişimlerini bilmeleri önemlidir. Kulak ameliyatı olan hastada; ameliyat günü sabahı kulak çevresi traşının elektrikli traş makinası ile yapılması sağlanmalı, kulak yolu temiz ve kuru tutulmalıdır. Ameliyat edilen kulakta akıntı varlığında drenajı sağlamak amacıyla hasta ameliyat edilen kulak üzerine yatırılmalıdır. Beyin ile yakınlığı açısından kulak enfeksiyonları menenjit gelişimi için önemli bir risk faktörüdür. Ameliyat sonrası hasta takibinde, özellikle kulağa ilişkin uygulamalarda aseptik tekniklere önem verilmesi gerektiği vurgulanmaktadır (Lemone, Burke and Bauldoff 2010b; Özhan Elbaş 2012; Ciğer, Çukurova, Özkul, Arslan ve Kalkışım 2004). Çalışmanın yapıldığı klinikte hemşirelerin anksiyete tanısı belirleme durumlarının yeterli düzeyde olduğu söylenebilir.

Anksiyete; belirsiz, huzursuz rahatsızlık duygusu veya otonomik bir yanıtla birlikte gelişen korku; tehlike öngörmesinin sebep olduğu bir endişe hissi, yaklaşan tehlikeye karşı kişinin bu tehditle başa çıkmak için önlemler almasını sağlayan bir uyarı işareti olarak tanımlanmaktadır (Gallagher-Lepak 2014).

Kliniğimizden edindiğimiz deneyimler doğrultusunda kulak ameliyatı öncesinde hastaların çoğunun ifade ettiği en önemli anksiyete kaynağı ameliyat sonrası duyma fonksiyonunun yerine gelmemesi ya da var olan duymanın tamamen kaybedilmesi gibi fiziksel fonksiyon ve rol kaybına yönelik korkulardır (Arı and Yılmaz 2016). Bu çalışmada, hastanede yatma ve tedavi süreci hakkında bilgi yetersizliğine bağlı anksiyete tanısı konulma oranı %83 olarak saptandı. Anksiyete tanısı belirlemede daha çok subjektif verilerin etkili olduğu dikkate alındığında hemşirelerin anksiyete tanısı belirleme durumlarının yeterli düzeyde olduğu söylenebilir.

Bilgi eksikliğine yönelik yapılan hasta eğitimleri ile ilgili literatür incelendiğinde; bilgi eksikliği tanısı ve uygulanması planlanan girişimler, hasta ve hasta yakınlarının birlikte ele alınarak belirlenmesi gerektiği belirtilmektedir (Kelly, Ersek, Virani, Malloy and Ferrell 2008; Kaya 2009; Avşar ve Kaşıkçı 2009). Bu çalışmada hastanın bilgi almak istediğini ifade etmesi, hastanede yatma ve uygulanan cerrahi girişim nedeniyle hastaların %77.3'üne bilgi eksikliği tanısı konulmuş olup belirlenen 15 hemşirelik tanısı içinde dördüncü sırada yer almaktadır. Çalışma kapsamına alınan hastaların ameliyat öncesi hastanede yatış süresi 3.33 ± 1.77 (1-7) gün olarak saptandı. Ameliyat öncesi hastanede yatış süresinin uzaması, kliniğe aynı tanı ile yatırılan hastalar arasında bilimsel olmayan bilgi alışverişine zemin hazırlayabilir. Hastaların bu süreçte kendi aralarında konuşarak ya da etrafı gözlemleyerek bilgi edinme ihtiyaçlarını giderdiklerine inanıp bilgi talebinde bulunmadıkları düşünülse de kendi aralarında yaptıkları bilgi alışverişinin doğruluğuna güvenilemez. Öte yandan hastanede yatma ve cerrahi girişim uygulanma gibi tanı ile ilişkili faktörlerin tüm hastalar için geçerli olduğu göz önüne alındığında "bilgi eksikliği" tanısının tüm hastalara belirlenmesi gerektiği kanısındayız. Literatürde verilmesi önerilen standart ameliyat öncesi, sırası ve sonrası eğitimlere ek olarak, ameliyat sonrası kulağın korunmasına ilişkin bilgilere (ameliyat sonrası en az bir hafta esnerken ya da öksürürken ağzını açık tutma, burnunu sümkürerek silmeme, pansuman ve sargılara dokunmama, hekim izni olana kadar uçağa binmeme, ağır kaldırmama ve spor yapmama, ameliyat sonrası ilk iki hafta sütür ve pansuman materyallerinin korunması konusunda dikkatli olma, özellikle ilk dört hafta kulağa su kaçmasına neden olabilecek girişimlerden uzak

kalma gibi) eğitim planında yer verilmesinin ameliyat başarısını arttıracak ve hastanın bilgi eksikliğine bağlı anksiyetesini gidereceği öngörülebilir (Arlı, 2017; Vermişli, Çukurova, Baydur ve Yılmaz).

Hemşirelerin uygulanan cerrahi tedaviye özgü kanama risk faktörlerini belirleyip uygun girişimleri planlayabilmeleri kanama riski ve olası komplikasyonların önlenmesi açısından önemlidir. Literatür incelendiğinde kanama riski ve uygun hemşirelik girişimlerini inceleyen bilimsel çalışmaların sınırlı sayıda olduğu görülmektedir (Lima and Cruz, 2017). Bu çalışmada cerrahi girişim ve doku travması ile ilişkili olarak hastaların %28.4'üne kanama riski tanısı konulduğu belirlendi. Kanama riski tanısı ile ilişkili faktörler göz önüne alındığında tüm hastalara bu tanının belirlenmesi beklenmektedir. Kulakta oluşabilecek herhangi bir basınç, ameliyat sırasında yerleştirilen zar greftinin yerinden oynamasına neden olacağı için kulağa basınç uygulayarak kanama durdurulmaya çalışılmamalıdır. Kulak pansumanında aşırı miktarda kanlanma gözlemlendiğinde ya da hastanın kulağında ıslak bir baskı hissettiğini ifade etmesi durumunda zaman kaybetmeden hekime haber verilmelidir (Lemone, Burke, Bauldoff 2010a; Cash 2004). Kulak ameliyatı olan hastalara bakım veren hemşirelerin tüm hastalara "kanama riski" tanısını koyması ve bakım planlarında kulağa özgün izlemleri içeren girişimlere yer vermesi gerektiği kanısındayız.

Çalışma kapsamında değerlendirilen hastaların %27.3'üne; hastanede yatma, ağrı, bilgi eksikliği, uygulanan invaziv girişimler ve cerrahi işlemler ile ilişkili olarak korku tanısı konulduğu görüldü. Bu hasta grubuna bakım veren hemşirelerin, ameliyat öncesi hasta eğitim gereksinimlerini iyi değerlendirilip multidisipliner ekip yaklaşımı içerisinde bilgi vermelerinin, ağrı yönetimini iyi yapmalarının korkuyu giderme konusunda etkili olacağını öngörmekteyiz.

Çalışma kapsamında değerlendirilen hastalarda vertigoya bağlı düşme riski tanısı konulma oranı %14.8'dir. Literatür incelendiğinde kulak ameliyatı olan hastalara bakım veren hemşirelerin düşme riski belirleme durumu ve alınması gereken önlemlere yönelik yapılan çalışmaya rastlanmadı. Bu hastalarda ameliyat sonrası bakımda vertigoya bağlı oluşabilecek travmanın önlenmesi için düşme riskinin değerlendirilmesi gerekmektedir. İyileşme sürecinde olası bir düşmenin sonuçları konusunda hemşirelerin bilgili olması ve bu

bilgiler ışığında bakım planlamasının önemli olduğunu düşünmekteyiz. Kulak ameliyatı sonrasında düşmenin ameliyatın başarısızlığına neden olabileceği göz önüne alındığında hemşirelerin düşme riski tanısı belirleme oranının düşük olduğu söylenebilir. Kulak ameliyatı olan her hasta için düşme riski tanısı belirlenmesi ve bu hasta grubuna bakım veren hemşirelerin düşme riski konusunda farkındalıklarını arttırmaya yönelik düzenlemelerin yapılması gerektiği kanısındayız.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışma sonucunda kliniğimizde tip 1 timpanoplasti ameliyatı uygulanan hastalarda hemşirelik tanılarının sırasıyla akut ağrı, enfeksiyon riski, anksiyete, bilgi eksikliği, kanama riski ve korku olduğu görüldü.

Hemşirelerin saptadıkları tanıların daha çok ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası akut döneme yönelik olduğu, uzun vadeli veya olası sorunlara yönelik hemşirelik tanıları belirleme yüzdelerinin düşük olduğu saptanmıştır.

Kulak ameliyatı olan hastalarda akut ağrı; ameliyat bölgesinin küçük ve hassas bir alan olması nedeniyle, ameliyat sonrası kanama ve timpanik membran zar greftinin hasarının erken dönemde belirlenebilmesi açısından önemlidir.

Kulak ameliyatı olan hastalarda enfeksiyon; ameliyat bölgesinin beyin ile yakınlığı açısından menenjit gelişimi için önemli bir risk faktörüdür ve bakım veren hemşireler

tarafından enfeksiyon risk faktörlerinin bilinmesi gerekmektedir.

Kulak ameliyatı olan hastalarda bilgi eksikliği tanısı doğrultusunda ameliyat sonrası dönemde kaçınılması gereken hareketler hakkında hasta ve yakınlarına yeterli bilginin verilmesi, ameliyatın başarısını ve hemşirelik bakımın kalitesini arttıracaktır.

Kulak, anatomik olarak kolay gözlemlenemeyen bir bölge olduğundan kulak ameliyatı olan hastalarda kanama riski tanısının tüm hastalarda konulması gerekmektedir.

Kulak ameliyatı yapılan hastalara bakım veren hemşirelerin ameliyat öncesi ve sonrası döneme ilişkin hemşirelik tanılarını bilmesi ve bu doğrultuda bakımını yönlendirmesi ameliyat sonrası gelişebilecek komplikasyonların da önlenmesini sağlayacaktır.

Çalışmanın sonuçları dikkate alındığında; hemşirelere NANDA sınıflandırması, kulak ameliyatı yapılan hastalarda hemşirelik tanıları ve girişimlerine yönelik eğitim verilmesi, kurumun diğer cerrahi klinikleri ile başka hastanelerin KBB ve diğer cerrahi kliniklerinde hemşirelik bakım planlamasına yönelik benzer çalışmaların yapılması önerilmektedir. KBB ve diğer tüm cerrahi kliniklerde, alanlara özgü bakım planlarını değerlendirmeye yönelik yapılacak çalışmalar, bu kliniklerde çalışan hemşireler için yol gösterici nitelikte olacaktır.

KAYNAKLAR

- Adıgüzel O, Tanrıverdi H, Özkan DS.** Mesleki Profesyonellik ve Bir Meslek Mensupları Olarak Hemşireler Örneği. Yönetim Bilimleri Dergisi 2011; 9(2):235-60.
- Akyiğit A, Karlıdağ T.** Miringoplasti. Fırat Tıp Dergisi 2016; 21(2):59-60.
- Altun UG, Öztekin G, Kanan N.** Kulak Ameliyatı Geçiren Hastaların Evde Bakım Konusunda Bilgilendirilme Durumu. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2011; 14(1):24-30.
- Arı M, Yılmaz E.** Impact of Preoperative Anxiety on Postoperative Constipation. Turk J Colorectal Dis 2016; 26: 39-46.
- Arlı ŞK.** Ameliyat Öncesi Anksiyetenin APAIS ve STAI-I Ölçekleri İle Değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi; 4(3): 38-47.
- Avşar G, Kaşıkçı M.** Ülkemizde Hasta Eğitiminin Durumu. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2009; 12(3): 67-73.
- Avşar G, Ögünç AE, Taşkın M, Burcak OF.** Hemşirelerin Hasta Bakımında Kullandıkları Hemşirelik Süreci Uygulamalarının Değerlendirilmesi

Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2014; 17(4): 216-21.

Cash J. Assessment and management of patients with hearing and balance disorders. In: Smeltzer SC, Bare BG, eds. Brunner&Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing, 10th ed. Philadelphia: Libraries Australia, 2004. p. 1789-805.

Ciğer E, Çukurova İ, Özkul DM, Arslan İB, Kalkışım C. Yağ Greft ile Miringoplasti. Ssk Tepecik Eğitim Hastanesi Dergisi 2004; 14(1): 21-5.

Çilingir D, Candaş B. Cerrahi Sonrası Hızlandırılmış İyileşme Protokolü ve Hemşirenin Rolü. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2017; 20(2): 139-42.

Godinho Bertoncello KC, Sávio B, Martins Ferreira J, Nazareth Amante L, Pereira Do Nascimento ER. Nursing Diagnoses and Proposals for Nursing Interventions for Patients in The Immediate Post-Operative Period Following Elective Surgery. Cogitare Enfermagem 2014; 19(3): 538-45.

Guntinas-Lichius O, Wittekindt C, Baier M, Manni JJ. Optimising the Pre-Treatment Process Before Mobile Ear Surgery for Chronic Suppurative

Otitis Media in Wolisso and Attat, Ethiopia. The Journal of Laryngology&Otolaryngology 2014; 128: 421-4. Doi: 10.1017/S002221511400098x.

Gallagher Lepak S. Nursing diagnosis basics. In: Herdman TH, Kamitsuru S, eds. Nanda International Nursing Diagnoses: Definitions&Classification 2015-2017, 1th ed. Oxford: Wiley Blackwell, 2014. p.17-30.

Hall KP. Nursing care of patients in pain. In: Williams LS, Hopper PD, eds. Understanding Medical Surgical Nursing. 4th ed. United States Of America: F.A. Davis Company, 2011. p.141-60.

İlce A, Totur B, Özbayır T. Evaluation of Patients with Brain Tumors According to International Nanda Nursing Diagnoses: Care Suggestions. *Journal of Neurological Sciences-Turkish* 2010; 27(2): 178-84.

Kaya N, Babadağ K, Yeşiltepe Kaçar G, Uygur E. Hemşirelerin Hemşirelik Model/Kuramlarını, Hemşirelik Sürecini ve Sınıflama Sistemlerini Bilme ve Uygulama Durumları. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* 2010; 3(3): 24-33.

Kaya H. Sağlık Hizmetlerinde Hasta Eğitimi ve Hemşirenin Sorumlulukları. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi* 2009; 1(1): 19-23.

Kelly K, Ersek M, Virani R, Malloy P, Ferrell B. Geriatric Training Program: Improving Palliative Care in Community Geriatric Care Settings, End-of-Life Nursing Education Consortium. *Journal of Gerontological Nursing* 2008; 34(5): 28-35.

Kokesh J, Ferguson AS, Patricoski C. Preoperative Planning for Ear Surgery Using Store-and-Forward Telemedicine. *Otolaryngology-Head & Neck Surgery* 2010; 143(2): 253-7. Doi: 10.1016/J.Otohns.2010.04.265.

Korkmaz Demir F. Cerrahi Sonrası Kronik Ağrı. *Türkiye Klinikleri J Surg Nurs-Special Topics* 2015; 1(3): 1-8.

Lemone P, Burke K, Bauldoff G. Nursing care of patients having surgery. *Medical-Surgical Nursing: Critical Thinking in Client Care*. 5th ed. Library Of Congress Cataloging-In-Publication Data, 2010. p. 54-189.

Lemone P, Burke K, Bauldoff G. Nursingcare of patients with eye and ear disorders. *Medical-Surgical Nursing: Critical Thinking in Client Care*. 5th ed.

Library Of Congress Cataloging-In-Publication Data, 2010. p.1603-9.

Oyur Çelik G, Dramalı A. Hasta Kontrollü Analjezi Uygulanan Hastalarda Progresif Gevşeme Egzersizlerinin Bulantı, Kusma, Ağrı ve Anksiyete Üzerine Etkisinin İncelendiği Randomize Kontrollü Bir Çalışma. *Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi (Uhd)* 2016; 8: 137-9. Doi: 10.17371/Uhd.2016823280

Özhan Elbaş N. Kulağa İlişkin Cerrahi Girişimler ve Hemşirelik Bakımı. Erdil F, Özhan Elbaş N, editörler. *Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği*. Genişletilmiş 4. Baskı. Ankara: Aydoğdu Ofset Ltd; 2012. s. 672-6.

Suzuki S, Yasunaga H, Matsui H, Fushimi K, Yamasoba T. Factors Associated with Prolonged Duration of Post-Tympanoplasty Local Treatment in Adult Chronic Otitis Media Patients: A Retrospective Observational Study Using a Japanese in Patient Database. *Auris Nasus Larynx* 2016; 43: 377-81. Doi: 10.1016/J.Anl.2015.09.006.

Sürmelioglu O, Özdemir S, Tarkan O, Tuncer U. Kronik Otitis Media Tedavisinde Transkanal Endoskopik Timpanoplasti. *Kulak Burun Boğaz İhtisas Dergisi* 2014; 24(6): 330-3. Doi: 10.5606/Kbbihtisas.2014.93270

Timby KB, Smith EN. Caring for clients for ear disorders. *Introductory Medical-Surgical Nursing*. 10th ed. China: Wolters Kluwer Health Lippincott Williams & Wilkins; 2010. p. 628-30.

Vermişli S, Çukurova İ, Baydur H, Yılmaz E. Relationship between preoperative patient learning need and anxiety of patients hospitalized at Ear Nose Throat and Head Neck Surgery clinic for surgical treatment. *The Turkish Journal of Ear Nose and Throat*. 2016; 26(2): 79-91. Doi: 10.5606/kbbihtisas.2016.42385

Willens JS. Pain management. In: Smeltzer SC, Bare BG, eds. *Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing*. 10th ed. Philadelphia: Libraries Australia; 2004. p. 214-44.

Yıldırım B, Özkahraman Koç S. Eleştirel Düşünmeyi Hemşirelik Sürecine Uygulama. *Electronic Journal of Vocational Colleges* 2013; December/Aralık: 29-35.

ARAŞTIRMA

REHBER HEMŞİRELİK KURSUNUN HEMŞİRELERİN REHBER HEMŞİRELİK HAKKINDAKİ GÖRÜŞLERİNE ETKİSİ*

Serpil SÜ** Aliye ÇAYIR*** Bilgen ÖZLÜK**** Emine GEÇKİL*****

Alınış Tarihi: 26.12.2017

Kabul Tarihi: 13.05.2018

ÖZET

Amaç: Bu araştırma, hemşirelik eğitiminde görev alacak hemşirelere verilen rehber hemşire kursunun hemşirelerin rehber hemşirelik hakkındaki görüşlerine etkisini incelemek amacıyla yapıldı.

Gereç ve Yöntem: Araştırmanın örneklemini bir üniversite hastanesinde çalışan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 220 hemşire oluşturdu. Ön test-son test tek gruplu yarı deneysel olarak yapılan araştırmanın verileri 06-08 Şubat 2017 tarihleri arasında anket formu kullanılarak rehber hemşire kursundan önce ve sonra toplandı. Araştırmanın verileri sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma, Mcnemar testleri ile analiz edildi.

Bulgular: Hemşirelerin rehber hemşirenin görevlerine dair görüşleri incelendiğinde, “uygulamada eğitimci sorumluluğunu üstlenmek” ($p<0.001$) ve “öğrencinin başarısını değerlendirmek için gerekli kanıtları sağlamak” ($p<0.001$) görüşleri ile; hemşirelerin rehber hemşirenin rol davranışlarına dair görüşleri incelendiğinde ise, “öğrencilerin psikomotor becerileri geliştirmesini sağlama” ($p<0.001$), “öğrenciye ismiyle hitap etme” ($p<0.001$), “danışmanlık yaparken baskıcı tutum göstermeme” ($p<0.001$), “performansı nasıl geliştireceği hakkında öğrenci ile görüşme” ($p<0.001$), “eleştirel düşünme ve konuları derinlemesine araştırmaya yardım etme” ($p<0.001$) görüşleri, eğitim sonrasında eğitim öncesine göre önemli bir şekilde pozitif yönde değiştiği belirlendi.

Sonuç: Bu bulgular, hemşirelere verilen kursun hemşirelerin rehber hemşirelik hakkındaki görüşlerini olumlu yönde etkilediğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Hemşire; rehber hemşire; hemşirelik eğitimi

ABSTRACT

Effects of Mentoring Course on The Opinions of The Nurses on Mentor

Aim: This study was conducted to assess the effect of the guide nursing course on the opinions of nurses about guide nursing.

Materials and Methods: The sample of the study was 221 nurses who worked in a university hospital and agreed to participate in the research. Data from the pre-test and post-test single-group semi-experimental study were collected before and after the guide nursing course using the questionnaire form between 06-08 February 2017. The number, percentage, mean and standard deviation of the study were analyzed with McNemar tests.

Results: When the opinions of the nurses on the duties of the guide nurse were examined, it was stated that "undertaking the responsibility of the educator in practice" ($p<0.001$) and "providing necessary evidences to evaluate the student's success" ($p<0.001$) opinions were found to change significantly in the positive direction after the training compared to before the training. When the opinions of the nurses on the role behaviors of the guide nurse were examined, it was determined that "addressing students by name" ($p<0.001$), "no repressive attitudes when mentoring" ($p<0.001$), "interviewing with the student about how to improve performance" ($p<0.001$), "critical thinking and helping to investigate the subjects in depth" ($p<0.001$) opinions were found to change significantly in the positive direction after the training compared to before the training.

Conclusion: These findings showed that the given courses have a positive influence on the opinions of nurses about guide nursing.

Keywords: Nurse; guide nurse; nursing education

* 12-13 Ekim 2017 tarihinde Samsun’da düzenlenen Uluslararası Karadeniz Hemşirelik Eğitimi Kongresi’nde poster bildiri olarak sunulmuştur.

****Sorumlu yazar:** Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Orcid ID: 0000-0001-9263-6046, e-posta: ssu@konya.edu.tr

*** Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Orcid ID: 0000-0003-0760-4248, e-posta: aliye.cyr@gmail.com

****Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Orcid ID: 0000-0002-2560-4199, e-posta: bilgenozluk@gmail.com

*****Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Orcid ID: 0000-0003-3947-285X, e-posta: egeckil@konya.edu.tr

GİRİŞ

Klinik öğretim, öğretme ve öğrenme odaklı ve genellikle doğrudan katılım gerektiren, hasta sorunlarının merkeze alındığı bir eğitimidir (Esenay 2013). Hemşirelik eğitiminin ayrılmaz bir parçası olan klinik öğretim, hemşirelik öğrencilerine teorik bilgilerini klinik ortamda uygulama fırsatı vermektedir (Sharif and Masoumi 2005). Klinik eğitimin temel amacı, öğrencinin bağımsız olarak kendi kararlarını alabilmesi için gereken bilgi ve beceriyi sağlamaktır (Elçigil ve Sarı 2007). Öğrencinin bu bilgi ve beceriyi sağlamasında hemşirelik eğitimi veren eğitimcilerin ve hemşirelerin hemşirelik öğrencilerine yeterli rehberlik sağlaması oldukça önemlidir (Akyüz, Tosun, Yıldız ve Kılıç 2007).

Rehber sözcük anlamı ile bireye yol gösteren, doğruyu bulmasına yardım eden kişi ya da şey; rehberlik ise, yol gösterme süreci olarak tanımlanmaktadır (Ançel 2013). Başka bir tanımda ise rehber, uygulama konusunda tecrübeli olan bir kişinin tecrübesi daha az olan bir kişiye danışmanlık yaparak rol model olması olarak belirtilmiştir (Hawkins and Fontenot 2010; Botma, Hurter and Kotze 2013). Hemşireliğin birçok alanında otuz yıldan fazla süredir benimsenen ve hem rehber hem de öğrenci açısından yararlı olduğu kabul edilen (Chen, Watson, Hilton 2016) rehberliğin temel amacı, etkili bir öğrenim sürecinin gerçekleştirilmesi ve teorinin uygulamaya aktarılmasını sağlamaktır. Rehberlik uygulaması öğrencinin öğrenmesini kolaylaştırmak, destekleyici bir öğrenme ortamı yaratmak, mesleki kimlik ve tutum geliştirmek, öğrenciye özgü öğrenme sürecini geliştirmek, öğrencinin mesleki olarak güçlenmesini sağlamak ve mesleki yeterlilik kazandırmak gibi yararlar sağlamaktadır (Ançel, 2013).

Ülkemizde hemşirelik eğitimi veren okulların sayısı ve kontenjanlarının hızla artmasının yanında sayıları aynı hızla artmayan hemşire akademisyenler, kalabalık öğrenci gruplarına özellikle uygulamalarda eğitim ve öğretim yapmakta yetersiz kalmaya başlamışlardır. Eğitimde kalite kaygısı yaşayan akademisyen hemşireler çözüm olarak eğitimde uygulama rehberleri görevlendirilmesine yönelmişlerdir (Bedük ve Köroğlu 2013). Hemşirelik öğrencilerinin klinik eğitiminde akademisyen hemşireler ile birlikte klinik sorumlu hemşireleri ve klinik hemşireleri sorumluluk olarak rehberlik etmektedir (Burns and Paterson 2005; Akyüz, Tosun, Yıldız ve Kılıç 2007). Ülkemizdeki öğretim elemanı

sayısının gelişmiş ülkelere göre daha düşük olmasından dolayı (Kocaman ve Yürümezoğlu 2015) klinik eğitimde rehber olarak çoğunlukla servis hemşirelerinden yararlanılmaktadır (Büyük, Rızalar, Çetin ve Sezgin 2014). Rehber hemşirelerin klinik eğitimde öğrencilere meslektaş anlayışı ile yaklaşması, gerekli bilgi ve beceriye sahip olması, eğitimci gibi davranması beklenir (Kocaman, İntepeler, Şen, Yürümezoğlu ve Özbıçakçı 2012). Ayrıca Hemşirelik Yönetmeliği (2010)'ne göre öğrenci hemşirelerin, eğitime destek vermek ve katkıda bulunmak hemşirelerin görev, yetki ve sorumlulukları arasında yer almaktadır. Ancak buna rağmen ülkemizde rehber hemşirelik ile ilgili yasal bir düzenleme yoktur (Ay 2007). Avrupa Birliği ve Avrupa Birliği dışı ülkelerdeki rehber hemşirelik uygulamalarını ortaya koyan bir çalışmada, iki grup rehber hemşire ortaya konmuştur. Birinci grup rehber hemşireler Yüksek Öğretim Kurumları'nda çalışmakta ve öğrencilere rehberlik dışında bir klinik rolleri bulunmamaktadır. Klinik rehberlerin ikinci grubu ise klinisyen hemşirelerdir. Bu iki grubun da uygulamada farklı sorumluluklar üstlendikleri ve rehberlerin klinik deneyimlerinin de farklı olduğu belirtilmiştir (Dobrowolska et al. 2016). Mevcut uygulamada rehberlik yapacak olan hemşireler herhangi bir eğitim programı almadan klinik öğretimde görev almaktadırlar (Karaöz 2013). Bu konudaki çalışmalar incelendiğinde öğrenci hemşirelerle çalışan rehberlerin tamamının eğitim almadığı görülmektedir (Dobrowolska et al. 2016; Huybrecht, Loeckx, Quaeysaegens, Tobel, Mistiaen 2011). Oysa rehberlikle ilgili çalışmalarda ortaya çıkan iletişimde yetersizlik, öğrenciye yeterli zaman ayırmama, hatalı değerlendirme yapma, öğretim elemanı ile tutarsızlık yaşama gibi sorunların pek çoğunun çözümü için rehberlerin eğitilmesi, öğretim üyelerinin ve yöneticilerin rehberleri desteklemesi önerilmektedir (Huybrecht, Loeckx, Quaeysaegens, Tobel, Mistiaen 2011, Moran ve Banks 2016, Salminen et al., 2013).

Okulumuzdaki öğrenci sayısının fazla olması, hemşirelik eğitimi veren öğretim elemanı sayısının yeterince olmamasından dolayı öğrencilerimizin klinik öğretiminde rehber hemşirelik modeli uygulanmaktadır. Bu doğrultuda klinik öğretiminde kullandığımız hastanenin hemşirelerine belirli aralıklarla rehber hemşirelik kursu düzenlenmektedir. Rehber hemşirelerin rehber hemşirelik hakkındaki görüşlerini değerlendirdiğimiz bu çalışmada, hemşirelik eğitiminde yer alacak hemşirelere

verilen rehber hemşire kursunun hemşirelerin rehber hemşirelik hakkındaki görüşlerine etkisini incelemek amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın Tipi

Araştırma ön test-son test tek gruplu yarı deneysel olarak yapılmıştır.

Araştırmanın yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Konya ilindeki bir üniversite hastanesinde çalışan hemşireler ile 06-08 Şubat 2017 tarihleri arasında yürütülmüştür.

Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini üniversite hastanesinde çalışan tüm hemşireler oluşturmuştur (N:720). Hemşirelik öğrencilerinin eğitimde yer alan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 220 hemşire örnekleme alınmıştır.

Veri Toplama Araçları

Veriler araştırmacılar tarafından literatüre dayanarak oluşturulan bireylerin tanımlayıcı özelliklerini ve hemşirelerin rehber hemşirelik hakkındaki görüşlerini belirlemeye yönelik toplam 15 sorudan oluşan veri toplama formu kullanılarak toplanmıştır.

Verilerin Toplanması

Araştırma verileri Konya ilindeki bir devlet üniversitesi hastanesi ve hemşirelik bölümü işbirliği ile düzenlenen sekiz saat süren rehber hemşire kursunda toplanmıştır. Kursa katılan hemşireler ortalama 70 kişilik gruplar halinde üç ayrı günde eğitime alınmışlar ve her bir grubun eğitimi bir gün içinde tamamlanmıştır. İlki 3 yıl önce düzenlenen kursun içeriği rehber hemşirelik, rehber hemşirenin rol ve sorumlulukları, rehber hemşirenin görevleri, klinik uygulamada yenilikler, çalışan ve hasta güvenliği, hasta bakımında etik konularından oluşmuştur. Veri toplama formu katılımcılara kurstan önce ve kurs tamamlandıktan hemen sonra olmak üzere toplam iki kez uygulanmıştır. Cevaplama süresi yaklaşık on dakika olan veri toplama formunun dağıtılmasından önce katılımcılardan sözel onam ve verilerin toplandığı kurumdan izin alınmıştır.

Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen verilerin değerlendirilmesi bilgisayar ortamında SPSS (Statistical Package For Social Sciences) programı kullanılarak yapıldı. Araştırmanın verileri sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma, McNemar testleri ile analiz edildi.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Araştırmaya katılan hemşirelerin %73.2'si kadın, %55.5'i 21-30 yaş aralığında ve yaş ortalamasının 30.88±6.74 yaş olduğu

saptanmıştır. Hemşirelerin %41.4'ü lisans mezunu olup %35.5'i 6-10 yıldır çalışmaktadır. Hemşirelerin çalışma süreleri 3 ay-28 yıl arasında (Ort: 9.33±6.04) değişmekte ve %33.6'sı dahili birimlerde çalışmaktadır.

Hemşirelerin çoğunluğu (%80.5) mesleğini isteyerek yaptığını ifade etmiştir. Hemşirelerin %86.8'i daha önce öğrencilerin eğitiminde rehber hemşire olarak rol aldığını ve %70.9'u öğrenci eğitiminde "Rehber Hemşire" olarak tekrar rol almak istediğini ifade etmiştir (Tablo 1).

Tablo 1. Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Sosyodemografik ve Mesleki Özellikleri (n=220)

Sosyodemografik ve Mesleki Özellikleri	Sayı	%
Cinsiyet		
Kadın	161	73.2
Erkek	59	26.8
Yaş*		
21-30 yaş	122	55.5
31-40 yaş	85	38.6
41-50 yaş	13	5.9
Eğitim Durumu		
Sağlık Meslek Lisesi	82	37.3
Önlisans	39	17.7
Lisans	91	41.4
Yüksek lisans/Doktora	8	3.6
Çalışma Yılı**		
5 yıl ve daha az	71	32.3
6-10 yıl	78	35.5
11-15 yıl	30	13.6
16 ve daha uzun	41	18.6
Çalıştığı Birim		
Cerrahi birimler	61	27.8
Dahili birimler	74	33.6
Yoğun bakım	43	19.5
Pediyatri	42	19.1
Mesleği İsteyerek Yapma Durumu		
Evet	177	80.5
Hayır	43	19.5
Daha Önce "Rehber Hemşire" Rolü Üstlenme Durumu		
Evet	191	86.8
Hayır	29	13.2
"Rehber Hemşire" Olarak Tekrar Rol Üstlenmeyi İsteme Durumu		
Evet	156	70.9
Hayır	64	29.1

*Yaş (Minimum: 21- Maksimum: 48 Yaş) Ortalama: 30.88, Standart Sapma: 6.74

** Çalışma yılı (Min: 3 Ay- Maksimum: 28 Yıl) Ortalama: 9.33, Standart Sapma: 6.04

Tablo 2. Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Rehber Hemşirenin Görevleri ile İlgili Eğitim Öncesi ve Sonrası Düşüncelerinin Karşılaştırılması (n:220)

Hemşirelerin Rehber Hemşirenin Görevlerine Yönelik Görüşleri	Öncesi Evet Sayı (%)	Sonrası Evet Sayı (%)	p*
1.Uygulama ortamında öğrencinin öğrenme etkinliklerini düzenlemek için uygun öğrenme ortamı sağlamak	196 (89.1)	206 (93.6)	0.041**
2.Öğretim etkinlikleri sırasında öğrenciyi izlemek	202 (91.8)	205 (93.2)	0.690
3.Öğrenciye mesleki performansı hakkında yapıcı geribildirim vermek	204 (92.7)	204 (92.7)	1.000
4.Öğrenciyi uygulama alanında öğrenmesini kolaylaştırmak için cesaretlendirmek	207 (94.1)	203(92.3)	0.523
5.Uygulamada eğitimci sorumluluğunu üstlenmek	152 (69.1)	185 (84.1)	0.000***
6.Teori ile uygulama arasında köprü olarak bilgilerin uygulamaya aktarılmasını sağlamak	193 (87.7)	201 (91.4)	0.185
7.Korku, endişe, stres oluşturabilecek durumlarda öğrenciye destek olmak ve yol göstermek	205 (93.2)	206 (93.6)	1.000
8.Öğrencinin performansı ile ilgili olarak ilgili öğretim elemanı ile iletişim kurmak, öğrencinin performansı ile ilgili endişeleri ve çözüm önerilerini öğretim elemanı ile paylaşmak	176 (80.0)	195 (88.6)	0.007***
9.Öğrencinin başarısını değerlendirmek için gerekli kanıtları sağlamak	168 (76.4)	198 (90.0)	0.000***

Katılımcılar Tablo 2’de sıralanan rehber hemşirenin görevlerinin büyük oranda hemşirelerin görevleri olduğunu düşünmektedir. Eğitim öncesinde, hemşireler en çok 4. ve 7. ifadeye yer alan öğrencinin psikolojik olarak desteklenmesini içeren görevleri hemşirenin görevi olarak belirtmişlerdir. Hemşireler en az ise 5 ve 9. ifadeye belirtilen (“uygulamada eğitimci sorumluluğunu üstlenmek” ve “öğrencinin başarısını değerlendirmek için gerekli kanıtları sağlamak”) görevlerinin rehber hemşirenin görevi olduğunu ifade etmişlerdir. Eğitim öncesi ve eğitim sonrası karşılaştırıldığında ise; hemşirelerin “uygulama ortamında öğrencinin öğrenme etkinliklerini düzenlemek için uygun öğrenme ortamı sağlamak” (p=.041), “uygulamada eğitimci sorumluluğunu üstlenmek” (p=.000), “öğrencinin performansı ile ilgili olarak ilgili öğretim elemanı ile iletişim kurmak, öğrencinin performansı ile ilgili endişeleri ve çözüm önerilerini öğretim elemanı ile paylaşmak” (p=.007) ve “öğrencinin başarısını değerlendirmek için gerekli kanıtları sağlamak” (p=.000) görüşlerinin eğitim sonrasında eğitim öncesine göre pozitif yönde anlamlı bir şekilde değiştiği belirlendi.

Klinik eğitimin amacı öğrenciye hayat boyu öğrenme ve eleştirel düşünme konusunda ihtiyaç duyduğu mesleki bilgi ve beceriyi

kazandırmak, bir hemşire gibi kendine güven yaratmak ve hemşireden bağımsız olarak kendi kararlarını almasını sağlamaktır (Elçiğil ve Sarı 2007). Klinik ortamda öğrenci hemşirelerin klinik eğitimine destek veren rehber hemşireler öğrencilerin bu amaca ulaşmasını sağlamak için; uygulama ortamına gelmeden önce öğrencilerin öğrenme etkinliklerini düzenler, gözetmenlik yapar, yapıcı geri bildirim verir, uygulamaları izler, öğrencinin performansı ile ilgili olarak danışmanı ya da dersin sorumlu öğretim elemanı ile iletişim halinde olur, öğrencilerin başarılarını değerlendirir (Chow, Suen 2001; Dorsey and Baker, 2004). Çayır ve Faydalı (2017)’in aynı hemşire grubu ile yaptıkları başka bir çalışmada, rehber hemşirelere “kliniklerde öğrenci eğitiminde kendilerinin/ rehberlerin sorumluluklarının ne olması gerektiği” konusunda görüşleri sorulduğunda; çoğunluğu öğrencileri hemşirelik uygulamaları konusunda cesaretlendirme (%68,4), öğrencilerin kliniklerde yaşayabileceği zorluklara duyarlı olma (%67,5), öğrencilerin kliniklerde sosyalizasyonunu (hemşirelik değer ve normlarının öğretilmesi sürecini) destekleme (%66,7), öğrencilere destek olma (%58,1), klinikte eğitim yöntem ve tekniklerini kullanma (%54,7), öğrencilere deneyim kazandırma (%53,0), öğrencilerin kontrollü uygulama yapmasını sağlama (%52,1) vb. cevapları verdikleri belirtilmiştir. Algılanan

rehberlik özelliklerinin incelendiği Huybrecht ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında hemşirelere algıladıkları en önemli görev sorulduğunda % 97'si güvenilir bir kişi olmak, % 97'si bir rehber olmak, % 95'i sorun çözücü olmak, % 95'i öğrenciler için iletişim fırsatı sağlamak, % 95'i rapor hazırlamak görüşünü ifade etmişlerdir. Benzer bir çalışmada, öğrencilere rehberlik modeline ilişkin görüşleri sorulduğunda; rehberlik uygulamasının okula başladıktan sonra

hemşirelik mesleğine bakış açılarını olumlu yönde geliştirdiği (%90.7), bu olumlu etkinin daha çok öğretim elemanı (%62.8), ikinci sırada rehber hemşire kaynaklı olduğu (%44.2) ortaya çıkmıştır (Faydalı ve Çayır 2016). Bu sonuçlar ile benzer olan çalışma bulgumuz, rehber hemşirelerin klinik öğretiminde daha etkin görev olarak eğitimi olumlu yönde etkileyeceği yönünde değerlendirilebilir.

Tablo 3. Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Rehber Hemşirenin Rol Davranışları ile İlgili Eğitim Öncesi ve Sonrası Düşüncelerinin Karşılaştırılması (n:220)

Hemşirelerin Rehber Hemşirenin Rol Davranışlarına Yönelik Görüşleri	Öncesi Evet Sayı (%)	Sonrası Evet Sayı (%)	p *
1. Öğrencinin uygulama ortamındaki kurallara uyumunu sağlama	208(94.5)	210(95.5)	0.774
2. Öğrenme hedeflerine ulaşmada etkinliklerini belirleme	174(79.1)	192(87.3)	0.011**
3. Öğrencilerin psikomotor becerilerinin geliştirmesini sağlama	173(78.6)	201(91.4)	0.000***
4. Hasta ve yakınlarıyla etkileşimi sağlama	190(86.4)	205(93.2)	0.011**
5. Öğrencinin bakıma yönelik tutum geliştirmesine rol modeli olma	190(86.4)	204(92.7)	0.020**
6. Öğrenciyi klinik ortama uyumlandırma (oryantasyon)	197(89.5)	206(93.6)	0.122
7. Öğrenciye ismiyle hitap etme	152(69.1)	190(86.4)	0.000***
8. Sıcak ve kabullenici olma	196(89.1)	202(91.8)	0.307
9. Öğrencinin iş güvenliğini göz önüne alma	202(91.8)	207(94.1)	0.383
10. Öğrenciye saygı duyduğunu hissettirme	210(95.5)	207(94.1)	0.581
11. Danışmanlık yaparken baskıcı tutum göstermeme	179(81.4)	202(91.8)	0.000***
12. Öğrencinin mesleğin amaç ve imajını doğru anlayabilmesi için iletişime özen gösterme	196(89.1)	209(95.0)	0.011**
13. Hasta bakımında bütüncüllüğü vurgulama	200(90.9)	205(93.2)	0.424
14. Beceri geliştirmede öğrenciye rehberlik etme	199(90.5)	202(91.8)	0.711
15. Öğrenciye problem çözümü için ipucu verme, kolaylaştırıcı yöntemler önerme	204(92.7)	206(93.6)	0.832
16. Öğrenciye performansı hakkında geribildirim verme	189(85.9)	205(93.2)	0.005***
17. Performansı nasıl geliştireceği hakkında öğrenci ile görüşme	182(82.7)	205(93.2)	0.000***
18. Öğrencinin performansı ile ilgili kendi görüşlerini açıklamasını sağlama	192(87.3)	207(94.1)	0.008***
19. Eleştirel düşünme ve konuları derinlemesine araştırmaya yardım etme	171(77.7)	197(89.5)	0.000***
20. Öğrencinin uygulamaların gerekçesini anlamasını sağlama	194(88.2)	205(93.2)	0.061
21. Öğrencinin hatasını zamanında düzeltme	179(81.4)	193(87.7)	0.038**
22. Öğrenciye yararlanabileceği gerekli kaynaklar önerme	189(85.9)	203(92.3)	0.013**
23. Öğrenciye duygusal destek sağlama	168(76.4)	198(90.0)	0.000***
24. Öğrencinin uygulamada güven kazanmasını sağlama	204(92.7)	209(95.0)	0.359
25. Deneyimleri öğrenci ile paylaşma ve öğrencinin öğrenme deneyimlerini paylaşmasını sağlama	198(90.0)	207(94.1)	0.093

**p<0.05

***p<0.01

Tablo 3'de rehber hemşirenin rol davranışları ile ilgili ifadeler yer almaktadır.

Hemşireler bu rol davranışlarının çoğunlukla rehber hemşirenin sergilemesi gereken rol davranışları olduğunu ifade etmiştir. Rehber hemşire eğitimi kursundan sonra

hemşirelerin olumlu görüşlerinde önemli bir artış olmuştur. Eğitim öncesi ve eğitim sonrası karşılaştırıldığında; hemşirelerin "Öğrenme hedeflerine ulaşmada etkinliklerini belirleme" (p=.011), "Öğrencilerin psikomotor becerileri geliştirmesini sağlama" (p=.000), "Hasta ve

yakınlarıyla etkileşimi sağlama” (p=.011), “Öğrencinin bakıma yönelik tutum geliştirmesine rol modeli olma” p=.020, “Öğrenciye ismiyle hitap etme” (p=.000), “Danışmanlık yaparken baskıcı tutum göstermeme” (p=.000), “Öğrencinin mesleğin amaç ve imajını doğru anlayabilmesi için iletişime özen gösterme” (p=.011), “Öğrenciye performansı hakkında geribildirim verme” (p=.005), “Performansı nasıl geliştireceği hakkında öğrenci ile görüşme” (p.000), “Öğrencinin performansı ile ilgili kendi görüşlerini açıklamasını sağlama” (p=.008), “Eleştirel düşünme ve konuları derinlemesine araştırmaya yardım etme” (p=.000), “Öğrencinin hatasını zamanında düzeltme” (p=.038), “Öğrenciye yararlanabileceği gerekli kaynaklar önerme” (p=.013) ve “Öğrenciye duygusal destek sağlama” (p=.000) görüşlerinin eğitim sonrasında eğitim öncesine göre pozitif yönde anlamlı bir şekilde değiştiği belirlendi.

Rehber hemşirenin rolü klinik uygulama boyunca öğrenci ile birlikte çalışmak, öğrencideki gelişimi izlemek, geri bildirim vermek ve önceden belirlenmiş eğitim kriterlerine göre performansı değerlendirmektir (Hunt, McGee, Gutteridge ve Hughes 2016). Rehber hemşirenin klinik eğitimde göstermesi gereken rol davranışları yardım etme, dostluk gösterme, yol gösterme, önerilerde bulunma ve danışmanlık olarak özetlenebilir (Ançel 2013, Sawatzky ve Enns 2009). Carlisle, Calman ve Ibbotson (2009)’un rehber rolünün önemli yönlerinin incelendiği çalışmalarında, hemşirelerin %59’u öğrencilerin denetimi, %55’i öğrencilerin uygulama ortamında kendilerini değerli/hoşnut hissetmelerini sağlama, %35’i öğrenciler için bir öğrenme programı planlama görüşlerini belirtmişlerdir. Huybrecht ve arkadaşlarının çalışmasında (2011) rehberlerin %89’unun eğitimi sırasında haftada bir kez öğrenciye geri bildirim vermeyi önemli

bulmuştur (Huybrecht, Loeckx, Quaeysaegens, Tobel, Mistiaen 2011). Başka bir çalışmada rehberler değerlendirme yapmayı rollerinin önemli bir parçası olarak belirtmişlerdir (Nettleton ve Bray, 2008). Rehberlere rollerinin sorulduğu çalışmada, rehberler tarafından belirlenen roller öğretim (% 20), destekleyici (% 19), rol modeli (% 18) ve kolaylaştırıcı (% 30) olarak belirtilmiştir. Değerlendirme rolü yalnızca rehberlerinin %5’i tarafından seçilmiştir (Bray ve Nettleton, 2007). Rehber rolünün önemli unsuru uygulamanın değerlendirilmesi olmasına rağmen rehberlerin en çok zorlandıkları rolleri budur. Bunun nedeni yeni işe başlama, aynı zamanda kendi becerilerini geliştirmeye çalışma ve başarısız olan öğrenciler ile baş etmek için akademisyen meslektaşlarından çok az destek almaktır (Andrews et al. 2010). Literatür bilgisi ve çalışma sonuçları bizim bulgumuzu desteklemektedir. Rehber hemşire eğitimi sonrası rolleri hakkındaki görüşlerinin olumlu olarak değişmesi eğitimin kalitesi ve profesyonel hemşirelerin yetiştirmesi açısından önemli bulunmuştur.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmanın sonucu, hemşirelik eğitiminde öğrencilere bire bir rehberlik yapan hemşirelere verilen kursun hemşirelerin rehber hemşirelik hakkındaki görüşlerini olumlu yönde etkilediğini göstermektedir. Bu olumlu görüşü geliştirmek için içeriği daha kapsamlı ve belirli aralıklarla tekrarlanan eğitim programlarının düzenlenmesi, rehber hemşireler ve akademisyen hemşireler arasındaki görev ve rol dağılımının belirlenip birlikte çalışılması, bu konuda rehberler geliştirilmesi ve rehber hemşirelik uygulamasının çıktılarını değerlendiren çalışmalar yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

Akyüz A, Tosun N, Yıldız D, Tosun N, Kılıç A. Klinik Öğretimde Hemşirelerin, Kendi Sorumluluklarına ve Hemşirelik Öğrencilerinin Çalışma Sistemine İlişkin Görüşleri. Koruyucu Hekimlik Bülteni. 2007;6(6):459-64.
Ançel G. Hemşirelik Uygulama Eğitiminde Rehberlik, Rehberin Sorumlulukları. Platin N, editör. Hemşirelik Uygulama Eğitiminde Rehberlik. 1. Baskı. Ankara: Hedef Yayıncılık;2013. p. 43-54.
Andrews M, Brewer M, Buchan T, Denne A, Hammond J, Hardy G et al. Implementation and Sustainability of The Nursing And Midwifery

Standards for Mentoring in The UK. Nurse Educ Pract. 2010;10(5):251-5.

Ay F. Hemşirelik Eğitiminde Yeterliliğin Sağlanması İçin Yeni Bir Yaklaşım: Rehber Hemşire (Koçluk) Sistemi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi. 2007;2(5):52-65.

Bedük T, Köroğlu E. Hemşirelik Uygulama Eğitiminde Öğretim Elemanının Sorumlulukları. Platin N, editör. Hemşirelik Uygulama Eğitiminde Rehberlik. 1. Baskı. Ankara: Hedef Yayıncılık;2013. p. 63-70.

- Botma Y, Hurter S, Kotze R.** Responsibilities of Nursing Schools with Regard to Peer Mentoring. *Nurse Educ Today.* 2013;33(8):808-13.
- Bray L, Nettleton P.** Assessor Or Mentor? Role Confusion in Professional Education. *Nurse Education Today.* 2007;27(8):848-55.
- Burns I, Paterson IM.** Clinical Practice and Placement Support: Supporting Learning in Practice. *Nurse Educ Pract.* 2005;5(1):3-9.
- Büyük ET, Rızalar S, Çetin A, Sezgin S.** Hemşirelerin İntörn Eğitim Uygulaması Hakkındaki Görüş ve Önerileri. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi.* 2014;3(3):135-40.
- Carlisle C, Calman L, Ibbotson T.** Practice-Based Learning: The Role of Practice Education Facilitators in Supporting Mentors. *Nurse Educ Today.* 2009; 29(7): 715-21.
- Chen Y, Watson R, Hilton A.** A Review of Mentorship Measurement Tools. *Nurse Educ Today.* 2016;40:20-8.
- Chow FLW, Suen LKP.** Clinical Staff as Mentors in Pre-Registration Undergraduate Nursing Education: Student's Perceptions of The Mentor's Roles and Responsibilities. *Nurse Education Today.* 2001;21;350-58.
- Çayır A, Faydalı S.** An Attempt for One-To-One Mentorship Model; Opinions of Mentor Nurse. *Journal of Human Sciences,* 2017;14(1):281-93.
- Dobrowolska B, McGonagle I, Kane R, Jackson CS, Kegl B, Bergin M, et al.** Patterns of Clinical Mentorship in Undergraduate Nurse Education: A Comparative Case Analysis of Eleven EU and Non-EU Countries. *Nurse Education Today.* 2016;36;44-52.
- Dorsey LE, Baker CM.** Mentoring Under Graduate Nursing Students. *NurseEducator.* 2004;29(6):260-5.
- Elcigil A, Yildirim Sari H.** Determining Problems Experienced by Student Nurses in Their Work with Clinical Educators in Turkey. *Nurse Educ Today.* 2007 Jul;27(5):491-8.
- Esenay IF.** Hemşirelik Uygulamalarında Öğrenme Ortamı. Platin N, editör. *Hemşirelik Uygulama Eğitiminde Rehberlik.* 1. Baskı. Ankara: Hedef Yayıncılık;2013. p. 31-42.
- Faydalı S, Çayır A.** Mentoring, Nursing Students' Opinions; a Pilot Study. *International Journal of Humanities and Social Science Invention.* 2016;5(12):102-8
- Hawkins JW, Fontenot H.** Mentorship: The Heart and Soul of Health Care Leadership. *Journal of Health Care Leadership.* 2010;2:31-4.
- Hunt LA, McGee P, Gutteridge R, Hughes M.** Failing Securely: The Processes and Support Which Underpin English Nurse Mentors' Assessment Decisions Regarding Under-Performing Students. *Nurse Education Today.* 2016;39:79-86.
- Huybrecht S, Loecx W, Quaeysaegens Y, De-Tobel D, Mistiaen W.** Mentoring in Nursing Education: Perceived Characteristics of Mentors and The Consequences of Mentorship. *Nurse Education Today.* 2011;31:274-8.
- Karaöz S.** Hemşirelik Eğitiminde Klinik Değerlendirmeye Genel Bakış: Güçlükler ve Öneriler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi.* 2013;6 (3),149-58.
- Kocaman G, İntepeler ŞŞ, Şen H, Yürümezoğlu AH, Özbiçakçı Ş.** İşe Yeni Başlayan Hemşirelerin Uyumlarını Kolaylaştırmak İçin Hazırlanan Bir Rehber Hemşire Eğitim Programı Örneği. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi.* 2012;9(2):28-34.
- Kocaman G, Yürümezoğlu AH.** Türkiye'de Hemşirelik Eğitiminin Durum Analizi: Sayılarla Hemşirelik Eğitimi (1996-2015). *Yükseköğretim ve Bilim Dergisi.* 2015;5(3):255-62.
- Moran M, Banks D.** An Exploration of the Value of The Role of The Mentor and Mentoring in Midwifery. *Nurse Education Today.* 2016;40:52-6.
- Nettleton P, Bray L.** Current Mentorship Schemes Might Be Doing Our Students A Disservice. *Nurse Education in Practice.* 2008;8(3):205-12.
- Salminen L, Minna S, Sanna K, Jouko K, Helena LK.** The Competence and The Cooperation of Nurse Educators. *Nurse Education Today.* 2013;33(11):1376-81.
- Sawatzky JA, Enns CL.** A Mentoring Needs Assessment: Validating Mentorship in Nursing Education. 2009;25(3):145-50.
- Sharif F, Masoumi S.** A Qualitative Study of Nursing Student Experiences of Clinical Practice. *BMC Nurs.* 2005;4:6.

DERLEME

DUYUSAL BOZUKLUKLARI OLAN ÇOCUK VE HEMŞİRELİK BAKIMI: İŞİTME SORUNU OLAN ÇOCUĞA YAKLAŞIM

Fatma TAŞ ARSLAN*

Sevil ÖZKAN**

Alınış Tarihi: 26.12.2016

Kabul Tarihi: 29.05.2018

ÖZET

Çocukların normal büyüme ve gelişmesinde çevresel uyarınları alma, yorumlama ve uygun tepki verme süreci son derece önemlidir ve bu süreçte işitme duyusu yadsınmaz. İşitme sorunları çocuğun konuşmasını, sosyal ilişkilerini, psikolojik gelişimini olumsuz etkiler. Ancak işitme sorunu olan çocuğun erken yaşta tanınması, tedavisi ve takibi, çocuğun en üst düzeyde büyüme ve gelişmesine olumlu yönde yansır. Çocuk hemşireleri bu süreçlerin her birinde aktif rol almalıdır. İşitme sorunu olan çocuğun tanınması, tedavi ve izlem sürecinde hemşire çocuk ve aileye rehberlik eder. Ayrıca işitme sorunu olan çocuk ve ailesine yönelik hemşirelik bakımı verirken bu çocukların bakımında yer alan özelliklerin farkında olması ve bu doğrultuda bakım vermesi önemlidir.

Anahtar kelimeler: İşitme sorunu; çocuk; hemşire

ABSTRACT

Child with Sensitive Disorders and Nursing Care: Approach to Child with Hearing Problem

The process of receiving, interpreting and responding to environmental stimuli is crucial in children's normal growth and development and the hearing sense can not be denied in this process. Hearing problems affect the child's speaking, social relations and psychological development negatively. However, early diagnosis, treatment and follow-up of a child with a hearing problem reflect growth and development of the child positively. Child health nurses must take an active role in each of these processes. The nurse should guide the child and the family during the diagnosis, treatment and follow-up of the child with a hearing problem. It is also important that nursing care for children and their families with hearing problems be aware of the characteristics of the care of these children and provide care in this direction.

Key words: Hearing problem; child; nurse

GİRİŞ

İşitme dış kulakla başlar. Ses kulak kepçesi, kulak yolu, kulak zarı, orta kulak, iç kulak şeklinde ilerleyip sinir uçları ve işitme siniri ile beyne ulaşır, beyinde anlamlandırılır. Çocuklarda büyüme ve gelişme dönem özelliklerine göre normal işitmenin belirtileri evrenseldir. Örneğin yenidoğan bebek gürültülü sesleri basit seslere tercih eder ve sesin geldiği yöne doğru gözünü ya da başını çevirebilir, üç ile altı ay arasında ki bebekler ise ebeveynlerinin sesleriyle sakinleşebilir (Mills 2012; Bedel 2013; Varol 2013). Hemşirelerin bu özellikleri bilmesi, çocukta var olan olası işitme sorunlarının erken dönemde tanınmasına olanak sağlar.

İşitme Sorunu Olan Çocuğun Tanınması

Çocuklarda yaşamın ilk üç ya da dört yılı içinde konuşma ve dil gelişiminin %80'i tamamlanmaktadır. Bu yıllarda var olan bir işitme sorunu çocuğun konuşma ve dil gelişimini etkileyerek, çocuğun bilişsel, sosyal ve duygusal gelişimini de olumsuz etkileyebilir. Dolayısıyla

çocuklarda işitme bozukluklarının erken tanısı son derece önemlidir. (Mills 2012; Bryant 2013; Kalcioğlu ve Selimoğlu 2013). İşitme sorunu olan çocuklar normal işitme sürecinde bir sorun yaşamakta; ya sesleri işitememekte ya da işittikleri sesleri anlamlandıramamaktadırlar (Yıldırım Sarı 2013). Çocuklar işitme sorunları ile doğabileceği gibi farklı derecelerde işitme bozuklukları çocukluk dönemlerinde de gelişebilir. İşitme bozuklukları hafiften ileri dereceye kadar değişiklik göstermektedir. Örneğin işitme bozukluğunun çok ciddi hali olan sağırılıkta, sesin yükselmesi olsun ya da olmasın çocuğun sözel bilgiyi işiterek elde etme süreci bozulmuştur. (Mills 2012; Bryant 2013; Kalcioğlu ve Selimoğlu 2013). İşitme sorunlarının erken dönemde tespit edilip gerekli müdahalenin yapılabilmesi için, çocuk hemşiresi çocuğun gelişim dönemlerine göre işitmeyi değerlendirmeli ve bu değerlendirme sırasında işitme kaybı ile ilgili olan belirtileri mutlaka takip etmelidir (Tablo 1).

*Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD (Prof.Dr.) Orcid ID : 0000-0001-5584-6933, e-posta: fatmatas61@hotmail.com

****Sorumlu yazar:** Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD (Araş.Gör.) Orcid ID : 0000-0001-9180-1660, e-posta: nursevilozkan@gmail.com

Tablo 1. Çocukluk döneminde işitme kaybı ile ilgili davranışsal belirtiler

AY	BELİRTİLER
0-6 aylık olana kadar	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ani yüksek sese tepki olarak irkilmez, gözünü kırpmaz ya da aktivitesini değiştirmez ✓ Ortamdaki yüksek sesle uyanmaz, sadece dokunulduğunda uyanır ✓ Annesinin sesi ile sakinleşmez ✓ Sese cevap vermez ✓ Gıgıldama gibi sesler çıkarmaz, gürültü yapan oyuncaklara cevap vermez ✓ Yanından ya da arkasından gelen sesin kaynağına doğru gözlerini ya da başını çevirmez
6-10 aylık	<ul style="list-style-type: none"> ✓ İsmi söylendiğinde cevap vermez ✓ Sesin yerini saptamaz/aramaz/bulmaz ✓ Babıldama aşamasında çıkan sesler ya çok azdır ya da hiç yoktur
10-12 aylık	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Evin içinde günlük çıkan seslere (aile üyelerinin sesi, hayvan sesi vb.) cevap vermez ✓ Yüksek sesle çığlık atar ve ünlü harfleri çıkarmaya devam eder ✓ Bakım vericisinin çıkardığı sesleri taklit eder ✓ Sorulduğunda tanıdığı nesnelere tutar
15 aylık-4-5 yaş	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Konuşanın yüzüne dikkatle bakar ✓ Basit konuşulan emirleri takip etmede zorluk çekebilir ✓ Zayıf sosyal beceri ve iletişimi vardır ✓ Konuşulduğunda sürekli olarak “ha” ya da “ne” diyerek tepki verir ✓ Gelişiminde gecikme olabilir ✓ Yüksek ya da düşük perdeli sesleri seçme eğilimi olabilir ✓ Konuşmanın akustiğinde (monoton, anlaşılmaz ya da hepsini içerebilen tarzda) gecikme gösterir ✓ Dikkat çekmek ya da nesnelere almak için konuşmaktan çok vücut hareketlerini kullanır
6 yaş-16 yaş	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sorulara uygunsuz ya da içerik ile ilgisi olmayan tarzda cevap verir ✓ Çoğunlukla konuşan kişiye cümlesini tekrar etmesini ister ✓ Okul başarısı düşüktür ✓ Anormal konuşur ve monoton tarzda konuşur

Kaynak: Mills DA. Sensory Alterations. (In: Potts NL, Mandelco BL, editors. Pediatric Nursing Caring for Children and Their Families. USA. Delmar Cengage Learning. 2012.)

İşitme sorunlarının erken tanınması için dikkat edilmesi gereken bir diğer nokta, işitme kaybına yol açabilecek etiyolojik faktörlerin çocukta var olup olmadığının değerlendirilmesidir (Alford, Arnos, Fox, Lin, Palmer, Pandya et al. 2014). Bu kapsamda çocuklarda işitme kayıplarının etiyolojisinde yer alan durumlar;

1. Konjenital İşitme Kayıplarının Etiyolojisi

Genetik Nedenler: Ailede konjenital işitme kaybı öyküsü, baş ve boyun yapılarındaki malformasyonlar, Down sendromu, Tay-Sach hastalığı, Arnold- Chiari Malformasyonu (Özlüoğlu ve Erbek 2013; Süslü 2013; Alford, Arnos, Fox, Lin, Palmer, Pandya et al. 2014).

Genetik Olmayan Nedenler: Perinatal enfeksiyon (maternal kızamıkçık, kızamık, sitomegalo virüs, toksoplazma, herpes, sifiliz, bakteriyel menenjit), metabolik hastalık, perinatal asfiksi, kulak üzerine toksik etkisi olan (ototoksik) ilaçlar, Rh uyumsuzluğu, radyasyon, anoksi ve doğum travması, düşük doğum ağırlığı

(Özlüoğlu ve Erbek 2013; Süslü 2013; Alford, Arnos, Fox, Lin, Palmer, Pandya et al. 2014).

2. Sonradan Kazanılmış İşitme Kayıplarının Etiyolojisi

- Enfeksiyon (suçiçeği, kuş gribi, otitis media, menenjit, kabakulak)
- Ototoksik ilaçlar
- Neoplastik sorunlar
- Travma
- Metabolik sorunlar
- Yüksek ses (Mills 2012; Bryant 2013; Kalcıoğlu ve Selimoğlu 2013; Özlüoğlu ve Erbek 2013; Yıldırım Sarı 2013).

İşitme sorunlarının tanınmasında yenidoğan döneminden itibaren bazı testler kullanılır. Doğum sonu ilk bir ay içinde yenidoğanın işitme taramasının yapılması, bebek üç aylık olana kadar ise detaylı odyolojik değerlendirmenin yapılması önerilir. Yenidoğanlarda temel işitme tarama testi Automated Auditory Brain Stem Response (ABR) İşitsel Beyin Sapı Davranımı

testidir. Risk gruplarında olan diğer çocuklarda ise beyin sapı işitsel cevap (Brain Stem Auditory Response: BAER) ve otoakustik emisyon (Otoacoustic Emission: OAE) testleri yapılır (Mills 2012; Bryant 2013; Özlüoğlu ve Erbek 2013).

Auditory Brain Stem Response ve BAER elektrofizyolojik metotlar ile 1000 Hz'den 8000 Hz'e kadar olan işitme kayıplarını tanımlar, kohlea ve 8. kranial sinirin işitme sürecindeki fonksiyonel yolunu izler. Otoacoustic Emission testi (OEA) ise kohlear ve kıl hücrelerinin fonksiyonunu değerlendirir, düşük yoğunluktaki sesleri ölçer ancak 8. kranial sinirin fonksiyonunu değerlendiremez. Bu nedenle OEA testi BAER ya da ABR testleri ile birlikte yapılması periferik ve beyin hücresi fonksiyonunun daha iyi anlaşılmasına sağlar. Bu testler şüphelenilen işitme bozukluğunun tanınmasında odyolog tarafından yapılır. Yenidoğanda ABR'nin uygulanması toplam 10 dakika sürer, BAER biraz daha kapsamlıdır ve 90 dakika kadar bir süreyi kapsar. İşitme kaybı ya da bozukluğu tespit edilen bebeğe yönelik girişimler, bebek altı aylık olmadan önce mutlaka başlanmalıdır (Mills 2012; Bryant 2013; Gökçay, Boran, Ciprut ve Bağlam 2014).

Çocuklarda işitme kaybını değerlendiren diğer yollar ise timpanogram ile işitmenin değerlendirilmesi, orta kulağa sesin geçebilme yeteneğinin incelenmesi, odyografi testi ile çocuğun farklı birçok sesi (fısıltılı kelimeleri, fısıltı ile tekrarlaması) tekrar etmesi ve Weber ile Rinnie testinin yapılmasını içermektedir (Mills 2012; Gökçay, Boran, Ciprut ve Bağlam 2014).

İşitme Sorunlarının Sınıflandırılması

1. İlk tanı aldığı yaşa göre işitme sorunları: Konjenital, prelingual (dil ve konuşma gelişiminden önce), postlinguistik (dil ve konuşma gelişiminden sonra), erişkin tip veya prebiskusis (ilerleyen yaş ile ortaya çıkan) işitme sorunlarıdır (Alford, Arnos, Fox, Lin, Palmer, Pandya et al. 2014).

2. Patofizyolojisine/tipine göre işitme sorunları: Dört tip şeklinde karşımıza çıkmaktadır. Bunlar:

* **İletim tipi işitme kaybı;** "sesin kulak kanalı ya da orta kulak sistemleri boyunca ilerleme sürecini engelleyen" herhangi bir koşulda (örneğin su kaçması gibi) meydana gelen kalıcı ya da geçici işitme kaybıdır. En sık nedeni orta kulakta sıvı birikimi, travma, enflamasyon, tıkanıklık, orta kulak ya da dış kulağın yapısal malformasyonudur (Mills 2012; Özlüoğlu ve Erbek 2013). Tekrarlayan akut orta kulak enfeksiyonu ya da üç aydan uzun süren

efüzyonlu orta kulak enfeksiyonlarında, çocukların işitme ve konuşma durumları değerlendirilmelidir (Özlüoğlu ve Erbek 2013). Hafif iletim tipi işitme kaybı olan çocukların konuşmaları oldukça anlaşılır olmakla birlikte bu çocukların konuşma sesleri yüksek ve konuşmaları monotondur (Bryant 2013). İletim tip işitme kaybı, tedaviye oldukça iyi yanıt verir (Klossner and Hatfield 2010).

* **Sensörinöral işitme kaybı;** orta kulak ya da işitme sinirinin malformasyonu ya da travması sonucu oluşur. Konjenital defekt, enfeksiyon, yüksek sese maruz kalma, kulak üzerinde toksik etkisi olan ilaçlar, kohleadaki kıl hücrelerinin ve işitme sinirinin zarar görmesine yol açan prematürite bu tarz işitme kayıplarını en sık nedenidir (Klossner and Hatfield 2010; Mills 2012; Bryant 2013). Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde bakım görmüş bebeklerde bu risk oldukça fazladır (Özlüoğlu ve Erbek 2013).

Sensörinöral işitme kaybı ciddi ve genellikle de kalıcıdır. Sensorinöral işitme kaybı olan çocuklarda çoğunlukla fonotik sorunlar vardır. Oyun çocuğu diğer çocuklar ile nasıl oynanacağı konusunda yönlendirilmeye gereksinim duyar ve bu çocuklarda mutlaka gerekli güvenlik önlemleri alınmalıdır. Çocuğun söylediği kelimelerin anlaşılması çocukta hayal kırıklığı ve başarısızlığa yol açar. Örneğin çocuk yüksek sesi duyamazsa "sıska" kelimesini "ıska" olarak söyleyebilir. Dolayısıyla fonotik olarak hatalı kelimeler söyleyen çocukların işitme durumları mutlaka test edilmelidir (Mills 2012; Bryant 2013).

* **Karışık (miks) tip işitme kaybı;** hem iletim hem de sensörinöral hasarın olduğu sesin orta kulak ve sinir yoluyla taşınması sürecinde aksaklıkların olduğu, seste bozulma ve belirli desibel ya da yüksekliğin altındaki sesleri duyamama şeklinde karakterize bir işitme kaybıdır. İletim yolu ile ilgili kısım tamir edilebilir ancak sensörinöral etkilenme geri dönüşüzdür (Mills 2012; Yıldırım Sarı 2013).

* **Retrokohlear (santral tip) işitme kaybı;** Çocukta normal işitme süreci vardır. Ancak beyin sapı, korteks ya da işitme sinirinin hasarı sonucu oluşan sorun nedeniyle çocuk gelen işitsel uyarıları anlamlandıramaz (Klossner and Hatfield 2010; Mills 2012; Yıldırım Sarı 2013).

3. Lateral ve simetrik olma durumuna göre işitme sorunları: Unilateral, bilateral, simetrik ya da asimetric olabilir (Alford, Arnos, Fox, Lin, Palmer, Pandya et al. 2014).

4. İşitme kaybının derecesine göre işitme sorunları: İşitme bozukluğu sesin yüksekliği

(şiddet) ve perdesine (frekans) göre isimlendirilir. Sesin şiddeti desibel (dB) ünite olarak ifade edilir, frekans ise Hertz (Hz) terimi ile ifade edilir. Normal insanların %50'sinin duyduğu en hafif ses 0 dB'dir ve kişilerde 15 dB'e kadar olan ses işitme eşiği normal kabul edilir (Mills 2012; Özlüoğlu ve Erbek 2013). Devamlı olarak maruz kalınan ses 140 dB'den fazla ise ağrı ve kalıcı zarara yol açar. İnsanoğlu 16 Hz ile 30.000 Hz arasında frekansı olan sesleri duyabilir. Normal konuşma 45-55 dB ve 500-2000 Hz'dir (Mills 2012).

İşitme kaybı derecesi dB düzeyi ve konuşmayı duyabilme yeteneğine olan etkisine göre sınıflandırıldığında (Tablo 2) tedavi süreci ve çocuğun yaşamına etkisi daha net anlaşılmaktadır (Mills, 2012). Ancak çocuklarda işitme kaybının derecesi desibel olarak farklı

kaynaklarda farklı şekillerde sınıflandırılabilir (Klossner and Hatfield 2010; Kırmızı ve Yıldırım Sarı 2011; Mills 2012; Özlüoğlu ve Erbek 2013). Örneğin Özlüoğlu ve Erbek (2013) 16-30 dB hafif, 31-60 dB orta, 61-90 dB ileri ve 91 dB'den fazlası çok ileri derecede işitme kaybı olarak ifade etmektedir (Özlüoğlu ve Erbek 2013). Benzer şekilde Kırmızı ve Yıldırım Sarı (2011) işitme kaybını 0-15 dB normal işitme, 16-40 dB çok hafif derecede işitme kaybı, 41-55 dB hafif derecede işitme kaybı, 56-70 dB orta derecede işitme kaybı, 71-90 dB ileri derecede işitme kaybı, 91 dB ve üzeri çok ileri derecede işitme kaybı olarak bildirmiştir (Kırmızı ve Yıldırım Sarı 2011). Bu tanılamaların tek ortak noktası 91 dB ve üzerinin ileri derecede işitme kaybı olmasıdır.

Tablo 2. Desibel olarak işitme kaybı düzeyinin çocuğun işitme, konuşma ve dil gelişimine etkisi

İşitme Kaybı Derecesi	İşitmeye Etkisi	Konuşma ve Dile Etkisi
Çok Hafif İşitme Kaybı (15-25 dB)	Bozukluk yok	Konuşma ve dille ilgili belirgin gecikme yok
Hafif İşitme Kaybı (26-40 dB)	Hafif ses ya da uzaktaki konuşmayı duymada zorluk, bazı konuşulanları anlamakta zorluk, işitmeye yardımcı araçları kullanmaktan yarar görebilir	Çoğunlukla okul sorunu yoktur
Orta derecede işitme kaybı (41-55 dB)	Konuşan kişiyi 1-1,5 metre mesafeden yüz yüze konuşunca anlayabilir, işitmeye yardımcı araçları kullanmaya gereksinim duyabilir	Sınıftaki tartışmaların %50'sini alçak sesle yapılan konuşmalarda ya da görüş alanı dışında olan konuşmalarda kaçırabilir, konuşurken bazı seslerin söylenişinde sorunlar yaşayabilir
Kısmen ciddi işitme kaybı (56-70dB)	Çoğu normal konuşma ve sesi yakalayamaz ve konuşmayı duyabilmesi için konuşmanın 70dB'den yüksek sesle gerçekleşmesi gerekir. İşitmeye yardımcı araçları kullanmaya ihtiyacı vardır	Sınıf içi aktivitelerde giderek artan zorlanmaları vardır. Bazı seslerin çıkarılmasında zorluk yaşar. Dilin kullanımı ve dili anlama yeteneğinde eksiklikleri olabilir
Ciddi İşitme Kaybı (71-90 dB)	Normal konuşma sesi ile yapılan iletişim ve çoğu konuşma sesleri duyulamaz. İşitmeye yardımcı araçları kullanarak duyabilir	Konuşma ve dil gelişimi gecikir ve eğer işitme kaybı iki yaşından önce gelişmiş ise kendiliğinden konuşma ve dil gelişimi gerçekleşmez
Sağırılık (90 dB'den fazla)	Sağırılık, hiç bir sesi duyamaz	Ciddi konuşma ve dil gecikmesi vardır

Kaynak: Mills DA. Sensory Alterations. (In: Potts NL, Mandelco BL, editors. Pediatric Nursing Caring for Children and Their Families. USA. Delmar Cengage Learning. 2012.)

İşitme Kaybı Olan Çocuğun Tedavisi ve Hemşirelik Bakımı

Tedavi işitme kaybının tipine göre şekillenir. İşitmeye yardımcı araçlar, dudak okuma, işaret dili, ip ucu ile konuşma (cued speech) ve konuşma terapisi gibi birden fazla teknik birlikte kullanılabilir. İşitme bozukluklarında tedavi için “en uygun yaş ve en erken dönemde” tedaviye başlanması, çocuğun işiten yaşlıları ile aynı düzeyde dil gelişimine sahip olmasına yol açar.

Örneğin bebeklerde tedavinin altı aydan önce başlaması bebeğin dil gelişimi, sosyal ve duygusal gelişiminin yaşına uygun olmasına olanak verir (Mills, 2012). Ayrıca çocuklarda kohlear implant eğer ilk yıl içinde yapılırsa çocuk dil gelişimi olarak yaşlılarını daha kolay yakalarken, iki yaşından sonra yapıldığında çocukta dil gelişimi geri kalmakta ve çocuğun yaşlılarını yakalaması çok zor olmaktadır. Eğer kohlear implant tedavisi dört yaşından sonra

yapılırsa çocukta ciddi ve kalıcı dil gecikmesi olabilmektedir (Kurt, 2013).

Dudak okuma ya da işaret dili, işitme bozukluğu olan çocuklarda daha çok kullanılmaktadır. Dudak okumanın dezavantajı, konuşma sırasında dil ağızdan dışarı çıkmaktadır bu nedenle çocuk bazen dudak hareketini net olarak görememektedir. Çocuk dudak okuma yöntemi ile konuşulanların sadece %40'ını anlayabilir. Dudak okumada çocuğun anlamasını etkileyen diğer bir durum ise konuşulan ses tonu ve sesin yüksekliğidir. Normal ses tonu ile yavaş bir şekilde konuşma iyi anlaşılırken, abartılı ifadeler ritmi bozar ve konuşmanın anlaşılmasına yol açar. Konuşan kişinin sakal-bıyığının olması ve şiveli konuşması da dudak okumada anlaşılabilirliği bozan diğer durumlardır (Mills, 2012).

İşaret dilinde görsel uyaranlar ellerle verilerek konuşulan dil canlandırılır. İşaret dili dudak okumaya ek olarak çocuk ve bakım vericileri tarafından öğrenilmelidir. İpucu ile konuşma (cued speech) metodu nadiren kullanılan bir metot olup, 8 düzen ve 4 el pozisyonu ile dudak okumaya yardımcı olur. İpucu ile konuşmada söylenen kelimelerin çıkışındaki dudak hareketleri (tin ve sin kelimelerindeki gibi) benzerdir. İşitme bozukluğu olan çocukla iletişimde ışıklar (kapı ziline bağlı ışık sistemi gibi), kişiyi ses durumunda uyaracak eğitilmiş köpekler, TV'de alt yazı seçenekleri, telefonlarda sesli mesajın yazılı mesaj halinde alınması gibi farklı yöntemlerde kullanılabilir (Mills, 2012).

İşitme bozukluklarının tedavisinde kullanılan diğer metot ise işitmeye yardımcı araç kullanımıdır. İşitmeye yardımcı araçlar sesin yükseltilmesi metodunu kullanarak iletim tipi ve sensorinöral işitme kayıplarının tedavisinde yer alır. Pediatrik hastalarda işitmeye yardımcı araçlar kulak arkasına takılan (postaurikular), kulağın içinde olan (kulak kanalı ya da dış kulak kanalında), vücut içi araç şeklinde olabilen ya da gözlük aracı şeklinde olan tarzda olabilir. Sensorinöral işitme kayıplarının tedavisi biraz daha zordur ve kohlear implantlar kullanılır. Kohlear implamantların hem maddi anlamda hem de çocukta iletişim becerilerinin ilerlemesinde olumlu etkileri vardır. Kohlear implant on iki aydan önceki bebeklere de yapılması önerilse de genellikle 2-6 yaş arasındaki çocuklarda uygulanır. Çocuğun zihinsel yetersiz olması, kohlear implant takılmasına engel olmamalıdır. Kanser ve solunum sistemi bozukluklarına bağlı ciddi ilaç

tedavisi alan çocuklarda eğer ebeveynler kohlear implant takılmasına karşı çıkarsa/karşı çıkma ihtimalleri yüksekse, bu çocuklar kohlear implant tedavisi için aday olamayabilir. Eğer çocukta bilateral 8. kraniyal sinir aplazisi varsa bu çocuğa kohlear implant takılmaz (Mills, 2012).

İşitme sorunu olan çocuklar, özellikle işiten çocuklar ile oynayarak kendine güven ve yeterli duygusunu kazanır (Mills, 2012). İşitme yetersizliği olan çocuklara da normal çocuklar ile aynı eğitim hakkı verilmeli ve onlara uygun eğitim ortamları hazırlanmalıdır (Mills, 2012). Yapılan bir araştırmada çocukların işitme bozukluğu tanısı almalarından 24 ay sonra ebeveynlerde çocukları ile ilgili eğitim ve destek sistemleri konusunda anksiyete yaşadıkları belirlenmiştir (Meinzen-Derr, Lim, Choo, Buyniski and Wiley 2008). Bir başka çalışmada ise dört yaşında işitme ve konuşma sorunu olan çocukların ileride non-affektif psikoz riski taşıdığı bildirilmiştir (Fors, Abel, Wicks, Magnusson and Dalman 2013). Bu nedenle işitme bozukluğu olan çocuk ile iletişim son derece önemlidir.

Çocuk hemşireleri, işitme sorunu olan çocuk ve ailesi ile iletişimde aşağıdaki durumlara dikkat etmelidir (Klossner and Hatfield 2010; Mills 2012; Bryant 2013):

- Çocuğun hastanede kalma süreci boyunca, çocuğa bakım veren primer bakım verici de hastanede kalmalıdır.
- İşitme sorunu olan çocuklar bilinmedik ortam ve uygulamalardan, işitme sorunu olmayan çocuklara oranla daha fazla korkar ve anksiyete yaşar. İşlem öncesi çocuğa işlemin anlatılması, ortamın ve kullanılacak malzemelerin tanıtılması gibi uygulamalar mutlaka işitme sorunu olan çocuğa da yapılmalıdır.
- İşitme sorunu olan çocuğun odasının özellikle aydınlık olması ve gece odayı aydınlatacak bir gece lambasının açık olması son derece önemlidir. Çocuğun görüş alanı aslında onun iletişim alanıdır.
- İletişim sırasında çocuk ile eşit bir düzeyde olunacak ve göz teması kurulabilecek uygun bir pozisyonda durulmalıdır.
- Konuşan kişinin yüzü aydınlıkta olacak şekilde ortam ayarlanmalıdır.
- İletişime geçmeden önce çocuğun dikkati üzerimize çekilmeli ve çocuğun gözlerinin içine bakılmalıdır.
- Çocukla basit cümle yapıları ile yavaş ve normal bir ses tonunda konuşulmalıdır.

- Basit sorular sorarak çocuğun konuşulanları anlama durumu değerlendirilmelidir.
- Çevredeki sesler ve dikkat dağıtıcı durumlar ortadan kaldırılmalıdır.
- Konuşurken normal postür ve yüz ifadeleri kullanılmalıdır.
- Çocuk konuşurken rahat bir şekilde ellerini kullanabilmelidir.
- Resimler, eller, nesnelere gibi görsel materyaller kullanılmalıdır.
- Çocuğun konuşmasının anlaşılması zorsa öncelikle ne dediğinin anlaşılmasına çalışılması konusunda bireyler kendilerini geliştirmelidir. Bu süreçte ebeveynlerden çocuğun günlük yaşamında kullandığı temel sözcükler öğrenilmelidir. Ayrıca sözel olmayan iletişim malzemeleri (resim, fotoğraf gibi) de iletişimde yardımcı olur.
- Not alınmalıdır.
- Özellikle hastane ortamında işaret dili bilen bir tercüman bulundurulmalıdır.
- Eğer gece çocuğu uyandırmak gerekiyorsa işitme cihazını açma, hafifçe çocuğa dokunma, ışığı açma vb. yöntemler kullanılmalıdır.
- Çocuğa yönelik yapılan her girişimde çocuğun işlemi yapana görmesi sağlanmalıdır (örneğin bezini değiştirirken). Çünkü çocuk görmediği ya da dokunmadığı zaman ortamda birisinin varlığını bilemez ve korkar.
- Hastanede çocuğun diğer çocuklar ile iletişime geçmesi ve oyun oynaması için uygun ortamlar yaratılmalıdır.
- İşitme sorunu olan çocuğa kohlear implant takılacaksa hemşirelik girişimleri aşağıdaki doğrultuda olmalıdır;
 - ✓ Temel preoperatif ve postoperatif hemşirelik bakımı yapılır.
 - ✓ Tedaviye yanıtın izlenmesi, çocuğun sesi birleştirmesi, çocuğa sesi tanıttırmanın farklı metodlarının bulunması gereklidir.
 - ✓ Çocuğun ailesine dil ve konuşma terapisi ile ilgili eğitim alması konusunda danışmanlık yapılmalıdır.
 - ✓ Özel eğitim kaynakları, ebeveyn destek grupları, gerekli bilginin sağlanması için internet sistemlerinin sağlanması gibi ailenin toplumsal kaynaklara ulaşması desteklenmelidir.
 - ✓ Kohlear implanta bağlı olarak bakteriyel menenjit riski hakkında ebeveynlere eğitim verilmeli ve bağışıklamanın önemi vurgulanmalıdır.
- İşitmeye yardımcı diğer araçların kullanımı konusunda çocuk ve ailesi desteklenmelidir. Bu süreçte hemşirelik bakımı aşağıdaki danışmanlık ve bilgi verme süreçlerini kapsar:
 - İşitmeye yardımcı aletlerin açılması, ses ayarlaması ve kullanımı ile ilgili diğer konularda aileye bilgi verilmelidir. İşitmeye yardımcı araçlar arka fondaki ses ve konuşan kişinin sesini yükselttiği için bu durum çocukta rahatsız edici ya da kafa karıştırıcı olabilir. Bu süreçte uygun ses ayarı yapılması gerektiği gibi çocukta desteklenmelidir.
 - Isık sesi, işitmeye yardımcı aracın kulağa uygun yerleştirilmemesi ya da çok yüksek ses ayarından dolayı olur. Isık sesini engellemek için bakım vericiye kulak kalıbını etkili temizleme öğretilmeli, kulak kalıbı ile kulak arasında saç teli kalmayacak şekilde aleti kulak yolu ve kulağa uygun biçimde yerleştirmeyi bilmeli ve sesi kısmalıdır.
 - İşitmeye yardımcı aletlerin değişim sıklığı hakkında bilgi verilmelidir: İşitmeye yardımcı aletler çocuğun yaşı ve büyümesine göre belirli sürelerde yenilenmelidir. Dört yaşın altındaki çocuklarda bu süre her 3-6 ayda bir iken, dört yaşından sonra yılda bir çıkar.
 - İşitmeye yardımcı aletlerin temizliği hakkında bilgi verilmelidir: Kulak kalıbı, pipo temizleyici ya da diş fırçası ile temizlenebilen tek parçadır. Isı ve nem alete zarar verir.
 - İşitmeye yardımcı aletlerde bulunan pillerin kullanımı hakkında: Piller 100-150 saat kullanılabilir ve pil ömrünü uzatmak için alet kullanılmadığında kapatılması gerekir. Biten piller hemen değiştirilmelidir.
 - İşitmeye yardımcı aletler bütün tıbbi girişimlerde çıkartılmalıdır. Özellikle radyasyon uygulamasında alet radyasyondan ciddi zarar görür .

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuç olarak çocuğun en üst düzeyde büyüme ve gelişmesinde bir çok faktörle birlikte işitme duyusu da etkilidir. İşitme sorunu olan çocuğun erken tanınması ve tedavisine erken başlanması ve takibi çocuğun birçok alandaki gelişimini olumlu etkiler. Bu olumlu yansımanın oluşmasında sağlık personeli, çocuk ve aile ile etkili bir iletişim içinde olmasıyla mümkündür. Bu kapsamda ailenin bilgilendirilmesi ve işitme

sorunu olan çocuğa yönelik diğer kaynakların açıklanmasında çocuk hemşiresi önemli rol oynar. Ayrıca işitme sorunu olan çocuk ve ailesine yönelik hemşirelik bakımı verirken bu

çocukların bakımında yer alan özelliklerin farkında olması ve bu doğrultuda bakım vermesi önemlidir.

KAYNAKLAR

Alford RL, Arnos KS, Fox M, Lin JW, Palmer CG, Pandya A, et al. American College of Medical Genetics and Genomics Guidelines for the Clinical Evaluation and Etiologic Diagnosis of Hearing Loss. *Genetics in Medicine* 2014;16(4):347-55.

Bedel EF. Doğum ve Yenidoğmuş Bebek. In: Berk LE, editor. *Infants and Children: Prenatal Through Middle Children* (Erdoğan NI, Çeviri Editörü). Ankara. Nobel Yayıncılık; 2013. P.151-4.

Bryant R. Impact of Cognitive or Sensory Impairment on the Child and Family. In: Hockenbery MJ, Wilson D, Editors. *Wong's Essentials of Pediatric Nursing*. USA: Elsevier Inc. 9th Edition; 2013. p. 579-84.

Fors A, Abel KM, Wicks S, Magnusson C, Dalman C. Hearing and Speech Impairment At Age 4 And Risk of Later Non-Affective Psychosis. *Psychological Medicine* 2013;43:2067-76.

Gökçay G, Boran P, Çiprut A, Bağlam T. Çocukluk Dönemi İşitme Taramalarında Ülkemizde ve Dünyada Güncel Durum. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 2014;57:265-73.

Kalcioğlu MT, Selimoğlu E. Kulak, Burun, Ağız ve Boğazın Değerlendirilmesi. (In: Yakıncı C, Selimoğlu MA, Editörler. *Çocuk Hastalarda Klinik Tanı*.) Ankara. Akademisyen Tıp Kitabevi. İkinci baskı; 2013. p. 136-9.

Kırman A, Yıldırım Sarı H. İşitme Engelli Çocuk ve Adölesanların Sağlık Durumları. *Güncel Pediatri* 2011;9:85-92.

Klossner NJ, Hatfield NT. *Introductory Maternity and Pediatric Nursing*. China. Wolters Kluwer, Lipincott, Williams and Wilkins. Second Edition; 2010. p. 743-53.

Kurt G. Bebeklik ve Yürüme Çağında Bilişsel Gelişim. In: Berk LE, editor. *Infants and Children: Prenatal Through Middle Children* (Erdoğan NI, Çeviri Editörü). Ankara. Nobel Yayıncılık; 2013. p. 233-43.

Meinzen-Derr J, Lim LHY, Choo DI, Buyniski S, Wiley S. Pediatric Hearing Impairment Caregiver. Experience: Impact of Hearing Loss on Parental Stress. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology* 2008;72(11):1693-703.

Mills DA. Sensory Alterations. In: Potts NL, Mandleco BL, editors. *Pediatric Nursing Caring for Children and Their Families*. USA. Delmar Cengage Learning; 2012. p. 1149-87.

Özlüoğlu LN, Erbek HS. Kulak, Burun, Boğaz. In: Hay WW, Levin MJ, Sondheimer JM, Detering RR, editörler. *Current Diagnosis and Treatment Pediatrics*. (Saralioğlu F, Varan A, Yazıcı N, Köksoy ÖT, Çeviri Editörleri). Ankara. Güneş Tıp Kitabevi. 20. Baskı; 2013. p. 466-8.

Yıldırım Sarı H. Engelli Çocukların Hemşirelik Bakımı In: Conk Z, Başbakkal Z, Yılmaz BH, Bolışık B, editörler. *Pediatric Hemşireliği*. Ankara. Akademisyen Tıp Kitabevi; 2013. p. 874-83.

Süslü N. Konjenital ve Kazanılmış İşitme Kayıpları. In: Rudolph CC, Rudolph AM, Lister GE, First LR, Gershon AN, editors. *Rudolph Pediatrics* (Yurdakök M, Çeviri Editörü) Ankara. Güneş Tıp Kitabevi. 22. Baskı, 2. Cilt; 2013. p. 1309-11.

Varol F. Bebeklik ve Yürüme Çağında Fiziksel Gelişim. In: Berk LE, editor. *Infants and Children: Prenatal Through Middle Children* (Erdoğan NI, Çeviri Editörü). Ankara. Nobel Yayıncılık; 2013. p. 189-94.

DERLEME

CERRAHİ ALAN ENFEKSİYONLARININ ÖNLENMESİNDE AMELİYAT SÜRECİNDE NORMOTERMİNİN SAĞLANMASI*

Gül ÇAKIR**

Dilek ÇİLİNGİR***

Alınış Tarihi: 07.07.2017

Kabul Tarihi: 29.06.2018

ÖZET

Sağlıklı bir bireyin beden sıcaklığının 36-37.7°C olması normotermik olarak kabul edilmektedir. Normotermimin sürdürülemediği durumlarda sıklıkla hipotermi ve buna bağlı komplikasyonlar gelişebilmektedir. Başta cerrahi alan enfeksiyonu olmak üzere, yara iyileşmesinde gecikme, kanama, kardiyak sorunlar ve hastanede kalış süresinde uzama bu komplikasyonlar arasında yer almaktadır. Cerrahi hastasında normotermimin sürdürülmesini engelleyen birçok risk faktörü bulunmaktadır. Cerrahi süreçte hastanın beden sıcaklığına uygun, aktif ya da pasif ısıtma yöntemleri kullanılarak normotermi devam ettirilebilmekte ve hipotermi oluşumu önlenebilmektedir. Bu süreçte, hemşireler risk faktörlerini belirleyerek ve hastanın yakın izlemine yaparak hastanın güvenliğini sağlayabilmelidir. Ayrıca normotermimin sürdürülmesi, hipotermimin ve cerrahi alan enfeksiyonlarının önlenmesinde kanıt dayalı uygulamaların kullanılması hemşireler için yol gösterici olabilecektir.

Anahtar Sözcükler: Cerrahi alan enfeksiyonu; hipotermi; ısıtma; normotermi; cerrahi süreç.

ABSTRACT

Prevention of Surgical Site Infections During The Operative Process Maintain of Normothermia

It is considered normothermic that a healthy individual's body temperature is 36-37.7°C. Hypothermia and related complications can develop frequently in cases where normothermia can not be sustained. Especially surgical site infections, delays in wound healing, hemorrhage, cardiac problems, and prolonged hospital stay are among these complications. There are many risk factors that prevent the maintenance of normothermia in a surgical patient. The normothermia can be maintained in the perioperative period by using active or passive heating methods suitable for the body temperature of the patient, and the formation of hypothermia can be prevented. In this process, nurses should be able to ensure the safety of the patient by identifying risk factors and performing close monitoring of the patient. In addition, maintenance of normothermia, use of evidence-based practices in the prevention of hypothermia and surgical site infections may be indicative for nurses

Keywords: Surgical site infection; hypothermia; heating; normothermia; perioperative period.

GİRİŞ

Normotermi, sağlıklı bir bireydeki beden sıcaklığının 36-37.7°C aralığında sürdürülmesi şeklinde tanımlanmaktadır. Normotermimin sürdürülmesi normal hemostazinin sürdürülmesi için önemlidir (Gustafsson, Scott, Schwenk, Demartines, Roulin, Francis et al 2010; Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Derneği (TARD) 2013). Ancak cerrahi girişim geçiren hastalarda, özellikle uzamış cerrahi girişimler ve uzun süreli anesteziye maruz kalma hastalarda hipotermi oluşumuna neden olarak normotermimin sürdürülmesini engellemektedir.

Hipotermi (<36°C), cerrahi alan enfeksiyonları, miyokardiyal sorunlar ve kanama gibi komplikasyonlara neden olabilmektedir. Rehberlere göre, hipotermimin cerrahi alan enfeksiyonları için en önemli risk faktörü olduğu

bildirilmektedir (Centers for Disease Control and Prevention 2009; De Lissovoy, Fraeman and Hutchins 2009; Implementation Guide for Surgical Site Infection 2013). Hipotermi birçok olumsuz duruma neden olsa da aktif ısıtma ile önlenebilmektedir. Bu nedenle, sağlık profesyonellerinin hipotermimin yan etkileri, önlenmesi ve normotermimin sağlanmasında yararlanılan ısıtma yöntemleri konusunda bilgilendirilmesi cerrahi hastasının güvenliğini sağlamada yardımcı olacaktır (Gustafsson, Scott, Schwenk, Demartines, Roulin, Francis et al 2010; TARD 2013).

NORMOTERMİ ve HİPOTERMİ

Birey, beden sıcaklığını kendisi düzenleyebilen homeotermik bir organizmadır. Yaşamsal bir ölçüt olan merkezi beden sıcaklığı, hipotalamik termoregülatör (ısı düzenleyici)

* Bu çalışma, 4-7 Mayıs 2017 tarihleri arasında Rodos'ta gerçekleştirilen 8th EORNA (European Operating Room Nurses Association) Congress (The Colossus of Perioperative Nursing) poster bildiri olarak sunulmuştur.

**Sorumlu yazar: Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Trabzon (Arş.Gör.), Orcid ID: 0000-0003-3805-2271, e-posta: gul_1414@hotmail.com

***Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Trabzon (Doç. Dr.), Orcid ID: 0000-0002-0660-8426, e-posta: dilekcilingir@yahoo.com

merkez tarafından fiziksel (radyasyon, konveksiyon vb.) ve kimyasal (vazokonstriksiyon, kasların etkinliğinin artması vb.) sistemlerle düzenlenir. Sağlıklı bir bireyde beden sıcaklığı 36-37.7°C' olup, bu sıcaklık değerleri normotermik olarak kabul edilir (Gustafsson, Scott, Schwenk, Demartines, Roulin, Francis et al 2010; TARD 2013; Association of Surgical Technologist (AST) 2015; Wong, Kumar, Bohra, Whetter and Leaper 2007; Scott and Buckland 2006).

Bedendeki ısı kontrolü hipotalamus tarafından gerçekleştirilmekte ve normal koşullarda 0.2°C'lik tepki aralığında bulunmaktadır. Termoregülasyon mekanizmasının yanıt oluşturamadığı 36.7-37.1°C aralığında olan merkezi sıcaklık, ısı kaybı ve ısı üretimi dengelendiğinde sabit kalmaktadır. Anestezi altında baskılanmış hipotalamusun tepki aralığı 4°C'ye çıkar ve bu aralıktaki sıcaklık değişimlerine beden tepki veremez. Uzun süren anestezide beden termoregülasyon sistemi ancak 3-4°C'lik sıcaklık kaybı yaşandıktan sonra devreye girer (AST 2015; Wong, Kumar, Bohra, Whetter and Leaper 2007; Scott ve Buckland 2006; Infection Control Today 2010). Termoregülatör merkezde herhangi bir sorun olmasa bile, ısının aşırı üretiminin ya da kaybının az olması hipertermiye (>37.5°C); ısı kaybının ısı üretiminden daha fazla olması ise hipotermiye (<36°C) neden olur. Hipotermi, anesteziden bir saat önce başlayıp, ameliyat sonrası döneme (anestezi sonrası ilk 24 saat) kadar geçen süre içinde beden sıcaklığının 36°C'nin altına düşmesi olarak tanımlanmaktadır (TARD 2013; Infection Control Today 2010; Sajid, Shakir, Khatri and Baig 2009).

Nöroaksiyal blok altında gerçekleştirilen cerrahi işlemler, vazodilatasyona neden olarak daha fazla ısı kaybına neden olur. Ayrıca nöroaksiyal blok titreme ile birlikte ısı üretimini de baskılar ve hipotermi (34.5-35.5°C) blok ortadan kalkana kadar devam eder. Santral blok ile uygulanan genel anestezi altındaki hastalarda daha derin hipotermi (34.5°C) görülür. Her iki anestezi yöntemi beden sıcaklığının 1°C düşmesine neden olur (De Mattia, Barbosa, Rocha, Farias, Santos and Santos 2012; Steelman, Perkhounkova and Lemke 2015).

CERRAHİ HASTASINDA HİPOTERMİ RİSKİNİ ARTIRAN FAKTÖRLER

Cerrahi hastasında hipotermi görülme sıklığı %50-90 arasında değişmektedir. Yive ve ark. cerrahi girişim sırasında hastaların %39.9'unda hipotermi geliştiğini saptamıştır

(Yüksel ve Uğraş 2016; Karaaslan ve Öztürk 2009; Constantine, Kenkel, Hein, Cortez, Anigian, Davis et al. 2015).

Ameliyat sürecinde hipotermi gelişimine neden olan birçok risk faktörü bulunmaktadır (AST 2015; Infection Control Today 2010; Aksu, Kuş, Gürkan, Solak ve Toker 2014; Hooper, Chard, Clifford, Fetzer, Fossum, Godden et al. 2007; Hart, Bordes, Hart, Corsino and Harmon 2011; Köksal, Dikmen, Utku, Ekici, Erbabacan, Alkan ve ark. 2013). Bu risk faktörleri;

- İnfantlar ve 70 yaşın üstünde olma,
- Kadın olma,
- Travma ve yanık,
- Sistolik kan basıncının 140 mmHg'den fazla olması,
- ASA sınıflamasının II ve üzerinde olması,
- Ameliyat sürecinde beden sıcaklığı 36°C'nin altında olması,
- Büyük ve orta dereceli cerrahi girişim geçirecek olma,
- Eşlik eden kalp ve damar hastalığı, anemi ve diyabet öyküsü,
- Sedasyon ve premedikasyon uygulaması,
- Kombine bölgesel ve genel anestezi uygulanması,
- Soğuk gazlarla yapay ventilasyon, fazla miktarda irrigasyon, soğuk intravenöz sıvıların ve kan/kan ürünlerinin uygulanması,
- Ciddi konveksiyon,
- Fazla miktarda sıvı ve kan kaybı,
- Isı ve nem aktarma cihazının ya da virüs filtrelerinin olmaması,
- Beden kütle indeksi (BKİ) 25'in altında olma,
- Ameliyat sonrası hastanın kıyafetlerinin giydirilmemesidir.

Soğuk ameliyat odası ve yatak, yetersiz giysiler ve hasta ısıtmasının yetersiz olması normotermiminin sürdürülmesini engelleyerek hipotermi oluşumuna neden olmaktadır. Amerikan Perianestezi Hemşireler Birliği'ne (American Society of Perianesthesia Nurses; ASPAN) göre, hastalar ameliyat odasına geldiklerinde odanın sıcaklığının 21°C olması, istenmeyen hipotermi gelişimini azaltabilmektedir. Ayrıca hastanın uygun yöntemlerle ısıtılmasının ısı kaybını azalttığı kadar, hastanın konforunu da artıracığı belirtilmektedir (Burns, Wojnakowski, Piotrowski and Caraffa 2009).

Bölgesel anestezide, periferik sinir bloğu ısı kaybının en önemli nedenidir. Bölgesel anestezi vazokonstriksiyon yeteneğini azaltırken, genel ve bölgesel anestezi kombinasyonu ise cerrahi hastasında hipotermiye en önemli nedenleri olarak belirtilmektedir.

Majör cerrahi, büyük boşluklarda gerçekleşen açık ve uzamış ameliyatlarda ısı kaybını artırmakta (TARD 2013; Scott and Buckland 2006; Hooper, Chard, Clifford, Fetzer, Fossum, Godden et al. 2007; Appraisal of Guidelines Research Evaluation 2009), soğuk ve kuru anestetik gazların uygulanması perioperatif hipotermi gelişimine neden olmaktadır. Isı kaybının %60'ını oluşturan radyasyon ameliyat odasında beden sıcaklığını azaltan önemli bir kaynaktır. Anestetik ajanların inhale edilmesi, termoregülasyonu engelleyerek genel anestezi süresince periferik vazodilatasyonun artmasına neden olabilmektedir (Hooper, Chard, Clifford, Fetzer, Fossum, Godden et al. 2007).

CERRAHİ HASTASININ ISITILMASINDA KULLANILAN YÖNTEMLER

Bedenin ısınması ısı kaybını azaltır ve bedenin genel ısı içeriğini artırır; redüstrübyona (dağılım hipotermisi) bağlı olarak sıcaklıktaki ilk düşüştü sonra anestezi indüksiyonu azalır. Bu nedenle, cerrahi hastasının beden sıcaklığı cerrahi girişim öncesinde, anestezi uygulamasından önce ve cerrahi girişim sırasında her 30 dakikada bir ölçülmelidir (TARD 2013; Infection Control Today 2010; Torossian, Brauer, Höcker, Bein, Wulf and Horn 2015).

Ameliyathane Hemşireleri Derneği (Association of Operation Room Nurses; AORN), cerrahi hastalarında hipotermi gelişimini önlemede, uygun ısıtma yöntemlerinin kullanımının önemini vurgulamıştır (Yüksel ve Uğraş 2016). Ölçülen beden sıcaklık değerine göre normotermiyi sağlamak ve hipotermiyi önlemek amacıyla aktif ya da pasif ısıtma yöntemleri kullanılabilir.

• **Pasif ısıtma yöntemleri:** Beden sıcaklığı 36°C ve üzerinde olan hastalara hipotermiyi önlemek amacıyla uygulanır. Pamuklu-yünlü battaniyeler, çoraplar ve başlıklar, cerrahi örtüler, metal katkılı plastik örtüler, ortam sıcaklığını artırmak, önceden ısıtılmış yataklar ve termoflect gibi yalıtım materyalleri kullanılarak ısı kaybı %30'a kadar azaltılabilir (TARD 2013; Scott Buckland 2006).

• **Aktif ısıtma yöntemleri:** Sıcak hava üfleli cihazlar (forced-air) ve battaniyeler,

karbon lifli battaniye, iletken karbon fiber yatak, IV sıvı ve irrigasyon sıvı ısıtıcıları, kan ve kan ürünleri ısıtıcıları, içinde sıcak su dolaşan giysiler ve yataklar, radyant ısıtıcılar ve jel pet yüzey ısıtıcılarıdır (TARD 2013; Infection Control Today 2010; Patient Safety First 2009).

AMELİYAT SÜRECİNDE HİPOTERMİYE BAĞLI GELİŞEBİLECEK KOMPLİKASYONLAR

Ameliyat sürecinde cerrahi hastasının uygun yöntemlerle ısıtılmaması hipotermiye ve buna bağlı olumsuz sonuçlara neden olabilmektedir. Bunlar (TARD 2013; Scott and Buckland 2006);

- Hipnotik ilaçlar ve nöromusküler blokerlerin etki süresi uzar,
- Ameliyat sırasında kan kaybı artışı nedeni ile kan transfüzyonu gereksinimi artar,
- Mortaliteyi arttırabilecek kalp sorunları gelişebilir,
- Anestezi sonrası derlenme süresi uzar,
- Titreme gelişmesi sonucu oksijen tüketimi artar ve hastaların termal konforu bozulur,
- Cerrahi alan enfeksiyonlarının gelişmesi kolaylaşır,
- Ameliyat sonrası bulantı ve kusma insidansı artar,
- Hastanede yatış süresi uzar ve maliyet artışı olur.

NORMOTERMİNİN SAĞLANMASI VE CERRAHİ ALAN ENFEKSİYONLARININ ÖNLENMESİ

Amerikan Hastalıkları Kontrol ve Önleme Merkezi'ne (Centers for Disease Control and Prevention; CDC) göre cerrahi alan enfeksiyonları; cerrahi girişimi izleyen 30 ya da 90 gün içinde gelişebilen ve ameliyat bölgesinde gözlenen enfeksiyonlar olarak tanımlanmaktadır. Enfeksiyon kontrol uygulamalarına yönelik farkındalık artmış olmasına karşın, cerrahi alan enfeksiyonları ameliyat sonrası dönemde en sık karşılaşılan sorunlar arasında yer almaktadır (Savage and Anderson 2013).

Sağlık Bakımını Geliştirme Enstitüsü (Institute for Healthcare Improvement; IHI) ve Cerrahi Alan Enfeksiyonu Uygulama Rehberi'ne (Implementation Guide for Surgical Site Infection; SSI) göre, hipotermi cerrahi alan enfeksiyonlarında risk faktörü olarak kabul edilmiştir (Implementation Guide for Surgical Site Infection 2013; Aygin ve Marul 2016; Yılmaz, Bayazıt ve Erdiç 2014; Surgical Site Infection 2013). Cerrahi alan enfeksiyonlarını önlemek için en az 60 dakikalık anestezi alan

cerrahi hastalarda perioperatif normoterminin sürdürülmesi gerektiği saptanmıştır (Anderson, Podgorny, Berrios-Torres, Bratzler, Dellinger, Greene et al. 2014). Ayrıca Cerrahi Bakım Geliştirme Projesi'ne (Surgical Care Improvement Project; SCIP) göre, hasta ameliyathaneden ayrıldıktan sonraki ilk 15 dakika içinde normotermiyi sağlamanın cerrahi alan enfeksiyonunu önlemede önemli rol oynadığını belirtmiştir (Sajid, Shakir, Khatri and Baig 2009; Stevens 2011).

Birçok rehberde, merkezi sıcaklıkta oluşan 1.9°C'lik azalma ve beden sıcaklığının azalmasına bağlı olarak, cerrahi alan enfeksiyonu riskini üç kat arttığı belirtilmektedir (Infection Control Today 2010; Patient Safety First 2009). Billeter ve ark., beden sıcaklığı 35°C altında olan cerrahi hastalarında sepsis, yara enfeksiyonu ve inme gibi komplikasyonların görülme oranının iki kat, mortalite oranının ise dört kat daha yüksek olduğunu saptamıştır (Billeter, Hohmann, Druen, Cannon and Polk 2014). Farklı çalışmalardan elde edilen sonuçlara göre, cerrahi girişim sonrası ikinci ve üçüncü saatlerde beden sıcaklığının 35°C'nin altında olmasının cerrahi alan enfeksiyonu riskini üç kat artırdığı bildirilmektedir (AST 2015; Steelman, Perkhounkova and Lemke 2015; Karaaslan ve Öztürk 2009; Torossian, Brauer, Höcker, Bein, Wulf and Horn 2015).

Hipotermi nötrofil fonksiyonunu doğrudan bozarak ya da vazokonstriksiyonu tetikleyerek; oluşan doku hipoksisi ile cerrahi alan enfeksiyonu insidansının artmasına neden olmaktadır. Ayrıca hipotermi granülosit aktivasyonunu bozarak postoperatif yara enfeksiyonu riskini de artırmaktadır (Hart, Bordes, Hart, Corsino and Harmon 2011; Torossian, Brauer, Höcker, Bein, Wulf and Horn 2015). Özellikle hipotermiye maruz kalan kolesistektomi ve kolon rezeksiyonu hastalarında cerrahi alan enfeksiyonunun önemli derecede arttığı saptanmıştır (Hart, Bordes, Hart, Corsino and Harmon 2011).

Hipotermi yara enfeksiyonu gelişiminde risk faktörü olarak tanımlanmaktadır. Ayrıca, ameliyat sürecinde normoterminin sağlanmasının, cerrahi alan enfeksiyonları oluşumunu azalttığı belirtilmektedir (Dickson, Yakub, Cheung 2014; Seamon, Wobb, Gaughan, Kulp, Kamel and Dempsey 2012; Baucom, Phillips, Ehrenfeld, Muldoon, Poulouse, Herline et al. 2015). Bu nedenle, hastaların ameliyat sürecinde hipotermiye ilişkin risk faktörlerinin belirlenmesi ve normoterminin sürdürülmesine

yönelik girişimlerin kanıta dayalı uygulamalarla desteklenmesi komplikasyonların önlenmesi, hastaya verilen bakımın kalitesinin artırılması ve hasta iyileşmesinin hızlandırılması için oldukça önemlidir (Baucom, Phillips, Ehrenfeld, Muldoon, Poulouse, Herline et al. 2015).

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 2009 yılında yayınladığı Güvenli Cerrahi Rehberi'ne (Guidelines for Safe Surgery) göre; cerrahi süresince normoterminin sürdürülmesi ameliyat sonrası cerrahi alan enfeksiyonu insidansını azaltmak için amaçlanan on adımdan biri olarak ifade edilmektedir (Aygün ve Marul 2016; Baucom, Phillips, Ehrenfeld, Muldoon, Poulouse, Herline et al. 2015).

Bu nedenle rehberlerde, normoterminin sürdürülmesi sürecinde dikkat edilmesi gereken bazı hususlar bulunmaktadır (Gustafsson, Scott, Schwenk, Demartines, Roulin, Francis et al 2010; Implementation Guide for Surgical Site Infection 2015; Anderson, Podgorny, Berrios-Torres, Bratzler, Dellinger, Greene et al. 2014; Baucom, Phillips, Ehrenfeld, Muldoon, Poulouse, Herline et al. 2015). Bu hususlar;

1. Normotermi ameliyat sürecinde sürdürülmelidir (Kanıt Düzeyi I) (Anderson, Podgorny, Berrios-Torres, Bratzler, Dellinger, Greene et al. 2014)

• Orta derecede hipotermi bile cerrahi alan enfeksiyonu riskini artırmaktadır.

• Hipotermi nötrofil fonksiyonları doğrudan ya da dolaylı olarak engelleyerek vazokonstriksiyonu tetikler ve doku hipoksisine neden olur.

• Hipotermi yara hematomlarına neden olarak, kan kaybını ve transfüzyon ihtiyacını artırarak cerrahi alan enfeksiyonu riskini artırabilir.

• Perioperatif ısıtma ile cerrahi alan enfeksiyonları ve intraoperatif kan kaybı azaltılabilir.

2. Ameliyat sırasında normotermi uygun ısıtma yöntemleri (sıcak hava üflemleri battaniyeler ve aletler, içinde sıcak su dolaşan su giysileri sistemi gibi) ile sürdürülmeli ve ılık intravenöz sıvılar rutin olarak kullanılarak beden sıcaklığı >36°C tutulmalıdır (Kanıt Düzeyi: Yüksek, Öneri Düzeyi: Güçlü) (Gustafsson, Scott, Schwenk, Demartines, Roulin, Francis et al 2010; Lassen, Coolson, Slim, Carli, de Aguilar-Nascimento, Schafer et al. 2012, World Health Organization. Guidelines for Safe Surgery 2009).

• Büyük abdominal cerrahi süresince normoterminin sürdürülmesi yara enfeksiyonu

prevelansını, kanama ve transfüzyon gereksinimini azaltmakta, ameliyat sonrası iyileşmeyi hızlandırmaktadır.

• İçinde sıcak su dolaşan giysilerin kullanımı ile yapılan ısıtmanın sıcak hava üfleme sistemlerinden daha iyi sıcaklık kontrolü yaptığı belirtilmektedir.

3.Major abdominal cerrahi süresince hipotermi önlenmesi, yara enfeksiyonlarını, kardiyak komplikasyonları ve kan transfüzyonuna olan ihtiyacı azaltmaktadır (Lassen, Coolsen, Slim, Carli, de Aguiar-Nascimento, Schafer et al. 2012).

• Perioperatif normotermi karaciğer rezeksiyonu süresince sürdürülmelidir (Kanıt Düzeyi: Orta, Öneri Düzeyi: Güçlü) (Melloul, Hübner, Scott, Snowden, Prentis, Dejong et al. 2016).

• Perioperatif komplikasyonların önlenmesi için rektal cerrahi sürecinde ve ameliyat sonrasında hastaların beden sıcaklıkları takip edilmelidir (Kanıt Düzeyi: Yüksek, Öneri Düzeyi Güçlü) (Nygren, Thacker, Carli, Fearen, Norderval, Lobo et al. 2013).

4.Genel anestezi indüksiyonu öncesi yapılan ısıtma ameliyat sürecinde hipotermiyi önlemektedir (Kanıt Düzeyi A) (Torossian, Brauer, Höcker, Bein, Wulf, Horn 2015).

AMELİYAT SÜRECİNDE NORMOTERMİNİN SAĞLANMASINA İLİŞKİN GENEL ÖNERİLER

Ameliyat sürecinde hastanın beden sıcaklığının korunması ve sürdürülmesi komplikasyonların önlenmesi için oldukça önemlidir. Bu süreçte yapılması gereken öneriler yer almaktadır.

1. Ameliyat Öncesi Dönem

• Hasta kliniğe kabulünün ardından, beden sıcaklığı ölçülmeli, hastaya ait risk faktörleri belirlenmelidir.

• Hasta odasının sıcaklığı 24°C ya da üzerinde olmalıdır.

• Riskli ve premedikasyon uygulanmış hastalara dikkat edilmelidir.

• Hastalar ameliyat için klinikten ayrılırken beden sıcaklığının 36°C ve üzerinde olmasına dikkat edilmelidir (TARD 2013; Infection Control Today 2010; Hooper, Chard, Clifford, Fetzer, Fossum, Godden et al. 2011; Savage and Anderson 2013; Karacabay 2016).

2. Ameliyat Sırası Dönem

• Ameliyat sürecinde hastaların beden sıcaklıkları en az 37°C'ye yakın tutulmalıdır.

• Hastanın beden sıcaklığı 36°C ve üzerinde olmadan anesteziye başlanmamalıdır.

• Beden sıcaklığı 36°C'nin üzerinde olan hastalarda ısı kaybı pasif ısıtma ile önlenmeli, 36°C'nin altında olan hastalara ise aktif ısıtma uygulanmalıdır. Ön ısıtma, merkezi ve periferik sıcaklık arasındaki farkı azaltarak dağılım hipotermisini önler, periferik venöz kateterin takılmasını kolaylaştırır, titremeyi azaltır ve hastanın konforunu artırır. Ekstremitelerin örtülmesi periferik sıcaklığın korunmasını sağlayarak, ameliyat masası ve şiltenin ısıtılması da kondüksiyon ile ısı kaybını önler.

• Otuz dakikadan uzun süren ameliyatlarda beden sıcaklığı monitörize edilmeli ve mümkünse beden sıcaklığı özofagusun alt ucundan takip edilmelidir.

• Ameliyathanenin ortam sıcaklığı 21°C'nin üzerinde tutulmalıdır.

• Hastalara 1000 mL'nin üzerinde sıvı, kan ve kan ürünü uygulanacaksa özel ısıtıcılar ile sıcaklık 37°C çıkarılmalıdır.

• Beden sıcaklığı 37°C çıkarıldığında aktif ısıtma sonlandırılmalıdır.

• Riskli hastalar 30 dakikadan daha kısa girişim geçirecek dahi olsalar aktif olarak ısıtılmamalıdır.

• Hastalara kullanılacak olan yıkama sıvıları 38-40°C'ye kadar ısıtılmalıdır (TARD 2013; Infection Control Today 2010; Hooper, Chard, Clifford, Fetzer, Fossum, Godden et al. 2011; Savage and Anderson 2013; Karacabay 2016).

3. Ameliyat Sonrası Dönem

• Hastanın beden ısısı normale dönene kadar her 15 dakikada beden sıcaklığı ölçülmelidir.

• Hastaların sıcaklığı 36°C'nin üzerinde olmadan kliniğe transfer edilmemelidir.

• Beden sıcaklığı 36°C'den düşük olan hastalara sıcak hava üfleme sistemleri ve battaniyeler kullanılarak aktif ısıtma uygulanmalıdır.

• Kliniğe transferi gerçekleşen hastaların beden sıcaklığı kontrolleri postoperatif hasta izlemi kapsamında gerçekleştirilmelidir.

• Hastaların beden sıcaklığının timpanik yolla ölçülmesi önerilmektedir (TARD 2013; Infection Control Today 2010; Hooper, Chard, Clifford, Fetzer, Fossum, Godden et al. 2011; Savage and Anderson 2013; Karacabay 2016).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuç olarak ameliyat olacak hastada normoterminin sağlanması, ameliyat sürecinde fizyolojik fonksiyonların sürdürülmesi için önemlidir (TARD 2013; Scott and Buckland 2006; Infection Control Today 2010; Steelman, Perkhounkova and Lemke 2015). Ameliyat sürecinde yaşanan hipotermi, ameliyatın sonuçlarını ve postoperatif süreci olumsuz yönde etkilemektedir. Bu nedenle, hipotermiye bağlı gelişebilecek komplikasyonlar yönünden hastalar gözlemlenmelidir. Cerrahi hastasında normoterminin sürdürülmesinde, özellikle

hipotermimin neden olduğu cerrahi alan enfeksiyonları riskini en aza indirmek için riskli hastalar uygun ısıtma yöntemleri kullanılarak ısıtılmalıdır. Böylelikle hipotermi kaynaklı sorunlar önlenerek, iyileşme süreci hızlanır, hasta konforu artar ve hastane maliyeti azalır. Cerrahi hemşiresi, ısı dengenin sağlanması konusunda risk faktörlerini, hipotermi belirti ve bulgularını değerlendirmeli ve hastanın beden sıcaklığını yakından izleyerek, gerektiğinde uygun ısıtma yöntemlerini uygulayabilmelidir.

KAYNAKLAR

AGREE. Appraisal of Guidelines, Research, Evaluation. Available at: <http://www.agreecollaboration.org/>, 2009.

Aksu A, Kuş A, Gürkan Y, Solak M, Toker K. Kocaeli Üniversitesi Ameliyathanesi Postoperatif Hipotermi İnsidansı Araştırması. Turk J Anaesth Reanim 2014; 42:66-70.

Anderson DJ, Podgorny K, Berríos-Torres, SI, Bratzler DW, Dellinger EP, Greene, Kaye KS. Strategies to Prevent Surgical Site Infections in Acute Care Hospitals: 2014 Update. Infection Control & Hospital Epidemiology 2014;35(6): 605-27.

Association of Surgical Technologist (AST). AST Guideline Statement for The Maintenance of Normothermia in The Perioperative Patient. Erişim:http://www.ast.org/uploadedFiles/Main_Site/Content/About_Us/Guideline__Normothermia.pdf, 2015.

Aygin D, Marul F. Cerrahi Alan Enfeksiyonu Tanımlarında Yenilikler ve Ameliyat Öncesi Tümmizliğinde Güncel Uygulamalar. Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi 2016; 1(3): 28-36.

Baucom RB, Phillips SE, Ehrenfeld JM, Muldoon RL, Poulouse BK, Herline AJ, Geiger TM. Association of Perioperative Hypothermia During Colectomy with Surgical Site Infection. JAMA Surgery 2015; 150(6): 570-75.

Billeter AT, Hohmann SF, Druen D, Cannon R, Polk HC JR. Unintentional Perioperative Hypothermia is Associated with Severe Complications and High Mortality in Elective Operations Surgery 2014;156(5):1245-52.

Burns SM, Wojnakowski M, Piotrowski K, Caraffa G. Unintentional Hypothermia: Implications for Perianesthesia Nurses. Journal of PeriAnesthesia Nursing 2009; 24(3): 167-176.

Centers for Disease Control and Prevention. FAQs About Surgical Site Infections. http://www.cdc.gov/HAI/pdfs/ssi/SSI_tagged.pdf Accessed 7/11/12, 2009.

Constantine RS, Kenkel M, Hein RE, Cortez R, Anigian K, Davis KE, Kenkel JM. The impact of Perioperative Hypothermia on Plastic Surgery Outcomes: A Multivariate Logistic Regression of 1062 Cases. AnesthetSurg J 2015; 35(1): 81-8.

De Lissovoy G, Fraeman K, Hutchins V. Surgical Site Infection: Incidence and Impact on Hospital Utilization and Treatment Costs. Am J infect Control 2009; 37(5):387-97.

De Mattia AL, Barbosa MH, Rocha, M, Farias H L, Santos CA, Santos DM. Hypothermia in Patients During The Perioperative Period. Revista da Escola de Enfermagem da USP 2012; 46(1): 60-6.

Dickson MJ, Yakub R, Cheung K. There Must Be More To Surgical Wound Infection Prevention Than Antibiotic Prophylaxis Alone. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology 2014; 121(12): 1575-6.

Gustafsson UO, Scott M J, Schwenk W, Demartines N, Roulin D, Francis N, Hill A. Guidelines For Perioperative Care In Elective Colonic Surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society Recommendations. World Journal of Surgery 2010; 37(2): 259-284.

Implementation Guide for Surgical Site Infection. The Military Health System's Partnership for Patients Campaign, 2013. file:///C:/Users/HBYS/Downloads/SSI_Guide_Final.pdf

Hart SR, Bordes B, Hart J, Corsino D, Harmon D. Unintended Perioperative Hypothermia. The Ochsner Journal 2011; 11(3):259-70

Hooper VD, Chard R, Clifford T, Fetzer S, Fossum S, Godden B, Peterson C. ASPAN's Evidence-Based Clinical Practice Guideline For The Promotion of Perioperative Normothermia. Journal of PeriAnesthesia Nursing 2009; 22 (5): 271-87.

Infection Control Today. The essentials of maintaining patients normothermia. Erişim:<http://www.infectioncontroltoday.com/articles/2010/02/the-essentials-ofmaintaining-patient-normothermi.aspx>, 2010.

- Karacabay K.** Normoterminin Sağlanması. Türkiye Klinikleri Journal of Surgical Nursing-Special Topics 2016; 2(2): 33-8.
- Karaaslan D, Öztürk S.** Anestezi Sonrası Titreme ve Termoregülasyon. Türkiye Klinikleri J Anest Reanim 2009; 7(2):98-104.
- Köksal GM, Dikmen Y, Utku T, Ekici Erbabacan E, Alkan F, Akarçay H.** Perioperatif Hasta Sıcaklık Takibi ve Isıtılması: Anket Çalışması. Turk J Anaest Reanim 2013; 41:149-55.
- Lassen K, Coolson MM, Slim K, Carli F, de Aguiar-Nascimento JE, Schafer M, Braga M.** Guidelines for Perioperative Care for Pancreaticoduodenectomy: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society Recommendations. Clinical Nutrition 2012; 31(6): 817-30.
- Nygren J, Thacker J, Carli F, Fearon KCH, Norderval S, Lobo DN, Ljungqvist O, Soop M, Ramirez J.** Guidelines For Perioperative Care in Elective Rectal/Pelvic Surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society Recommendations. Clinical Nutrition 2012; 31(6), 801-816.
- Patient Safety First.** The 'How to' guide for reducing harm in perioperative care, 2009.
- Sajid MS, Shakir AJ, Khatri K, Baig MK.** The Role of Perioperative Warming in Surgery: A Systematic Review. Sao Paulo Med J 2009; 127: 231-7.
- Savage JW, Anderson PA.** An Update on Modifiable Factors to Reduce The Risk of Surgical Site Infections. The Spine Journal 2013; 13(9): 1017-29.
- Scott EM, Buckland R.** A Systematic Review of Intraoperative Warming to Prevent Postoperative Complications. AORN J 2006; 83(1090-1104):1107-1113.
- Seamon MJ, Wobb J, Gaughan JP, Kulp H, Kamel I, Dempsey DT.** The Effects of Intraoperative Hypothermia on Surgical Site Infection: an Analysis of 524 Trauma Laparotomies. Ann Surg 2012; 255:789-795.
- Steelman VM, Perkhounkova YS, Lemke JH.** The Gap Between Compliance with The Quality Performance Measure "Perioperative Temperature Management" and Normothermia. J Healthc Qual. 2015; 37(6):333-41.
- Stevens MH.** Forced-Air Warming: an Effective Tool in Fighting SSI. <http://www.infectioncontrolday.com/articles/2011/03/forced-air-warming-an-effective-tool-in-fighting-ssi.aspx>, 2011.
- Surgical Site Infection (SSI).** Event <http://www.cdc.gov/nhsn/PDFs/pscManual/9pscSSICurrrrent.pdf>.
- Torossian A, Brauer A, Höcker J, Bein B, Wulf H, Horn EP.** Preventing Inadvertent Perioperative Hypothermia. Dtsch Arztebl Int 2015; 112(10): 166-72.
- Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Derneği (TARD).** İstenmeyen Perioperatif Hipoterminin Önlenmesi Rehberi. Turk J Anaesth Reanim 2013; 41:188-90.
- Yılmaz GR, Bayazıt NF, Erdiñç Ş.** Cerrahi alan infeksiyonları (SSI). FLORA 2014; 19(4):145-156.
- Yi J, Xiang Z, Deng X, Fan T, Fu R, Geng W.** Incidence of Inadvertent Intraoperative Hypothermia and Its Risk Factors in Patients Undergoing General Anesthesia in Beijing: A Prospective Regional Survey. PLoS One. 2015; 10(9):e0136136.
- Yüksel S, Uğraş GA.** Cerrahi Hastasında Hipotermi Gelişimini Önlemede Hemşirenin Rolü. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2016; 9(2): 113-21.
- Wong PF, Kumar S, Bohra A, Whetter D, Leaper DJ.** Randomized Clinical Trial of Perioperative Systemic Warming in Major Elective Abdominal Surgery. Br J Surg 2007; 94:421e6.
- World Health Organization.** Guidelines for Safe Surgery: Safe Surgery Saves Lives. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2009.
- Melloul E, Hübner M, Scott M, Snowden C, Prentis J, Dejong CH, Clavien PA.** Guidelines for Perioperative Care For Liver Surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society Recommendations. World Journal of Surgery 2016; 40(10): 2425-40.

YAZIM KURALLARI

Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 3 ayda bir olmak üzere yılda 4 kez yayınlanır. Yayın dili Türkçe ve İngilizce'dir. Dergide hemşireliğin tüm alanları ile ilgili bilimsel araştırma ve derleme yazılara yer verilir.

Dergide yayınlanmak üzere sunulan yazılar daha önce hiçbir yerde yayınlanmamış ve yayınlanmak üzere kabul edilmemiş olmalıdır. Eğer makalede daha önce yayımlanmış;; alıntı yazı, tablo, resim vs. mevcut ise makale yazarı, yayın hakkı sahibi ve yazarlarından yazılı izin almak ve bunu makalede belirtmek zorundadır. Kongre ya da sempozyumda sunulmuş olan çalışmalarda bu durum ilk sayfada dipnot olarak belirtilmelidir.

Yazım kuralları ile ilgili gerekli görülen düzeltmeler editör ya da hakemler tarafından yapılabilir. Düzeltme için geri gönderilen yazılarda, hakemlerin ve editörün istemleri dışında değişiklikler yapılamaz.

Yazım kurallarına uygun olarak yazılmayan yazılar yayınlanamaz. Dergide yayınlanan yazılar için yazarlara bir ücret ödenmez. Yayınlanmak üzere dergiye sunulan yazılar yayınlansın yayınlanmasın geri gönderilmez. Ancak düzeltme istenen yazılar düzeltmenin yapılmasını sağlamak amacıyla geri gönderilebilir.

Dergide yayınlanan yazıların sorumluluğu yazı sahiplerine aittir. Yayınlanan yazılardan kaynak gösterilmek koşulu ile alıntı yapılabilir.

Bütün makaleler <http://dergipark.gov.tr/ataunihem> adresine sunulmalıdır.

Yayınlanmak Üzere Dergiye Gönderilen Yazılarda Dikkat Edilecek Noktalar

1. Makaleler IBM uyumlu bilgisayarda, Microsoft Word 7.0 yazılım programında, Times New Roman yazı karakterinde, 11 punto ve 1.5 satır aralığı ile yazılmalıdır.

2. Makaleler sayfanın üst ve sol yandan 4'er cm, alt ve sağ yandan 3'er cm boşluk bırakılacak ve **toplam 14** sayfayı geçmeyecek şekilde hazırlanmalıdır. İlk sayfa hariç diğer sayfalar numaralandırılmalıdır.

3. Makalelerin başlığı 12 punto, büyük harflerle ve bold karakterde yazılmalıdır. Başlık en kısa anlatımla içeriği yansıtmalıdır.

4. Başlık sayfası;; makale başlığı, yazışma yapılacak yazarın yazışma adresi, fax ve telefon numarası (cep telefonu numarası tercih nedenidir), e-mail adresini içermelidir. İkinci sayfaya makale başlığı, alt kısmına unvan kullanılmaksızın önce isim, sonra büyük harflerle soy isim yazılmalı, yazarlar birden fazla ise yan yana yazılmalıdır. Yazar(lar)ın unvan ve kurumları ilk sayfanın altına dipnot olarak aynı yazı karakterinde ve 10 punto ile yazılmalıdır.

5. Yazının başında en fazla 200 kelimelik Türkçe "ÖZET" ile İngilizce "ABSTRACT" yer almalıdır (10 punto ve italik karakterde). **Özet bölümü: Amaç, Yöntem, Bulgular ve Sonuçlar başlıkları altında yapılandırılmalıdır. Özetinde kısaltma olmamalı ve kaynak kullanılmamalıdır.** Türkçe özetin altında "Anahtar Kelimeler", İngilizce abstract'ın altında ise "Keywords" yazılmalı ve karşısında en az iki anahtar kelime olacak şekilde, Türkçe ve İngilizce yazılmalıdır. Kelimeler birbirlerinden noktalı virgül (;) ile ayrılmalıdır. İngilizce anahtar

kelimeler “Medical Subject Headings (MESH)”e uygun olarak verilmelidir (<http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>). Türkçe anahtar kelimeler Türkiye Bilim Terimleri (TBT)’ne uygun olarak verilmelidir (<http://www.bilimterimleri.com>). Çalışmanın İngilizce adı küçük harflerle 10 punto ve bold karakterde yazılmalıdır.

6. Araştırma yazılarında: Giriş, Amaç, Gereç ve Yöntem, Bulgular ve Tartışma, Sonuç ve Öneriler, Kaynaklar bölümleri yer almalı ve bölüm başlıkları büyük harflerle 11 punto ve bold, normal yazı karakterinde olmalıdır. Gereç ve yöntem kısmında araştırmanın türü, evren ve örnekleme, örnekleme yöntemi, veri toplama aracı, varsa hemşirelik girişimi, etik, araştırmanın sınırlılıkları yazılmalıdır.

Etik sorumluluk: İnsan ögesini kapsayan tüm araştırmalarda Helsinki Deklarasyonu Prensipleri’ne uyulması gerekmektedir. Bu tür araştırmalarda yazarlar makalenin gereç ve yöntem bölümünde bu ilkelere uygun olarak araştırmayı/çalışmayı yaptıklarını, etik kurulları varsa bu kurullardan yoksa ilgili makamlardan ve araştırmaya katılmış insanlardan bilgilendirilmiş onam aldıklarını belirtmek zorundadırlar. Eğer araştırma için maddi destek veya her hangi bir kurumdan fon sağlanmış ise yazarların belirtmeleri gerekmektedir. Makalelerin etik kurallara uygunluğu yazarların sorumluluğundadır.

İngilizce metinler;; abstract, keywords, Türkçe özet, Türkçe başlık, anahtar kelimeler, introduction, methods, finding and discussion ve conclusion bölümlerini içermelidir. Methods bölümü design, population, sample, data collection, ethics vb. bölümleri kapsamalıdır.

7. Derleme yazılarında: Özet (Ortalama 200 kelime, bölümsüz, Türkçe ve İngilizce), konu ile ilgili başlıklar, kaynaklar bölümleri yer almalıdır. Derleme yazıları;; Hemşirelik ve Tıp alanında özellik gösteren her türlü konu için güncel literatürü de içine alacak şekilde hazırlanmalıdır. Yazarın o konu ile ilgili basılmış yayınlarının olması özellikle tercih nedenidir.

8. Yazılarda geçen kısaltmalar yazı içinde ilk kullanımlarında açık olarak yazılmalı ve hemen yanında parantez içinde kısaltılmış şekil verilmelidir.

9. Yazılardaki tablolar dikey çizgiyi içermemeli ve tablolar word programındaki tablo menüsünden yararlanılarak yapılmalı ve tablo sayısı 5’i geçmemelidir. Tablolar, tablodaki her bir değer, bir satır ve sütuna gelecek şekilde yazılmalı, küsuratlar arasında virgül değil nokta olmalıdır. 95.88 gibi)

- Şekil, resim, tablo ve grafiklerin metin içinde geçtiği yerler ilgili cümlelerin sonunda belirtilmelidir. Şekil, resim, tablo ve grafikler makale sonuna eklenmelidir.
- 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) yüklenmelidir.
- Kullanılan kısaltmalar şekil, resim, tablo ve grafiklerin altındaki açıklamada belirtilmelidir.
- Daha önce basılmış şekil, resim, tablo ve grafik kullanılmış ise yazılı izin alınmalıdır ve bu izin açıklama olarak şekil, resim, tablo ve grafik açıklamasında belirtilmelidir.
- Resimler/fotoğraflar renkli, ayrıntıları görülecek derecede kontrast ve net olmalıdır.

10. Makalelerin yazım dilleri açık ve anlaşılır olmalıdır. Türkçe makalelerde Türk Dil Kurumu'nun Türkçe sözlüğü veya <http://www.tdk.org.tr> adresi ayrıca Türk Tıbbi Derneklerinin kendi branşlarına ait terimler sözlüğü esas alınmalıdır.

11. Teşekkür: Makalelerde, eğer çıkar çatışması, finansal destek, bağış ve diğer bütün editöryal (istatistiksel analiz, İngilizce/Türkçe değerlendirme) ve/veya teknik yardım varsa, metnin sonunda belirtilmelidir.

Metin İçinde Kaynak Kullanımı

Makalede bulunan yazar sayısı yedi veya daha az ise tüm yazarlar belirtilmeli, yedi veya daha fazla ise ilk altı isim yazılıp İngilizce makaleler için “et al”, Türkçe makaleler için “ve ark.” eklenmelidir

Metin içinde kaynak yazılımı iki şekilde olabilir:

a- Harmankaya, Pabuçcu, Dilek, Başer, Orhon ve Özgök (2001).....belirtmiştir.
Chung, Chu, Paoloni, O'Brien ve Demel (2007).....belirtmiştir.
Dexter, Applegate, Backer, Clayton, Keffer, Norton ve arkadaşlarının (1997)
belirttiğine
göre.....

b- Literatürde..... belirtilmiştir (Harmankaya, Pabuçcu, Dilek, Başer, Orhon ve Özgök 2001).

Literatürde belirtilmiştir (Chung, Chu, Paoloni, O'Brien and Demel 2007)

Literatürde belirtilmiştir (Dexter, Applegate, Backer, Clayton, Keffer, Norton et al. 1997)

Metin içinde birden fazla kaynak gösterildiğinde her bir kaynağın tarihinden sonra “noktalı virgül” kullanılmalıdır.

Örnek:araştırma bulguları ile benzerdir (Tanabe, Steinmann, Anderson, Johnson, Metcalf and Ring-Hurn 2004; Siderias, Guadio and Singer 2004).

Kaynakça Listesinde Kaynak Yazımı

- Metin sonunda kaynaklar ayrı bir liste olarak alfabetik sıra ile verilmeli ve 10 punto karakterinde yazılmalıdır.
- Makalede bulunan yazar sayısı 6 veya daha az ise tüm yazarlar belirtilmeli, 7 veya daha fazla ise ilk 6 isim yazılıp İngilizce makaleler için “et al”, Türkçe makaleler için “ve ark.” eklenmelidir.
- Kongre bildirileri, kişisel deneyimler, basılmamış yayımlar, tezler ve internet adresleri kaynak olarak gösterilmemelidir.
- DOI tek kabul edilebilir on-line referanstır.

Kaynak yazımı için örnekler

Yazarlar kaynak yazılımında noktalama işaretlerine özellikle çok dikkat etmelidir.

Makale için: Yazar(lar)ın soyad(lar)ı ve isim(ler)inin başharf(ler)i, makale ismi, dergi ismi, yıl, cilt, sayı, sayfa no'su belirtilmelidir (Cilt ile birlikte sayı mutlaka olmalıdır).

Tanabe P, Steinmann R, Anderson J, Johnson D, Metcalf S, Ring-Hurn E. Factors Affecting Pain Scores During Female Urethral Catheterization. Academic Emergency Medicine 2004;11(6):699-702.

Dexter P, Applegate M, Backer J, Clayton K, Keffer J, Norton B, et al. A Proposed Framework For Teaching and Evaluating Critical Thinking in Nursing. Journal of Professional Nursing 1997;13(3):160-7.

Dergi kaynağı bitiş numarası yazılırken tekrar eden numaralar yazılmamalıdır (Yanlış örnek :803- 807; Doğru örnek: 803-7.)

Stephane A. Management of Congenital Cholesteatoma with Otoendoscopic Surgery: Case Report. Turkiye Klinikleri J Med Sci 2010;30(2):803-7.

Kitap için: Yazar(lar)ın soyad(lar)ı ve isim(ler)inin başharf(ler)i, bölüm başlığı, editörün(lerin) ismi, kitap ismi, kaçınıcı baskı olduğu, şehir, yayınevi, yıl ve sayfalar belirtilmelidir.
Yabancı dilde yayınlanan kitaplar için

Underwood LE, Van Wyk JJ. Normal and aberrant growth. In: Wilson JD, Foster DW, eds. Williams' Textbook of Endocrinology. 1 st ed. Philadelphia: WB Saunders;; 1992. p.1079-138.

Türkçe kitaplar için

Tür A. Acil Hava Yolu Kontrolü ve Endotrakeal Entübasyon. Şahinoğlu AH, editör. Yoğun Bakım Sorunları ve Tedavileri. 2. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri;;2003. p.9-16.

Yazar ve editörün aynı olduğu kitaplar için
Yazar(lar)ın/editörün soyad(lar)ı ve isim(ler)inin başharf(ler)i, bölüm başlığı, kitap ismi, kaçınıcı baskı olduğu, şehir, yayınevi, yıl ve sayfalar belirtilmelidir.

Solcia E, Capella C, Kloppel G. Tumors of the exocrine pancreas. Tumors of the Pancreas. 2nd ed. Washington: Armed Forces Institute of Pathology; 1997. p.145-210.

Eken A. Kozmesötikler: Kozmetiklerle İlaçlar Arası Ürünler. Kozmesötik Etken Maddeler. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri;; 2006. p.1-7.

Online kaynak kullanımı:

Bodur S, Filiz E. Validity and Reliability of Turkish version of ‘Hospital Survey on Patient Safety Culture’ and Perception of Patient Safety in Public Hospitals in Turkey. BMC Health Services Research 2010; 10:28. doi:10.1186/1472-6963-10-28

Makale Sunumu

Bütün makaleler <http://dergipark.gov.tr/ataunihem> adresine sunulmalı.

JOURNAL OF ANATOLIA NURSING AND HEALTH SCIENCES

General Information

Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences is published four times a year. The journal publication’s language is Turkish and English. The journal includes peer-reviewed original research, case report paper about all area of nursing. **All manuscripts should be submitted at: <http://dergipark.gov.tr/ataunihem>**

Author Guidelines

All submitted manuscripts are peer-reviewed. The manuscript should not already have been published in a journal and should not be under consideration by any other journal. Submission of an article implies that it is unpublished work and that the essential content of the article, including tables and figures, has not been and will not be submitted for publication elsewhere before a publication decision is made by this journal. The corresponding author is responsible for the entire content of the copy- edited article. The reviewers' reports are considered by the Editor who provides a summary report and a recommendation regarding publication. The journal makes no page charges for published article.

Manuscript Preparation

Three copies of the manuscript and a disk should be submitted on a PC-compatible disk in MS Word or as a text file. Manuscripts should be typed 11 fonts, 1.5-spaced, with standard margins (about 1 inch) white paper. Articles must be typewritten on one side of the page; pages should be numbered consecutively and centred in the down, except beginning with the title page. Papers should not exceed 14 pages, including abstract, tables, illustrations, and references.

The hierarchy of headings within the text should be clear, 12 fonts bold and short with capital letter. The heading must reflect content of manuscript.

Title page should contain heading of manuscript, the name and full address (including telephone- fax numbers, and email address) of the corresponding author. Page 2 of the manuscript should include title of manuscript; down of title must be written the name(s) of the author(s), family name with 11 fonts. Title of the author(s) and the name(s) of the department(s) or institution(s) should be written with 10 fonts as footnote.

Page 2 of the manuscript should carry Turkish and English abstract, the each abstract not to exceed 150 words. The abstracts should be followed by minimal three key words or short phrases for Index Medicus purposes. The abstracts must be written as 10 fonts and italic. Original research manuscript includes introduction, aim(s), methods, finding and discussion, and conclusions (those directly supported by data, along with any clinical implications).

Main headings (when the paper has either one or two levels of headings) use centred uppercase and lowercase letters (e.g., Method, Results, Discussion, and References). Each heading should be 11 fonts and bold. Methods contain study design, number and type of subjects, study population, measurement, intervention, ethics consideration, study limitation and type of statistical analysis.

Abbreviations must be written clear in first time use, and abbreviation must be given in parenthesis. All tables and figures should be placed in the main text. Tables should be numbered consecutively with Arabic numbers, 1/2-spaced, and have a title at the top. Tables should be done form word table menu, and they should not contain vertical lines.

References

The list of references should include only those references are used to the text. All citations in the text must be listed in the references, and all references should be cited in the text. Text references are cited in the author-date method in which the last name of the author and the year of publication are inserted in parentheses in the text. List of references must be given at the end of the text, in alphabetical order.

Citation of References

In the text the authors' names should be cited followed by the date of publication, e.g., Smith and Parker (1991). Where there are six or more authors, the six authors name followed by et al. should be written in the text, e.g., Tanabe, Steinmann, Anderson, Johnson, Metcalf and Ring-Hurn 2004, Head 2006, Chung, Chu, Paoloni, O'Brien and Demel 2007, Siderias, Guadio and Singer 2004)

Sample in-text citation:

Previous one study (O'Brien and Demel 2007)

Tanabe, Steinmann, Anderson, Johnson, Metcalf and Ring-Hurn (2004) found.....

References List

References appear on the page following the end of the text and must be sequenced alphabetically.

Journal Article

Journal references must include names and initials of all authors, title of article, name of journal spelled in, year of publication, volume number, issue number, first and last page number. If there are six authors, all of these authors should be written.

For example:

Tanabe P, Steinmann R, Anderson J, Johnson D, Metcalf S, Ring-Hurn E. Factors Affecting Pain Scores During Female Urethral Catheterization. *Academic Emergency Medicine* 2004;11(6):699-702.

If there are six more authors the first six followed by et al.

For example:

Dexter P, Applegate M, Backer J, Clayton K, Keffer J, Norton B, et al. A Proposed Framework For Teaching and Evaluating Critical Thinking in Nursing. *Journal of Professional Nursing* 1997;13(3):160-7.

Book

For example:

Underwood LE, Van Wyk JJ. Normal and aberrant growth. In: Wilson JD, Foster DW, eds. *Williams' Textbook of Endocrinology*. 1 st ed. Philadelphia: WB Saunders; 1992. p.1079-138.

Chapter in edited book, multiple editors

For example:

Solcia E, Capella C, Kloppel G. Tumors of the exocrine pancreas. *Tumors of the Pancreas*. 2 nd ed. Washington: Armed Forces Institute of Pathology; 1997. p.145-210.

Online document

Bodur S, Filiz E. Validity and Reliability of Turkish version of 'Hospital Survey on Patient Safety Culture' and Perception of Patient Safety in Public Hospitals in Turkey. *BMC Health Services Research* 2010; 10:28. doi:10.1186/1472-6963-10-28

Manuscript Submission <http://dergipark.gov.tr/ataunihem>

