

# Hacettepe Üniversitesi

## Hemşirelik Fakültesi

### Dergisi

Journal of Hacettepe University Faculty  
of Nursing

Cilt/Vol 3 • Sayı/No 2 • Mayıs-Ağustos/May-August 2016

Sahibi Hacettepe Üniversitesi  
Hemşirelik Fakültesi Adına  
**Prof. Dr. Leyla DİNÇ**

Sorumlu Yazı İşleri Müdürü **Doç.Dr. Sergül DUYGULU**

Yayın Kurulu

Başkan **Doç. Dr. Sergül Duygulu**  
Başkan Yardımcısı **Yard. Doç. Dr. İmatullah Akyar**  
Sekreterler: **Arş. Gör. Dr. Nilay Ercan Şahin**  
**Arş. Gör. Dr. Seher Başaran**  
**Arş. Gör. Çiğdem Canbolat Seyman**  
**Yard. Doç. Dr. Duygu Hiçdurmaz**

İngilizce Düzeltme:

Baskıya Hazırlama ve Dağıtım: **Doç. Dr. Sevgisun Kapucu**  
**Arş. Gör. Funda Aslan**  
**Arş. Gör. Sevil Çınar**  
**Arş. Gör. Rabiye Akın**

Yayın Türü: **Yerel Süreli Yayın**  
Yayın Dili: **Türkçe, İngilizce**  
Yayınlanma Bıçımı: **Dört ayda bir yayımlanır**  
Basım Tarihi: **23 Aralık 2016**  
Yönetim Yeri: **H.Ü. Hemşirelik Fakültesi Dergisi Yayın Sekreterliği**  
**06100 Sıhhiye, Ankara/Türkiye**  
**Tel : 0 312 305 15 80 Faks: 0 312 312 70 85**  
**E-posta: hbdergi@hacettepe.edu.tr**  
**Web Adresi: <http://www.hacettepehemsirelikdersisi.org>**

Basım Yeri: Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Basımevi, 06100 Sıhhiye, Ankara  
Telefon: 0 312 310 9790

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

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

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

BASILY ISSN: 2148-3590, ONLINE ISSN 2149-2956

## **Konu Editörleri**

**Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği**  
**Prof. Dr. Sevilay Şenol Çelik**

**Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği**  
**Prof. Dr. Hicran Çavuşođlu**

**Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği**  
**Yard. Doç. Dr. Gülten Koç**

**Halk Sağlığı Hemşireliği**  
**Prof. Dr. Oya Nuran Emirođlu**

**Hemşirelik Esasları**  
**Yrd. Doç. Dr. Fatoş KORKMAZ**

**Hemşirelikte Yönetim ve Öğretim**  
**Doç. Dr. Süheyla Abaan**

**İç Hastalıkları Hemşireliği**  
**Doç. Dr. Leyla Özdemir**

**Psikiyatri Hemşireliği**  
**Prof. Dr. Fatma Öz**

## Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi

### Danışma Kurulu\*

---

Prof. Dr. Ahsen Şirin	İstanbul Bilim Üniversitesi
Prof. Dr. Anahit Coşkun	Haliç Üniversitesi
Doç. Dr. Ayda Çelebioğlu	Atatürk Üniversitesi
Prof. Dr. Ayfer Karadakovan	Ege Üniversitesi
Prof. Dr. Ayşe Karadağ	Koç Üniversitesi
Doç. Dr. Aysel Badır	Koc Üniversitesi
Doç. Dr. Ayşe Okanlı	Atatürk Üniversitesi
Prof. Dr. Ayşe Özcan	Konya Ticaret Odası Karatay Üniversitesi
Prof. Dr. Ayşe Ferda Ocakçı	Koc Üniversitesi
Doç. Dr. Ayten Şentürk-Erenel	Gazi Üniversitesi
Doç. Dr. Azize Karahan	Başkent Üniversitesi
Prof. Dr. Besti Üstün	Üsküdar Üniversitesi
Prof. Dr. Birol Diana Voita	Riga Teacher Training and Educational Management Academy
Prof. Dr. Çiçek Fadiloğlu	Ege Üniversitesi
Prof. Dr. Daniel Pesut	Minnesota Üniversitesi
Doç. Dr. Darja Jarosova	Ostrava Üniversitesi
Doç. Dr. Deniz Koçoğlu	Selçuk Üniversitesi
Prof. Dr. Deniz Şelimen	Maltepe Üniversitesi
Doç. Dr. Dilek Özden	Dokuz Eylül Üniversitesi
Doç. Dr. Duygu Arıkan	Atatürk Üniversitesi
Yrd. Doç. Dr. Duygu Hiçdurmaz	Hacettepe Üniversitesi
Yrd. Doç. Dr. Ebru Akgün Çırtak	Başkent Üniversitesi
Prof. Dr. Elizabeth Saewyc	British Columbia Üniversitesi
Doç. Dr. Emine İyigün	GATA
Yrd. Doç. Dr. Emine Turkmen	Koç Üniversitesi
Doç. Dr. Erdem Karabulut	Hacettepe Üniversitesi
Yrd. Doç. Dr. Esra Uğur	Okan Üniversitesi
Doç. Dr. Fahriye Oflaz	Okan Üniversitesi
Yrd. Doç. Dr. Fahriye Vatan	Ege Üniversitesi
Doç. Dr. Fatma Cebeci	Akdeniz Üniversitesi
Doç. Dr. Fatma Demir Korkmaz	Ege Üniversitesi
Prof. Dr. Fatma Demirkıran	Adnan Menderes Üniversitesi
Prof. Dr. Fatma Eti Aslan	Acıbadem Üniversitesi
Yrd. Doç. Dr. Fatma Gözükara	Harran Üniversitesi
Yrd. Doç. Dr. Fatma Orgun	Ege Üniversitesi
Prof. Dr. Fethiye Erdil	Emekli
Yrd. Doç. Dr. Figen İnci	Niğde Üniversitesi
Doç. Dr. Filiz Hisar	Necmettin Erbakan Üniversitesi
Doç. Dr. Fiona Bogossian	Queensland Üniversitesi
Prof. Dr. Firdevs Erdemir	Adıyaman Üniversitesi
Yrd. Doç. Dr. Gülbahar Korkmaz Aslan	Pamukkale Üniversitesi
Doç. Dr. Gülcihan Akkuzu	Başkent Üniversitesi
Prof. Dr. Güler Cimete	Uluslararası Kıbrıs Üniversitesi
Doç. Dr. Gülnaz Karatay	Tunceli Üniversitesi
Prof. Dr. Gülseren Kocaman	İzmir Üniversitesi
Prof. Dr. Gülsün Taşocak	Emekli
Prof. Dr. Gülşen Takak Vural	Sanko Üniversitesi
Yrd. Doç. Dr. Hacer Gülen Savaş	Düzce Üniversitesi
Prof. Dr. Hacer Karanisoğlu	İstanbul Üniversitesi
Prof. Dr. Hatice Bostanoğlu	Zirve Üniversitesi

---

Doç. Dr. Hatice Çiçek	GATA
Prof. Dr. Hatice Tel Aydın	Cumhuriyet Üniversitesi
Prof. Dr. Havva Tel	Cumhuriyet Üniversitesi
Doç. Dr. Hayriye Ünlü	Başkent Üniversitesi
Doç. Dr. Hicran Bektaş	Akdeniz Üniversitesi
Doç. Dr. Hülya Bulut	Gazi Üniversitesi
Doç. Dr. Hülya Kulakçı	Bülent Ecevit Üniversitesi
Prof. Dr. Hülya Okumuş	Şifa Üniversitesi
Prof. Dr. Hülya Uçar	Nuh Naci Yazgan Üniversitesi
Doç. Dr. İbrahim Koruk	Harran Üniversitesi
Prof. Dr. İsmet Eşer	Ege Üniversitesi
Prof. Dr. Joanne Disch	Minnesota Üniversitesi
Prof. Dr. Kadriye Buldukoğlu	Akdeniz Üniversitesi
Prof. Dr. Kafiye Eroğlu	Koç Üniversitesi
Doç. Dr. Kenan Köse	Ankara Üniversitesi
Prof. Dr. Lale Taşkın	Başkent Üniversitesi
Yrd. Doç. Dr. Levent Özbek	Ankara Üniversitesi
Prof. Dr. Linda Roussel	University of South Alabama
Prof. Dr. Linda D. Moneyham	The University of Alabama at Birmingham
Doç. Dr. Lisa Kane Low	Michigan Üniversitesi
Prof. Dr. Lisbeth Maria Fagerström	Buskerud Üniversitesi
Yrd. Doç. Dr. Makbule Tokur Kesgin	Abant İzzet Baysal Üniversitesi
Prof. Dr. Mary E. Duffy	Utah Üniversitesi
Yrd. Doç. Dr. Mary Jane Madden	Minnesota Üniversitesi
Doç. Dr. Media Subaşı Baybuğa	Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi
Doç. Dr. Melek Serpil Talas	Hacettepe Üniversitesi
Doç. Dr. Meral Bayat	Erciyes Üniversitesi
Doç. Dr. Meral Demiralp	Emekli
Doç. Dr. Meral Kelleci	Cumhuriyet Üniversitesi
Doç. Dr. Mevlüde Karadağ	Gazi Üniversitesi
Prof. Miaofen Yen	National Cheng Kung Üniversitesi
Doç. Dr. Naile Bilgili	Gazi Üniversitesi
Prof. Dr. Nalan Başaran Akbayrak	SANKO Üniversitesi
Prof. Dr. Nalan Özhan Elbaş	Başkent Üniversitesi
Prof. Dr. Neriman Akyolcu	Haliç Üniversitesi
Prof. Dr. Nermin Olgun	Acıbadem Üniversitesi
Prof. Dr. Nesrin Aştı	İstanbul Arel Üniversitesi
Prof. Dr. Nevin Kanan	Haliç Üniversitesi
Prof. Dr. Nevin Kuzu Kurban	Pamukkale Üniversitesi
Yrd. Doç. Dr. Nihal Ata	Hacettepe Üniversitesi
Prof. Dr. Nimet Karataş	Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi
Prof. Dr. Nimet Ovayolu	Gaziantep Üniversitesi
Prof. Dr. Nuran Kömürcü	Emekli
Doç. Dr. Nurcan Çalışkan	Gazi Üniversitesi
Prof. Dr. Nurhan Bayraktar	Zirve Üniversitesi
Yrd. Doç. Dr. Nuriye Yıldırım	Düzce Üniversitesi
Doç. Dr. Özlem Küçükgüçlü	Dokuz Eylül Üniversitesi
Doç. Dr. Özlem Örsal	Eskisehir Osmangazi Üniversitesi
Doç. Dr. Perihan Güner	Koç Üniversitesi
Doç. Dr. Pınar Özdemir	Hacettepe Üniversitesi
Doç. Dr. Rana Yiğit	Mersin Üniversitesi
Yrd. Doç. Dr. Ronald J. Piscotty	Wayne State Üniversitesi

Prof. Dr. Rukiye Pınar Bölüktaş	Selahattin Eyyubi Üniversitesi
Prof. Dr. Selma Doğan	Üsküdar Üniversitesi
Prof. Dr. Selma Görgülü	Doğu Akdeniz Üniversitesi
Doç. Dr. Semra Kocaöz	Niğde Üniversitesi
Prof. Dr. Sevgi Hatipoğlu	Emekli
Doç. Dr. Sevgisun Yılmazzer Kapucu	Hacettepe Üniversitesi
Dr. Sevilay Karahan	Hacettepe Üniversitesi
Doç. Dr. Sevinç Taştan	GATA
Doç. Dr. Sinan Türkyılmaz	Hacettepe Üniversitesi
Prof. Dr. Stephen Tee	King's College London
Prof. Dr. Sultan Kav	Başkent Üniversitesi
Prof. Dr. Susan Beck	Utah Üniversitesi
Prof. Dr. Suzan Yıldız	İstanbul Üniversitesi
Prof. Dr. Süheyla Özsoy	Ege Üniversitesi
Doç. Dr. Şeyda Seren İntepeler	Dokuz Eylül Üniversitesi
Prof. Dr. Şule Ecevit Alpar	Marmara Üniversitesi
Yrd. Doç. Dr. Şule Ergöl	Bülent Ecevit Üniversitesi
Prof. Dr. Thom Mansen	Utah Üniversitesi
Prof. Dr. Tülay Saraçbaşı	Hacettepe Üniversitesi
Prof. Dr. Tülin Bedük	Ankara Üniversitesi
Prof. Dr. Türkan Pasinlioğlu	Atatürk Üniversitesi
Doç. Dr. Yasemin Kutlu	İstanbul Üniversitesi
Doç. Dr. Yeter Kitiş	Gazi Üniversitesi
Prof. Dr. Yurdagül Erdem	Kırıkkale Üniversitesi
Yrd. Doç. Dr. Zahide Tuna	Hacettepe Üniversitesi
Doç. Dr. Zehra Gölbaşı	Cumhuriyet Üniversitesi
Prof. Dr. Zeynep Özer	Akdeniz Üniversitesi
Prof. Dr. Zuhal Bahar	Dokuz Eylül Üniversitesi
Prof. Dr. Zümrüt Başbakkal	Ege Üniversitesi

---

*\*İsimler isme göre alfabetik sırayla dizilmiştir.*

# Değerli Okurlarımıza

Dergimizin 2016 yılı Cilt 3, Sayı 2'sini de sizlerle paylaşmanın mutluluğunu ve onurunu yaşamaktayız. Değerli okurlarımız, ülkemiz hemşirelik eğitim ve uygulamalarına yaptığı önemli katkılarla hemşirelik mesleğinin gelişiminde öncü rol almış değerli hocamız Prof. Dr. Sayın Eren KUM'un aramızdan ayrılışının birinci yıldönümü olması nedeniyle, değerli hocamızı burada bir kez daha saygı ve hemşirelik mesleğine yapmış olduğu katkılarından dolayı şükran duygularımızla anıyoruz. Değerli hocamızın bize verdiği ışık, nesiller boyunca mesleğimizi daha ileriye götürme hedefi doğrultusunda sönmeyecektir. .

Günümüzde hemşirelik uygulamalarını geliştirmede meslektaşlarımıza sürekli eğitim olanaklarının sağlanması önem arz etmektedir. Bu kapsamda düzenlenen sürekli eğitim etkinliklerinden birisi de bilimsel kongrelerdir. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi olarak Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı öncülüğünde 4. Temel Hemşirelik Bakımı Kongresi, uluslararası katılımlı olarak 13-15 Ekim 2016 tarihinde Bodrum Kefaluka Otelde düzenlenecektir. Kongre teması "Hemşireliğin Sesi: Bakım" olarak belirlenmiştir. Kongre bilimsel programında bakım ve profesyonellik, sağlık politikaları ve bakım, çalışma yaşamının bakıma etkileri, teknolojinin bakıma yansımaları, hemşirelik bilişimi, hemşirelik bakımı ve yasal düzenlemeler, hemşirelik eğitimi, araştırmaları ve bakım ve hemşirelik bakımı ve liderlik konularında alanında uzman konuşmacıların konferansları, panel, sözel ve poster bildiri oturumları yer alacaktır. Kongre; katılımcılarına alandaki yenileşimleri öğrenme, en iyi uygulamaları paylaşma ve bu uygulamalardan öğrenme ve ileri işbirliği olanağı sağlayacaktır. Kongreye ilişkin ayrıntılı bilgi için lütfen <http://www.thbk2016.org/> adresini ziyaret ediniz. Hemşirelik alanındaki bu önemli kongreye tüm okurlarımızı davet etmekten büyük bir mutluluk ve onur duyuyoruz.

Değerli Okurlarımız, dergimizin bu sayısında beş araştırma ve iki derleme olmak üzere toplam yedi makale yer almaktadır. Bu sayıda yayınlanan makaleler, psikiyatri hemşireliği, hemşirelik esasları, halk sağlığı hemşireliği ve cerrahi hastalıkları hemşireliğine ilişkin olup, bu makalelerin okurlarımızın sürekli mesleki gelişimlerine katkı sağlayacağına inanıyorum. Dergimizin bu sayısına yayınlarını göndererek katkıda bulunan yazarlarımıza, dergimizin çıkmasına emeği geçen yayın kurulu üyelerine, konu editörlerine, danışma kurulu üyelerimize ve basımda emeği geçen herkese çok teşekkür ederim.

Çalışmalarını bizimle paylaşmak isteyen yazarların araştırma makalelerini ve olgu sunumlarını beklediğimizi bildirir, tüm insanların barış ve güven içerisinde yaşadığı günler dilerim. Saygılarımla.

**Doç.Dr. Sergül DUYGULU**

Sorumlu Yazı İşleri Müdürü

# İçindekiler

Editörden Okura \_\_\_\_\_ V

**Doç. Dr. Sergül DUYGULU**

*Sorumlu Yazı İşleri Müdürü*

## Araştırma Makaleleri

**1-4 Yaş Çocuklarına Yönelik Ev Kazalarını Önleme Programının Etkinliği** \_\_\_\_\_ 1

Nuriye YILDIRIM, Gülümser KUBLAY

**Kronik Bel Ağrısı Olan Hastaların Kullanmış Oldukları Tamamlayıcı Tedavi Yöntemlerinin ve Hastalık Algılarının İncelenmesi** \_\_\_\_\_ 14

Mevlûde KARADAĞ, Nurcan ÇALIŞKAN, Özge (PEKİN) İŞERİ, Serdar SARITAŞ

**Hemşirelik Yüksekokulu Öğrencilerinin Ötenazi Hakkında Görüşleri** \_\_\_\_\_ 28

Funda ÇETİNKAYA, Neziha KARABULUT

**Hemşirelerin Ameliyat Sonrası Ağrıya İlişkin Uygulamaları** \_\_\_\_\_ 40

Nazan GÜRARSLAN BAŞ, Gülnaz KARATAY, Ömer BOZOĞLU,  
Mehmet AKAY, Ersin KUNDURACI, Hasan AYBEK

## Derleme Makaleler

**Güvenli Enjeksiyon** \_\_\_\_\_ 50

Esin ÇETİNKAYA USLUSOY, Emel TAŞÇI DURAN, Medet KORKMAZ

**Eski Değil Eskimeyen Hastalık: Tüberküloz** \_\_\_\_\_ 58

Nurten KALENDER, Hatice SÜTÇÜ ÇİÇEK

**Yazarlara Bilgi** \_\_\_\_\_ 68

**Information for Authors** \_\_\_\_\_ 74

**Yayın İzni (Taahhütname)** \_\_\_\_\_ 79





# 1-4 Yaş Çocuklarına Yönelik Ev Kazalarını Önleme Programının Etkinliği

## An Injury Prevention Program Effectiveness for 1-4 Year Old Children

(Araştırma)

*Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2016, 3(2), 1-13*

**Nuriye YILDIRIM\***, **Gülümser KUBLAY\*\***

\*Düzce Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Yüksek Okulu, Hemşirelik Bölümü, Düzce, Türkiye

\*\*Hacettepe Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği ABD, Ankara, Türkiye

Geliş Tarihi: 23 Haziran 2015

Kabul Tarihi: 03 Şubat 2016

### ÖZ

**Amaç:** Araştırmada, 1-4 yaş dönemi çocuklarının ev kazası geçirmelerini önlemek için oluşturulan hemşirelik girişimlerinin etkinliğinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Veriler, 1 Ekim 2008 – 17 Temmuz 2009 tarihleri arasında 33 anneden elde edilmiştir. Önleme programı, sosyal öğrenme teorisine temellenen hemşirelik girişimleri kullanılarak, ev ziyaretleri ile uygulanmıştır. Veriler Çocuk, Aile ve Anne Bilgi Formu, Öz-Etkililik-Yeterlik Ölçeği ve Ev Çevresi Kontrol Listesi kullanılarak toplanmıştır. Veriler sayı, yüzdelik, eşleştirilmiş iki grup t Testi ve McNemar testi kullanılarak değerlendirilmiştir.

**Bulgular:** Önleme programından sonra; örnekleme alınan çocukların yaşadıkları evlerdeki ev kazası risk faktörleri azalmıştır. Çocuklarda ev kazası görülme sıklığı % 75.3'den %36.4'e düşmüştür. Annelerin öz-etkililik-yeterlik puan ortalamaları 86.091'dan 97.061'e yükselmiştir. Aile bütçesine ek harcama getiren ev güvenliğini sağlayıcı düzenlemelerde anlamlı fark yaratacak değişimler yapılamamıştır.

**Sonuç:** Çocuk ev kazalarını önleme programı ile evlerdeki ev kazası risk faktörleri azaltılmıştır. Hemşireler ev kazalarına yönelik danışmanlık ve eğitim etkinlikleri düzenleyebilirler. Bu çalışmalar, ev kazalarının önlenmesi ve kanıt temelli çalışmaların kullanımı için gereklidir.

**Anahtar Kelimeler:** Çocuk kazaları, ev güvenliği, ev ziyareti, önleme

### ABSTRACT

**Aim:** The aim of this study is to determine the efficiency of nursing interventions performed to prevent injuries of children between 1-4 years old.

**Material and Methods:** Data was obtained from 33 mothers between the dates of 1 October 2008 – 17 July 2009. The prevention program was performed via home visits by using nursing interventions based on social learning theory. Data was collected with Information Form for Children, Families, and Mothers, the Self-Efficacy Scale, and the Home Environmental Control List. Data was analyzed by using percentage, matched groups t-test and McNemar test.

*Results:* Risk factors of injuries for the children included in the sample decreased after prevention program. Incidence of injuries reduced from 75.3% to 36.4% among children. Self-efficacy mean scores of mothers increased from 86.091 to 97.061. Significant changes in arrangements that would cause additional costs to family budget could not be done.

*Conclusion:* Risk factors of home injuries at homes was reduced via prevention program for child injuries at home. Nurses can organize counseling and education activities for home injuries. These activities are essential for prevention of home injuries and utilization of evidence-based studies.

**Key Words:** *Child injury, home safety, home visit, prevention*

## GİRİŞ

Ev kazaları, bir konutun içinde ya da bahçesinde oluşan kazalardır. Türkiye’de en sık düşme, yanma–haşlanma, kesikler, zehirlenme, boğulma, yabancı cisim ile tıkanma gibi ev kazalarına rastlanmaktadır<sup>1</sup>. Çocuklar, yetişkinler için oluşturulmuş bir dünya da yaşarlar. Bu yüzden de birçok durum ve ürünün olası tehlikesini algılayamazlar<sup>2</sup>. Çocuk ev kazaları, acil müdahale gerektiren temel bir halk sağlığı problemidir. Özellikle 1–4 yaş döneminde ev içi ve çevresi çocukların temel yaşam alanı olduğu için, ev kazaları ayrı bir önem taşımaktadır<sup>3</sup>. Evlerde oluşan kazalar, çocuklarda müdahaleyi gerektirecek bir yaralanma oluşturmadığı sürece önemsenmezler. Fakat sık geçirilen hafif yaralanmalı kazalar ciddi yaralanmaların habercisi de olabilmektedir. Evde oluşan kazaların birçoğu önenebilir. Bu yüzden ev ortamında kazaya yol açan risk faktörlerinin azaltılması önemlidir<sup>4-6</sup>.

Kazaları önleme, halen çok tartışılan ve oldukça kompleks yaklaşımları içeren müdahalelerdir<sup>7</sup>. Politika oluşturma, bilgilendirme, farkındalığın artırılması, teknolojinin geliştirilmesi ve davranış değişimi etkili müdahalelerdendir. Maliyet etkin olarak planlanacak müdahaleler; hükümet birimleri, aileler, öğretmenler, sağlık çalışanları, sivil toplum örgütleri gibi farklı sektörlerin katılımı ile oluşturulmalıdır. Her ülke veya yerel kuruluşun, mevcut stratejilerini gözden geçirerek, problemin özelliği ve önceliğine göre, kendi imkânları doğrultusunda gerekeni yapması gerekmektedir<sup>8</sup>.

Ev kazalarının önlenmesinde risk yönetimi önemli bir uygulamadır. Uykusuzluk, açlık, gözetim ve denetim eksikliği, evin dağınıklığı, yanlış yerleşim planı gibi ev kazaları ile ilgili birçok risk faktörüne müdahale edilerek kaza oluşumu önenebilmektedir<sup>4-6</sup>. Dünya Sağlık Örgütü’nün 2002 yılında yayınladığı Dünya Sağlık Raporu<sup>9</sup> “Risklerin Azaltılması, Sağlıklı Yaşamın Geliştirilmesi”ne yöneliktir. Rapora göre risk faktörü seviyelerindeki en küçük değişiklikler bile çok büyük faydalar sağlayabilmektedir. Ev kazalarının önlenmesine yönelik risk yönetimi çalışması yapılırken öncelikle çalışmaya temel oluşturacak kavramların belirlenmesi gerekmektedir. Hemşirelik girişimlerine temel olacak kavramların açıklanmasında model ve teoriler sıklıkla başvurulan kaynaklardır. Ev kazalarının önlenmesinde sosyal öğrenme teorisi, sağlık inanç modeli, planlı davranış modeli, motivasyonu koruma teorisi gibi pek çok model ve teoriye temellenen yaklaşımlar kullanılmıştır<sup>10,11</sup>.

Sosyal öğrenme teorisi, başkalarının davranışlarını gözleyerek, kendi davranışlarını şekillendirmeyi temel alan bir öğrenme süreci olarak tanımlanır<sup>12</sup>. Bandura’ya göre

bilgi taşıyan her şey gazete, aile, öğretmen, sanatçılar, futbolcular birer modeldir<sup>13</sup>. Davranışlar, gözlem yolu ile ya da model alma yolu ile edinilen ‘ilk yaşantıların’ sonuçları olan tepkilerle kazanılmaktadır. Başkalarının deneyimlerinden öğrenilmesi insanların öğrenme kapasitesi ve hızını yükseltir<sup>14</sup>. Bu nedenle çalışmada öncelikle araştırmacının anneye model olması planlanmıştır. Ardından annelerin başta baba olmak üzere diğer aile fertlerini ve akrabaları etkileyerek ev kazaları ile ilgili güvenli davranışları sergilemeleri yolu ile çocuğa model olunmasına çalışılmıştır. Böylece çocuğun başkalarını seyrederek çevreden öğrenmesi planlanmıştır<sup>14</sup>. Gözlem yolu ile öğrenme de öz yeterlilik, bir eylemin ya da davranışın yerine getirilebilmesini sağlar. Davranışın sonucu pozitif ise öz yeterlilik artar. Pozitif duygular, davranışın eyleme dönüşme olasılığını artırmaktadır. İnsanlar, kendileri için önemli olan davranışları başkaları da benimsediğinde, o davranışını gerçekleştirmeye daha yatkın olurlar. Aileler, akranlar ve sağlık çalışanları, kişiler arası etkileşim söz konusu olduğunda önemli birer kaynaktırlar<sup>15, 16</sup>.

Ev kazalarının önlenmesinde ev ziyaretleri önemli bir araçtır<sup>5, 17</sup>. Hemşireler, birincil koruma düzeyinde ev kazalarını önleme ve ev güvenliğinin nasıl sağlanacağı konusunda aileleri bilgilendirmede önemli görevler üstlenirler<sup>18</sup>. Yaptıkları araştırmalarla da ev kazalarının oluşumunu ve sıklığını halka aktarabilirler. Hemşirelik hizmetlerinin etkinliğini ortaya koyan ya da hemşirelik girişimlerinin gelişmesi için bilgi sağlayan araştırmalarla da hemşireliğin gelişimine katkıda bulunurlar<sup>18-20</sup>. Bu doğrultuda, bu çalışmada çocuk ev kazalarını önleme programının, ev kazasına yol açan risk faktörleri, ev kazası görülme sıklığı ve annelerin öz-etkililik-yeterlikleri üzerine etkisi incelenmiştir. Çalışmanın hipotezleri:

H1= Önleme programının, 1-4 yaş dönemi çocuklarda ev kazası görülme sıklığı üzerine etkisi vardır.

H2 = Önleme programının, 1-4 yaş dönemi çocuğu olan annelerin öz-etkililik-yeterlikleri üzerine etkisi vardır.

H3= Önleme programının, ev kazasına yol açan risk faktörleri üzerine etkisi vardır.

## **GEREÇ ve YÖNTEM**

### **Araştırmanın Amacı**

Bu araştırma, 1-4 yaş dönemi çocukların ev kazası geçirmelerini önleme programının etkinliğinin test edilmesi amacıyla tek grupta ön test – son test düzenli yarı deneysel araştırmadır<sup>21</sup>.

### **Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Çalışma, 1 Ekim 2008 – 17 Temmuz 2009 tarihleri arasında Ankara’da yürütülmüştür. Örneklem bir Ana Çocuk Sağlığı merkezinden seçilmiştir. İki eş arasındaki farkın testi için örneklem büyüklüğü formülü yardımıyla yapılan hesaplamada örneklem büyüklüğü 33 bulunmuştur<sup>22</sup>. Araştırma sırasında kayıpların olabileceği düşünülerek örnekleme 40 anne alınmıştır. Araştırma süresince 7 anne taşınma (n=2), işe

girme(n=2) ve hastalık(n=3) nedeni ile çalışmadan ayrılmasına rağmen 33 anne ile çalışma tamamlanmıştır. Katılımcılar 1-4 yaşında erkek (n=18) veya kız (n=15) çocuğa sahip olan ev hanımı 33 annedir. Annelerin %60.6'sı 26-30 yaşında, %54.5'i lise ve üzeri eğitime sahiptir. Araştırma annelerin evlerinde yüz yüze görüşmelerle yapılmıştır.

## Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplamak amacı ile Çocuk, Aile ve Anne Bilgi Formu, Öz-Etkililik-Yeterlik Ölçeği ve Ev Çevresi Kontrol Listesi kullanılmıştır. Çocuk Bilgi formunun ilk bölümünde; çocuğun bireysel, davranışsal özellikleri, sosyal ve fiziksel çevresini irdeleyen sorular yer almıştır. Diğer bölümde; çocuk gelişim özelliklerinin ev kazası yönünden değerlendirilmesini içeren soruların yanında çocuğun son altı ay içinde ev kazası öyküsünü de içeren sorular da sorulmuştur.

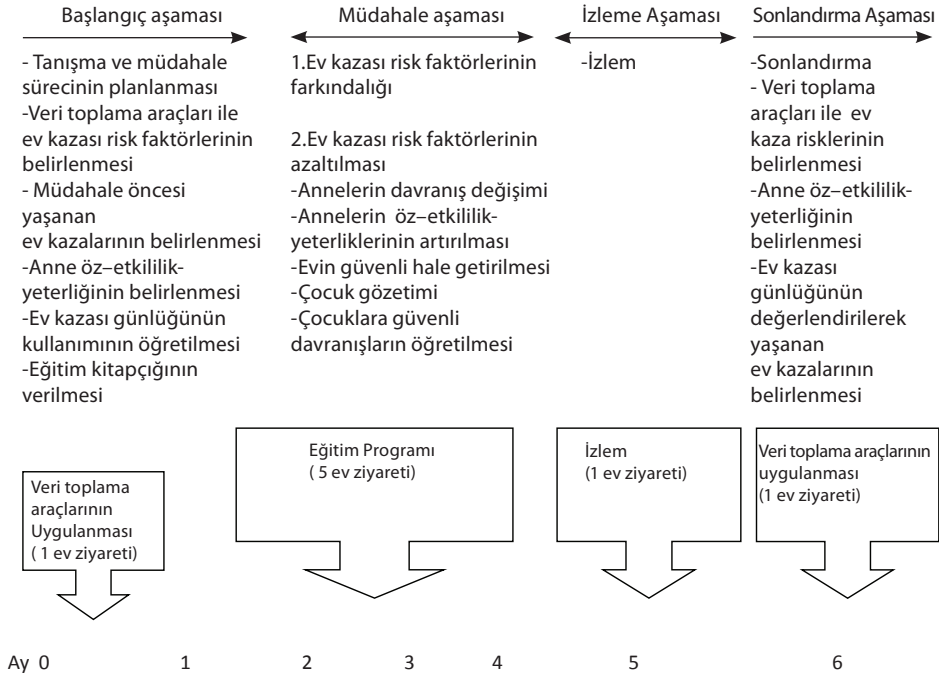
Aile ve Anne Bilgi Formunda, aile büyüklüğü, geliri, aile bireylerinin eğitimi, hastalık durumları, ilk yardım eğitimi alma durumları yanında annenin bireysel, davranışsal özellikleri, sosyal ve fizik çevre özelliklerini içeren sorular yer almıştır<sup>23-26</sup>.

Öz-Etkililik-Yeterlik Ölçeği, Sherer ve arkadaşları tarafından 1982 yılında geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe formunun güvenilirlik ve geçerliliği 1999 yılında Gözüm ve Aksayan tarafından yapılmış ve Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0,81, test - tekrar test güvenilirliği 0,92 olarak bulunmuştur<sup>27</sup>. Ölçek herhangi bir duruma spesifik olmayan, genel öz-etkililik-yeterlik algısını ölçmektedir. Yirmi üç ifadede oluşan beşli Likert tipi bir öz değerlendirme ölçeğidir. Ölçekten alınan toplam puandaki yükselme, bireyin genel öz-etkililik-yeterlik algısının iyi olduğu anlamına gelmektedir. Uygulama süresi ortalama 5 - 10 dakikadır<sup>27</sup>. Bu çalışmada Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0,74 bulunmuştur.

Ev Çevresi Kontrol Listesi, literatüre göre araştırmacı tarafından hazırlanmıştır<sup>11, 18, 28</sup>. Yangın veya duman detektörü, yangın merdiveni, acil bir durumda uygulanabilecek ev boşaltma planı, yangın söndürücü bulunma durumu ile ilgili genel değerlendirmenin yanında, pervaz yüksekliği 150 cm.'in altında olan tüm pencerelerin, 10 cm.den fazla açılmaması, pencere önüne herhangi bir mobilya veya eşya konulmaması gibi evin her odası için ayrı ayrı hazırlanmış 95 maddelik özellikler yer almıştır. Ev içinde kazaya neden olabilecek ev çevresi ve çocuk faktörleri için mutfak, banyo, tuvalet, çocuk odası, oturma odası, misafir odası, ebeveyn yatak odası, koridor ve genel gibi alanlar ayrı ayrı incelenmiştir.

## Araştırmanın Uygulanması

1-4 yaş dönemi çocuğu olan 10 anne ile ön uygulama yapılmıştır. Alanında uzman beş öğretim elemanının görüşleri alınarak veri toplama formlarına ve eğitim kitapçığına son şekli verilmiştir. Araştırmanın verileri, 1 Ekim 2008 - 17 Temmuz 2009 tarihleri arasında toplanmıştır. Çalışma ev ziyaretleriyle yürütülmüştür. Her bir katılımcıya ortalama 12- 20 gün ara ile altı kez müdahale ziyareti yapılmıştır. Ardından 30 gün ara ile izlem ve sonlandırma ziyareti yapılmıştır. Katılımcılara altı aylık süre içinde sekiz ev ziyareti yapılmıştır. Her ziyaret 40 ile 60 dakika arasında sürmüştür. Ev ziyaretlerinde annelere ev kazalarına yönelik eğitim verilmiştir.



Şekil. 1. Çocuk Ev Kazalarını Önleme Programı Süreci

Ev ziyaretleri ile yapılan hemşirelik girişimlerinde değerlendirme, rehberlik, danışmanlık, rol modeli olma, bilgilendirme rolleri kullanılmıştır. Ev kazalarını önleme programının temel iki stratejisi ev kazası risk faktörlerinin farkındalığı ve risk faktörlerinin azaltılmasıdır. Risk yönetimini temel alan hemşirelik girişimleri sosyal öğrenme teorisine temellenerek oluşturulmuştur.

Ev kazalarının önlenmesinde sosyal öğrenme teorisi hemşirelik girişimlerine temel oluşturmuştur. Annelerin öz-etkililik-yeterlik algısının yükseltilmesi için; ev kazaları ile ilgili yapılacak işleri parçalara ayırmak (kolaydan zora doğru), yapamama korkusunu aşamalı olarak azaltmak, pekiştirici vermek, araştırmacının model olması, sözel ikna, öneriler vermek, yapabileceğine inandırmak, geri bildirim vermek ve rahatlatmak gibi hemşirelik girişimleri kullanılmıştır. Önleme programı ev ziyaretleri ile altı ay boyunca sürekli yapıldığı için annelerdeki gelişmeler gözlenebilmiştir. Ayrıca her bir aileye özgü hemşirelik girişimi planlaması ile annelere ev kazası risk faktörleri, çocuk güvenliği ve ev çevresinin düzenlenmesi konusunda danışmanlık yapılmıştır.

## Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma Üniversite Etik Kurulu tarafından uygun bulunmuştur (LUT 08/20-42,08.05.2008). Araştırmanın uygulanabilmesi için T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara İl Sağlık Müdürlüğü'nden yazılı izin alınmıştır Uygulamaya başlamadan önce annelere araştırmanın amacı ve araştırma planına ilişkin bilgi verilmiştir. Bilgilendirilmiş onam formu ile yazılı onamları alınmıştır. Bu onam formundan bir adet annelere de verilmiştir. Katılımcılara araştırmaya katılımın gönüllülük ilkesine göre olduğu, araştırmadan istedikleri zaman çekilebilecekleri ve verdikleri bilgilerin kesinlikle gizli tutulacağı söylenmiştir.

## Verilerin Analizi

İstatistiksel analizler Statistical Package for Social Science (SPSS) 11.5 programı kullanılarak yapılmıştır (SPSS Inc.,Chicago, IL, USA). Veriler sayı, yüzdelik, eşleştirilmiş iki grup t ve McNemar testi kullanılarak değerlendirilmiştir. Sonuçlar anlamlılık  $p<0.05$  düzeyinde, %95 güven aralığında değerlendirilmiştir<sup>19,21</sup>.

## BULGULAR

Anne bildirimlerine göre, ev kazalarını önleme programı öncesindeki altı ay içinde evlerinde buldukları süre içinde anneleri tarafından çocukların %56.7'nin 5-20 dakika, %36.7'nin 30-60 dakika gözlenmediği belirlenmiştir. Çocuklarının ev kazası oluşturacak riskli davranışı olduğunda annelerin %37.0'ı çocuğa yapmaması için bağırıp, kızdığını ifade etmiştir. Ev kazalarını önleme de bilgi kaynağı olarak annelerin %35.4'ü kendi deneyimlerini, %20.4'ü aile - arkadaş çevresini ve televizyon - gazeteyi kullanmaktadır (Tablo 1).

Ev kazalarını önleme programı sonrasında '*Temizleyici maddeler ve zehirleyici ürünler kendi kutularında ve çocukların ulaşamayacağı kilitli dolaplarda saklanmaktadır*' ve '*Mutfak masasında örtü kullanılmamaktadır ya da örtü sabitlenmiştir*' gibi ev güvenliğine yönelik risk faktörlerinde azalma olmuştur. Yapılan değerlendirmede aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ). '*Evde yangın veya duman detektörü vardır*' ve '*Pencerelerin korkulukları veya pencere açıklığını ayarlayan emniyet düzeneği vardır*' gibi risk faktörlerinde belirgin bir azalma yaşanmamıştır (Tablo 2).

Önleme programı öncesindeki altı ay içinde çocukların %75.8'inin önemli bir ev kazası yaşadığı belirlenmiştir. Annelerin tuttıkları ev kazası raporlarına göre önleme programı süresince çocukların ev kazası geçirme sıklığının %36.4'e düştüğü görülmüştür. Yapılan değerlendirmede aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p=0.002$ ,  $p<0.05$ ), (Tablo 3).

Annelerin ilk ziyarette öz-etkililik-yeterlik puan ortalaması 86.091 iken, son ziyarette bu ortalama 97.061'e yükselmiştir. Yapılan değerlendirmede aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.001$ ).

Evlere yapılan ilk ziyarette belirlenen ev kazaları risk sayısı ortalaması 26.364 iken, son ziyarette bu ortalama 16.091'e düşmüştür. Yapılan değerlendirmede aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.001$ ), (Tablo 4).

**Tablo 1. Önleme Programı Öncesi Annelerin İfade Ettikleri Davranışsal Özellikleri**

<b>Annelerin Davranışsal Özellikleri</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Çocuğun Gözlenmediği Süre</b>		
5 – 20 dakika	17	56.7
30 – 60 dakika	11	36.7
120- 180 dakika	2	6.7
<b>Toplam</b>	<b>30*</b>	<b>100.0</b>
<b>Çocuğun Tehlikeli Bir Davranışında Annenin Tepkisi</b>		
Yapmaması için bağıırır, kızırım	29	37.0
Önlem alırım	14	19.6
Yaptığı şeyin tehlikeli olduğunu anlatırım	11	15.4
Uyarırım	7	9.8
Döverim	6	8.4
Korkuturum	4	5.6
Panik olurum, ne yapacağımı şaşırırım	3	4.2
<b>Toplam</b>	<b>74**</b>	<b>100.0</b>
<b>Ev Kazasını Önlemek İçin Kullanılan Bilgi Kaynağı</b>		
Kendi Deneyimleri	20	35.4
Aile / Eş / Arkadaş	12	20.4
Televizyon / Gazete	12	20.4
Kitap	6	10.2
Sağlık Kuruluşu / Hemşire / Doktor	4	6.8
Okul	3	5.1
İnternet	1	1.7
<b>Toplam</b>	<b>58 **</b>	<b>100.0</b>

\* Annelerin 3'ü çocuğun gözlenmediği zamanın olmadığını ifade etmiştir.

\*\* Birden fazla cevap verildiği için 'n' artmıştır.

**Tablo 2. Evde Belirlenen Risklere Yönelik Değişimler**

Kibrit, çakmak, mum gibi çocuğun ilgisini çekecek şeyler çocukların ulaşamayacağı yerlerde saklanmaktadır.	*p=0.031
Temizleyici maddeler ve zehirleyici ürünler kendi kutularında ve çocukların ulaşamayacağı kilitli dolaplarda saklanmaktadır.	*p=0.000
Mutfak masasında örtü kullanılmamakta ya da örtü sabitlenmiştir.	* p=0.000
Çocuğun tıkanmasına neden olabilecek yiyecek ve küçük parçalar çocukların ulaşamayacağı yerlerde saklanmaktadır.	* p=0.000
Bıçaklar ve diğer keskin cisimler çocukların ulaşamayacağı yerlerde veya dolaplarda saklanmaktadır.	* p=0.000
Evde / apartmanda çalışır durumda yangın söndürücü vardır	*p=0.031
Banyo zemini ıslak değildir.	* p=0.004
Temizlik ürünleri ve dezenfektanlar endi kutularında ve çocukların ulaşamayacağı kilitli dolaplarda saklanmaktadır.	* p=0.000
Evde yangın veya duman detektörü vardır	_**
Pencerelerin korkulukları veya pencere açıklığını ayarlayan emniyet düzeneği vardır.	*p=1.000
Balkon korkuluklarının arası çocukların ayak ya da başlarının sıkışmasına imkân vermeyecek genişliktedir.	*p=1.000
Pervaz yüksekliği 150 cm.in altında olan tüm pencereler, 10 cm.den fazla açılmamaktadır.	*p=1.000

\* McNemar Testi

\*\* Ailelerin 33'ünde detektör yoktur, hiçbir değişim olmadığı için p hesaplanamamıştır.

**Tablo 3. Çocukların Müdahale Öncesi ve Sonrası Ev Kazası Geçirme Durumları**

Müdahale Öncesi 6 Ay İçinde Geçirilen En Önemli Ev Kazası	Müdahale Sürecinde (6 ay) Geçirilen Ev Kazaları				TOPLAM		İstatistik
	Var		Yok				
	S	%	S	%	S	%	
Var	10	30.3	15	45.5	25	75.8	*p=0.002
Yok	2	6.1	6	18.1	8	24.2	
<b>TOPLAM</b>	12	36.4	21	63.6	33	100.0	

\*McNemar Testi.



Tablo 4. Annelerin Öz-Etkililik-Yeterlik ve Evde belirlenen Kaza Risklerinin Puan Ortalamaları

Özellikler	X <sup>-</sup>	SD	t*	p
<b>Öz-Etkililik-Yeterlilik Puan Ortalaması</b>				
Müdahale öncesi	86.091	11.7643	-8,795	0.000
Müdahale sonrası	97.061	8.8528		
<b>Evde Belirlenen Kaza Risklerinin Ortalaması</b>				
Müdahale öncesi	26.364	6.5423	16.278	0.000
Müdahale sonrası	16.091	5.0334		

\* Paired Samples t-Test.

## TARTIŞMA

Çocuk ev kazalarını önleme programı ile evlerdeki ev kazası risk faktörleri azaltılmıştır. Program öncesine göre çocuklarda ev kazası görülme sıklığı düşmüştür. Annelerin öz-etkililik-yeterlik algıları artmıştır. Ancak ek ücret gerektiren ev güvenliği düzenlemelerinde anlamlı değişimler yapılamamıştır. Önleme programının ev ziyaretleri ile yapılması ebeveynlerin ev kazası risk faktörlerine karşı farkındalığının artırılmasını, risklerin azaltılmasını ve ev içi düzenlemelerin yapılmasını kolaylaştırmıştır. Ev ziyaretleri çocuk, aile ve evin aynı anda değerlendirilmesini sağlamıştır. Araştırmacının görüşmelerle bireylerden topladığı verileri ev ortamında kendi gözlemleri ile karşılaştırmasına olanak sağlamıştır. Yapılan çalışmalarda bu çalışma sonuçlarını destekler niteliktedir. Literatüre göre sağlık personelinin ev ziyaretleri yapması ile ev kazaları sıklığının azaldığı<sup>5,17</sup> ve ev güvenlik davranışları için annelerin öz-etkililik-yeterlik algısının artırılabilirdiği saptanmıştır<sup>17</sup>.

Önleme programı öncesinde; annelerin çocuklarını evde buldukları zaman içinde minimum 5-20 dakika gözlemlemediği ortaya çıkmıştır (Tablo 2). Alaska ve Louisiana'daki çocuk ölümlerinin %40.8'inin çocukların anne- babaları tarafından yetersiz gözetilmeleri sonucu olduğu saptanmıştır<sup>29</sup>. Ebeveyn gözetimi ev kazalarının önlenmesinde önemli bir bileşen olarak saptanmıştır<sup>30</sup>. Anne gözetim uygulamalarının az olması ev kazası oluşumu açısından önemli bir risk olarak saptanmış ve önleme programı içinde yer almıştır.

Anneler, önleme programı öncesinde çocukları ev kazasına yol açacak riskli bir davranışta bulunduğu anda; genellikle çocuklarına riskli davranışı yapmaması için bağırpıp, kızmaktadır. Manganello ve McKenzie<sup>31</sup>'nin çalışmasında ebeveynlerin, çocuklarının ev kazası geçirmesini önlemek için çevresel değişimlerden daha fazla güvenlik sağlayıcı kuralları kullandığı saptanmıştır. Ev kazası risklerinin çocuklara öğretilmesi kazaların önlenmesinde önemli bir kolaylaştırıcıdır<sup>30</sup>. Çocuklara dokunmaması, yapmaması gereken şeyler açıklanarak bu tür davranışların sonucunda neler olabileceği konusunda çocuklar bilgilendirilmelidir (Örneğin; fırınla oynamamak, prizlere dokunmamak, pencereden sarkmamak)<sup>32</sup>. Morrongiello B.A.<sup>33</sup> araştırmasında çocukların güvenlik konusunu anlamalarını sağlayacak etkili öğretim stratejilerine

ihtiyaç olduğunu vurgulamıştır. Bu çalışmada çocuk ev kazası resimleri ya da annenin çevresinden duyduğu çocuk ev kazası örnekleri üzerinde konuşma, televizyon, gazete haberleri üzerinde tartışma, güvenli davranışların çocuğa nasıl öğretileceği konusunda uygulamalar yapmak (oyun, resim, hikaye, tekerleme vb.), ilk yardım uygulamalarını oyuncak bebek üzerinde yapmak, annenin kendi davranışlarını diğer aile fertleri ile tartışması, onların fikirlerini alması, ev kazası ile ilgili davranışların tartışılması vb. interaktif eğitim yöntemleri kullanılmıştır.

Annelerin ev kazalarını önlemek için daha çok kendi deneyimlerini, aile ya da arkadaş çevrelerini kullandıkları belirlenmiştir. İnanç ve ark.<sup>34</sup>'nin çalışmasında; ev kazası nedeniyle acile getirilen çocukların ailelerinin çoğu yaralanmalar konusunda bilgi edinmemişlerdir. Kontrol grubunda; televizyon, kitap ve diğer yazılı kaynaklar aracılığıyla bilgilendirilmenin daha fazla olduğu bulunmuştur. Annelerin ev kazalarından korunmaya yönelik bilgi düzeyleri azaldıkça ev kazaları görülme sıklığının arttığı saptanmıştır<sup>35</sup>. Khanom A. ve ark.<sup>36</sup> çalışmasında annelere çocukluk yaralanmaları riskleri ile ilgili mesajların sağlık çalışanları ve eğitilmiş anneler tarafından yüz yüze, medya ve sosyal ağlarla verilmesi gerektiği saptanmıştır. Ailelerin ev kazalarını önlemede bilgi kaynağı olarak sağlık çalışanlarını kullanmamaları önemli bir bulgudur. Sağlık ekibi ve hemşirelerin sağlık hizmeti sunumunda annelere yönelik eğitim ve danışmanlık hizmeti vermeleri gerekmektedir. Bu ev kazalarının önlenmesi ve kanıtla dayalı çalışmaların kullanılabilmesi açısından önemlidir.

Güvenli davranışlarla ev güvenliğinin sağlanmasında anlamlı farklılık yaratan değişimler gözlenmiştir. Bu da ev güvenliğinin sağlanmasında annelerin üstlerine düşen sorumlulukları yerine getirdiğini düşündürmektedir. Ancak, aile bütçesine ek harcama getiren ev düzenlemeleri maddi nedenler yüzünden gerçekleştirilememiştir. Khanom A. ve ark.<sup>36</sup> çalışmasında ev kazalarının önlenmesinde çocuk güvenlik ekipmanlarının kullanılmasının önemi vurgulanmıştır. Güzel ve ark.<sup>37</sup> çalışmasında, çocuk acile başvuran düşme olgularının nedenleri ev eşyaları, merdiven ve balkon ile pencere olarak belirlenmiştir. Istre ve ark.<sup>38</sup> araştırmasında, apartmandan düşmelerin %52'sinin pencereden, %45'inin balkondan olduğu belirlenmiştir. New Zealand'da yapılan bir çalışmada ev yaralanmalarına yol açan durumların çoğunun mütevazî maliyetlerle düzeltilebilecekleri bulunmuştur. Bunlardan biri de duman dedektörü eksikliğidir<sup>39</sup>. Yasalar, duman alarmı gibi yaralanma riski ve şiddetini azaltıcı malzemenin kullanımını gerektirmektedir. Çeşitli mal ve hizmetler (güvenli araçlar, oyuncak, mobilya vb.) için zorunlu standartlar, çocuk güvenliği yükümlülüğünü oluşturabilir ve riskleri azaltabilir<sup>6</sup>. Bu yüzden pencere ve kapılar için yapı standartlarının oluşturulması<sup>40</sup>, yasa ve düzenlemelerin zorlayıcılığının olması<sup>6</sup> ve ebeveynlerin bu konuda farkındalığının artırılması gerekmektedir. Hemşireler; ev kazaları hakkında bilgi vererek, önerilerde bulunabilirler<sup>20</sup>.

Altundağ ve Öztürk<sup>23</sup> araştırmalarında; annelere yapılan eğitim sonunda; çocuklarda kaza görülme sıklığının azaldığı belirlenmiştir. Çınar ve Görak<sup>41</sup> çalışmasında da, ev kazası görülme sıklığının %63.3'den %28'e düştüğü belirlenmiştir. Bu çalışmada da önceki çalışmalara benzer şekilde önleme programı ile ev kazaları sıklığının düştüğü bulunmuştur.

Annenin öz-etkililik-yeterlik algısının düşük olması, ev kazası oluşumu ile ilgili önemli bir risk faktörüdür. Öz-yeterlik; bireyin farklı durumlarla baş etme, belli bir etkinliği başarma yeteneğidir<sup>15</sup>. Öz-yeterliği yüksek olan bireylerin, karmaşık olaylarla baş

edebildiği, problemlerin üstesinden gelebildiği ve başarmak için kendilerine güvendiği belirlenmiştir<sup>14</sup>. Hendrickson<sup>17</sup> araştırmasında, annelerin öz-etkililik-yeterlik algısının artırılabilirdiği gösterilmiştir. Bu araştırma sonucunda da benzer şekilde annelerin öz-etkililik-yeterlik algısı yükselmiştir.

Araştırma sonucunda, ilk ziyarette belirlenen risk sayısı azalmıştır ( $p<0.001$ ). Çocukların, meraklarını baskılayacak etkinliklerle davranışları değiştirmek yerine güvenli bir çevrede yaşamalarını sağlamak ev kazaları kontrolünde en uygun yaklaşımdır. Güvenli çevre, çevredeki riskleri sürekli gözlemleyerek, riskleri öngörerek, çözümler üreterek ve bireyleri sürekli eğiterek oluşturulabilmektedir<sup>1</sup>. Hendrickson<sup>17</sup> araştırmasında, ev çevresinin düzenlenmesinin risklerin azaltılmasını da sağladığı belirlenmiştir. Bilgilendirme ile birlikte destekleyici ev ziyaretleri yapan hemşireler, ev çevresinin düzenlenmesini sağlayabilmektedirler<sup>6</sup>. Bu sonuçlar, bu çalışmanın sonuçları ile de paralellik göstermektedir. Evde oluşan kazaların birçoğunun önlenabilir olması nedeni ile ev ortamında kazaya yol açan risk faktörlerinin azaltılması çalışmalarının yapılması önemlidir<sup>4-6</sup>.

## Sonuç ve Öneriler

Çalışma bulgularına göre sosyal öğrenme teorisine temellenen, ev ziyaretleri ile uygulanan çocuk ev kazalarını önleme programının, 1-4 yaş dönemi çocuklarda ev kazası görülme sıklığı, annelerin öz-etkililik-yeterlikleri ve ev çevresinde kazaya yol açan risk faktörlerinin azaltılması üzerine etkisi olduğu söylenebilir. Hemşireler; ev kazaları hakkında danışmanlık ve eğitim faaliyetlerinde bulunabilirler. Düşük gelirli ailelerin ev güvenliğini sağlayıcı malzeme kullanımını destekleyici maddi ve yasal önlemler alınabilir. Ev kazalarının önlenmesi için birinci basamak sağlık hizmetleri içinde telefonla danışma hattı oluşturulabilir. Ev kazaları önleme programları sektörler arası işbirliği ile bir ekip hizmeti şeklinde planlanabilir.

Ailelere danışmanlık hizmeti ile birlikte ev kazalarına yönelik eğitimlerin sürekliliğinin sağlanması önemlidir. Ev kazalarını önleme programları; ev kazalarına yönelik anne farkındalığı, çocuk gözetimi, çocuklara güvenli davranışların öğretilmesi, ev çevresinin güvenliğini sağlanması konularını içermelidir. Önleme programının ev ziyaretleri ile uygulanması ve sosyal öğrenme teorisinin kullanımı programın başarısında önemli unsurlar olarak karşımıza çıkmaktadır. Düşük gelirli ailelerin mütevazı maliyetlerle ev güvenliğini sağlayıcı malzeme kullanımını destekleyici maddi ve yasal önlemler alınmalıdır. Çalışmanın küçük bir örneklem grubu üzerinde yapılması nedeni ile daha büyük örneklem üzerinde diğer yaş gruplarını da kapsayan, farklı öğretim tekniklerinin kullanıldığı randomize kontrollü çalışmalar şeklinde planlanarak yapılması önerilmiştir.

## Çalışmanın Sınırlılıkları

Çalışma da veri toplama amacı ile kullanılan Ev Çevresi Kontrol Listesi için alanları halk sağlığı hemşireliği ve pediatri hemşireliği olan üç profesörden uzman görüşü alınmıştır. Geçerlik- güvenilirlik çalışması yapılmamıştır. Bu çalışma, Türkiye'nin İç Anadolu bölgesinde yer alan tek bir ilde, kontrol grupsuz yapılmıştır. Türkiye birbirinden farklı kültürel özelliği olan yedi bölgeden oluşmaktadır. Bu kültürel farklılıklar çocuk ev kazaları farkındalığını etkileyebilir.

**Not:** Makale, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nde 10 Şubat 2010 tarihinde kabul edilen doktora tezinin bir bölümünü içermektedir.

## KAYNAKLAR

1. Baysal SU, Yıldırım F, Bulut A. Çocuk Güvenliği Yaralanmalardan ve Zehirlenmelerden Korunma Güvenlik Kontrol Listesi. İstanbul: İstanbul Tıp Fakültesi Basımevi. ; 2005
2. Child and Adolescent Injury Prevention, A Global Call to Action: World Health Organization UNICEF. Erişim:03/01/2007, [www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/other\\_injury/childhood/en/index.html](http://www.who.int/violence_injury_prevention/other_injury/childhood/en/index.html). 2005.
3. Ulukol B. Ev Kazaları In: Karaböcüoğlu M, Uzel N, Yılmaz L, eds. Çocuk Acil Tıp Kitabı İstanbul: İstanbul: Çocuk Acil Tıp ve Yoğun Bakım Derneği; 2004 383 - 394.
4. Morrongiello BA, Ondejko L, Littlejohn A. Understanding Toddlers' in-Home Injuries: I.Context, Correlates and Determinants. Journal of Pediatric Psychology. 2004;29:415-431.
5. Johnston BD, Britt J, D'Ambrosio L, Mueller BA, Rivara FP. A Preschool Program for Safety and Injury Prevention Delivered by Home Visitors. Injury Prevention 2000;6:305 - 309.
6. Harvey A, Towner E, Peden M, Soori H, Bartolomeos K. Injury Prevention and the Attainment of Child and Adolescent Health. Bull World Health Organ 2009;87 390 - 394 .
7. Özcebe H. Yaralanma Kontrol ve Korunma Programları ve Güvenli Toplumlar. In: Güler Ç, Akın L, eds. Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2006:686 - 698.
8. WHD Brochure, Part IV: The Priorities and Solutions for Creating Healthy Places. World Health Organization. Available at: Erişim:17/07/2007, <http://www.who.int/world-health-day/2003/infomaterials/Brochure4/en> .
9. Dünya Sağlık Raporu "Risklerin Azaltılması, Sağlıklı Yaşamın Geliştirilmesi: Dünya Sağlık Örgütü 2002.
10. Gielen AC, Sleet D. Application of Behavior - Change Theories and Methods to Injury Prevention. Epidemiologic Reviews. 2003;25:65 -76.
11. Trifiletti L.B., Gielen A.C., Sleet D.A., K. H. Behavioral and Social Sciences Theories and Models: Are They Used in Unintentional Injury Prevention Research? Health Education Research January 2005;20(3):298 - 306.
12. Aydın A. Sosyal Bilişsel Kuram. Gelişim ve Öğrenme Psikolojisi. İstanbul: Basım Yayım Dağıtım Ltd. Şti.; 2000:212- 221.
13. Koç G. Sosyal Öğrenem Kuramı. In: Ulusoy A, ed. Gelişim ve Öğrenme 3ed. Ankara: Anı Yayıncılık; 2004:207 - 243.
14. Korkmaz İ. Sosyal Öğrenme Kuramı. In: Yeşilyaprak B, ed. Eğitim Psikolojisi,Gelişim-Öğrenme-Öğretim. 2 ed. Ankara: Pegem A Yayıncılık; 2006:217 - 241.
15. Senemoğlu N. Gelişim Öğrenme ve Öğretim Kuramdan Uygulamaya. Ankara: Gazi Kitabevi Tic. Ltd Şti; 2001
16. Bahar Z, Açı D. SAĞLIĞI GELİŞTİRME MODELİ: KAVRAMSAL YAPI. DEUHYO ED. 2014;7(1):59-67.
17. Hendrickson SG. Reaching an Underserved Population With a Randomly Assigned Home Safety Intervention Injury Prevention. 2005;11:313-317. .
18. Sattler B. Environmental Health Risks: At Home, at Work, and in the Community. In: Maurer FA, Smith CM, eds. Community / Public Health Nursing Practice. United States: Saunders Elsevier; 2009:238-265.
19. Aksayan S, Bahar Z, Bayık A, et al. Hemşirelikte Araştırma İlke Süreç ve Yöntemleri. İstanbul: Odak Ofset; 2002.

20. Allender JA, Spradley BW. Roles and Settings for Community Health Nursing Practice. Community Health Nursing Concepts and Practice. Fifth ed: Lippincott Williams & Wilkins 2001b:39-54.
21. Polit DF, Beck CT, P.Hungler B. Essentials of Nursing Research Methods, Appraisal, and Utilization. 5th ed: Lipponcot Williams & Wilkins; 2001
22. Sümbüloğlu V, Sümbüloğlu K. Klinik ve Saha Araştırmalarında Örneklem Yöntemleri ve Örneklem Büyüklüğü. Ankara: Alp Ofset Matbacılık Ltd. Şti.; 2005.
23. Altundağ S, Öztürk MC. Ev Kazalarına Yönelik Eğitimin, Güvenlik Önlemleri Alınması ve Kaza Görülme Sıklığına Etkisi. Ulus Travma Acil Cerrahi Derg 2007;13(3):180- 185.
24. Baysal SU, Binici A. Çocukluk Çağında Kazalar ve Yaralanma Kontrolü. Türkiye Klinikleri J Pediatr Sci. 2006;2 (2 ):64-78.
25. Dal Santo JA, Goodman RM, Glik D, Jackson K. Childhood Unintentional Injuries: Factors Predicting Injury Risk Among Preschoolers. Journal of Pediatric Psychology 2004;29 (4):273 - 283
26. LeBlanc JC, Pless IB, W.James King, et al. Home Safety Measures and the Risk of Unintentional Injury Among Young Children: A Multicentre Case - Control Study. CMAJ. 2006;175(8):883 - 887.
27. Gözüm S, Aksayan S. Öz-Etkililik-Yeterlilik Ölçeğinin Türkçe Formunun Güvenilirlik ve Geçerliliği. Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi. 1999;2(2):21 - 34.
28. Schwebel DC, Gaines J. Pediatric Unintentional Injury: Behavioral Risk Factors and Implications for Prevention. Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics. 2007; 28: 245 - 254.
29. Landen MG, Bauer U, Kohn M. Inadequate Supervision as a Cause of Injury Deaths Among Young Children in Alaska and Louisiana Pediatrics. 2003;111(2):328-331
30. Ablewhite J, Peel I, McDaid L, et al. Parental perceptions of barriers and facilitators to preventing child unintentional injuries within the home: a qualitative study. BMC Public Health 2015;15:280- 289.
31. Manganello JA, McKenzie LB. Home and child safety on reality television. Health Education Research 2009;24(1):49-53.
32. Akdoğan Y. Ev Ortamının Çocuğun Gelişimine Göre Düzenlenmesi. Aile ve Toplum, Eğitim Kültür ve Araştırma Dergisi. 2006;3(10):27-33
33. Morrongiello BA, McArthur BA, Bell M. Managing children's risk of injury in the home: Does parental teaching about home safety reduce young children's hazard interactions? Accident Analysis and Prevention 2014;71:194-200.
34. İnanç DÇ, Baysal SU, Çetin Z, Coşgun L, Taviloğlu K, Ünüvar E. Çocukluk Çağında Yaralanma Kontrolü: Ailenin Davranışı ve Güvenlik Danışmanlığı Türk Ped Arş 2008a;43:127-134. .
35. Turan T, Ceylan SS. 0-6 Yaş Grubu Çocukları Olan Annelerin Ev Kazalarını Önlemek İçin Aldıkları Güvenlik Önlemlerinin Aile Özelliklerine ve Son Bir Aydaki Ev Kazaları Sıklığına Göre Değerlendirilmesi. Sağlık ve Toplum. 2007;17(4 ):Ekim-Aralık 52- 58.
36. Khanom A, Hill RA, Brophy S, Morgan K, Rapport F, Lyons R. Mothers' perspectives on the delivery of childhood injury messages: a qualitative study from the growing up in Wales, environments for healthy living study (EHL). BMC Public Health. 2013;13:806.
37. Güzel A, Karasalihoğlu S, Küçükkuşurluoğlu Y. Çocuk Acil Ünitemize Düşme Nedeniyle Başvuran Travma Olgularının Değerlendirilmesi. Ulus Travma Acil Cerrahi Derg 2007;13(3):211-216.
38. Istre GR, Mccoy MA, Stowe M, et al. Childhood Injuries Due to Falls from Apartment Balconies and Windows Injury Prevention. 2003;9(3):349-352
39. Keall MD, Howden-Chapman P, Baker MG, et al. Formulating a programme of repairs to structural home injury hazards in New Zealand. Accident Analysis and Prevention 2013;57:124- 130.
40. Falls from Heights: Windows, Roofs, and Balconies. Pediatrics. 2001;107(5):1188-1191.
41. Çınar ND, Görak G. Mother's Role In Preventing Childhood Home Accidents. Revista Brasileira em Promoção da Saúde Universidade de Fortaleza. 2007:238-242

# Kronik Bel Ağrısı Olan Hastaların Kullanmış Oldukları Tamamlayıcı Tedavi Yöntemlerinin ve Hastalık Algılarının İncelenmesi

## Illness Perception and Complementary Therapy Use of Chronic Low Back Pain Patients

(Araştırma)

*Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2016, 3(2), 14–27*

**Mevlûde KARADAĞ\*, Nurcan ÇALIŞKAN\*, Özge (PEKİN) İŞERİ\*\*, Serdar SARITAŞ\*\*\***

\*Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Ankara, Türkiye

\*\*Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tokat Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü, Tokat, Türkiye

\*\*\*İnönü Üniversitesi Malatya Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü, Malatya, Türkiye

Geliş Tarihi: 02 Temmuz 2015

Kabul Tarihi: 10 Şubat 2016

### ÖZ

**Amaç:** Çalışma, kronik bel ağrısı olan bireylerin kullandıkları tamamlayıcı tedavi yöntemlerini ve hastalık algılarını incelemek amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapılmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Araştırma Tokat Devlet Hastanesi'nde Nöroşirurji servisinde tedavi gören ve çalışmaya gönüllü olarak katılan 49 birey ile Eylül-Ekim 2009'da gerçekleştirilmiştir. Veriler araştırmacılar tarafından geliştirilen soru formu ve Hastalık Algısı Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Araştırmanın verileri sayı, ortalama, standart sapma, yüzdelik, pearson korelasyon kat sayısı ile değerlendirilmiştir.

**Bulgular:** Hastaların %65.3'ü bel ağrısı dışında boyun ve sırt ağrısı da olduğunu ve bel ağrısının ilk başlangıç zamanının 1-5 yıl önce olduğunu (%42.9) belirtmektedirler. Şu andaki ağrı düzeylerinin günlük yaşam aktivitelerini sınırlayacak derecede olduğunu (%67.3) ve hastaların hepsi tamamlayıcı tedavi yöntemini kullandığını belirtmektedirler. En fazla kullanılan yöntemlerin kaplıcaya gitmek (%73.5), masaj yapmak (%71.4), bitkisel tedavi kullanmak (%61.2) ve dua etmek (%59.2) olduğu belirlenmiştir. Katılımcılar hastalık süresince en fazla ağrı (%100), güç kaybı (%83.7), yorgunluk (%65.3) belirtilerini yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Hastaların hastalık hakkındaki görüşleri ile ilgili alt boyutlar incelendiğinde; duygusal temsiller algısı, kişisel kontrol, süre (akut/kronik) algısı ve olumsuz sonuçlar algısı puan ortalamalarının diğer alt boyutlara göre yüksek olduğu belirlenmiştir. Hastalığı anlayabilme algısı puan ortalaması en düşük bulunmuştur.

**Sonuç:** Hastaların bel ağrısıyla birlikte ortaya çıkan duygusal belirtileri yoğun olarak algıladıkları, kronik bir hastalığa sahip olduklarına inandıkları ve hastalığın nedeni olarak stres – endişe ile kalıtımın etkili olduğuna inandıkları belirlenmiştir.

İletişim : mevludekaradag@gmail.com

17-18 Ekim 2013'de Letonya, Riga'da düzenlenen 4th International Scientific Conference'da sözel bildiri olarak sunulmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** Hastalık algısı, Kronik bel ağrısı, tamamlayıcı tedavi

## ABSTRACT

**Aim:** The study was conducted as a descriptive and cross-sectional study to examine the complementary therapy methods used by individuals with chronic low back pain and their perceptions of the disease.

**Material and Method:** The study was carried out with 49 individuals who voluntarily participated in the study and were undergoing treatment in Tokat State Hospital in September-October 2009. Data was collected by using the questionnaire developed by researchers and the Disease Perception Questionnaire. Study data was analyzed with number, average and standard deviation, percentage, and Pearson Correlation Coefficient.

**Findings:** Of the patients, 65.3% described having pain around neck and back in addition to low back and they indicated that the first starting time of their pain was 1-5 years before (42.9%). They reported that their current pain was at a level of limiting daily living activities (67.3%) and all of them stated that they were using complementary therapy methods. The most commonly used complementary methods were determined as taking hot spring (73.5%), having massage (71.4%), using herbal therapy (61.2%) and praying (59.2%). Participants reported mostly experiencing symptoms of pain (100%), weakness (83.7%), fatigue (65.3%) during the process of the disease. When patients' perceptions of disease were examined, it was determined that average scores of perception of emotional representations, personal control, perception of duration (acute/chronic) and perception of adverse consequences were higher than other sub-dimensions. Average score of the perception of awareness for the disease was determined as the lowest score.

**Conclusion:** It was determined that patients perceived emotional symptoms intensively, believed that they had a chronic disease, and stress-anxiety and heredity were the causes of the disease.

**Key Words:** Disease perception, chronic low back pain, complementary therapy

## GİRİŞ

İnsanların yaşamlarının her hangi bir döneminde en az bir kez yaşadıkları bel ağrısı, yaygın bir sağlık sorunudur<sup>1</sup>. Epidemiyolojik çalışmalarda bel ağrısının oluşumunda ve daha sonra tekrarlamasında psikosozyal ve işle ilgili birçok faktörlerin rol oynadığını belirlenmiştir<sup>1,2</sup>. Bu faktörlerden bir tanesi de hastanın hastalık algısıdır.

Hastalık algısı, hastalığa karşı gösterilen duygusal bir tepki olup, birey tarafından hastalık deneyimlerinin nasıl tanımlandığı ve anlaşıldığıdır. Aynı zamanda hastalık algısı; ağrı gibi bedensel bir duyunun yorumlanması ile kültür ve önceki deneyimlerle şekillenen bilginin etkileşimi sonucu oluşan bir algılama biçimidir<sup>3,4</sup>. Bireyin olayları nasıl algıladığının sadece fizyolojik, psikolojik ya da psikosozyal iyilik haline değil, yaşam kalitesine hatta fiziksel hastalığın gidişine de etkisi vardır<sup>3</sup>. Dolayısıyla, hastanın bel ağrısını algılama biçimi hastalığın oluşumunda bir risk faktörü olarak değerlendirilebilmektedir<sup>1,2</sup>.

Hastalığın nasıl algılandığı yaşanan sorunların anlaşılması ve uygun girişimlerin planlanması için önemlidir<sup>5</sup>. Bel ağrısı gibi kronik hastalıklarda hastanın hastalığını algılama biçimi, hastalığın yol açtığı güçlüklerle ilgili olarak kişinin denge ve uyumunu



etkilemektedir<sup>4</sup>. Foster ve arkadaşları<sup>6</sup> çalışmalarında 810 kişilik bir hasta grubunda kronik bel ağrısı ile hastalık algısı arasındaki ilişkiyi araştırmışlardır. Bu çalışmada hastaların uzun süre devam eden bel ağrısı şikayetlerinin olduğu, hastalık belirtilerinin kontrol altına alınamayacağı ve tedavinin başarılı olmayacağı yönünde algıları olduğu belirlenmiştir. Glattacker ve arkadaşları<sup>7</sup> da benzer şekilde bel ağrısı olan hastaların genellikle bel ağrıları hakkında kötümser algıları olduğunu belirtmektedir. Bu nedenle bir çok araştırmacı, özellikle kronik hastalıkların tedavisinde hastaların hastalık hakkındaki inançlarının dikkate alınmasının önemli olduğunu vurgulamaktadır<sup>2,6,7</sup>. Örneğin ağrı üzerinde kişisel denetiminin az olduğunu düşünen hastalara daha aktif olmasını tavsiye etmek işe yaramamaktadır. Bireylerin hastalık hakkındaki algılamaları ve tutumları sağlık davranışlarını etkilemektedir. Hastanın tedavi hakkındaki inancı, ilaç tedavisine uyumu ve kronik ağrının kendi kendine yönetimi hakkında ipuçları verebilmektir<sup>7</sup>. Özellikle hastalık algısı kötü olan birey, ağrı yoğunluğunu, fonksiyon sınırlılığını ve psikolojik stresi daha yoğun yaşamaktadır<sup>2</sup>. Bu durum tedaviden beklenen yararı olumsuz etkileyebilmekte ve hastanın standart tedavi yöntemlerinden memnun kalmamasına neden olabilmektedir. Bel ağrısı olan hastalar standart tedavi yöntemlerinden memnun kalmadıkları zaman farklı çözüm arayışı içine girebilmektedirler. Bu çözüm arayışı modern tıptan “halk tıbbı” olarak isimlendirilen yöntemlere kadar çeşitlilik gösterebilmektedir<sup>8</sup>.

Günümüzde hastalıkların tanı, bakım ve tedavilerinde gözlenen hızlı gelişmelere paralel olarak hastaların kendi tedavilerinde daha fazla kontrol ve sorumluluk almadaki istekleri, şikayetlerini azaltmaya yönelik çabaları, sağlık ekibinin yeterli zaman ayıramayışı, güncel tedavilerin yüksek maliyeti, ruhsal olarak kendilerini daha iyi hissetme isteği ve geleneksel tedavi yöntemlerinden doyum sağlayamama gibi durumlar tamamlayıcı ve alternatif tedavilere olan ilgiyi artırmıştır<sup>8</sup>. Bel ağrısı olan hastalar da standart tedavi yöntemlerinden memnun kalmadıkları zaman genellikle ağrı yönetiminde tamamlayıcı tedavi (TT) uygulamalarını kullanmaktadırlar<sup>9</sup>. The National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM)<sup>10</sup> 2007 yılında tamamlayıcı ve alternatif tedavilerin en çok bel ağrısına yönelik kullanıldığını bildirmiştir.

Yüksek oranlarda görülen bel ağrısının giderilmesinde sıklıkla TT kullanıldığının bilinmesine rağmen, TT kullanım nedenleri ve hastaların yararlarını algılamaları hakkında çok az kanıt vardır<sup>11</sup>. TT’yi kullanan hastalar ile sağlık profesyonelleri arasında iletişim boşluğu mevcuttur. Sağlık profesyonelleri TT kullanımı ile ilgili genellikle hastalardan bilgi almazken, hastalarda tedavi sırasındaki TT kullanımını sağlık personellerine söylememektedirler. Ancak hemşireler bakım verdikleri hastaların TT kullanıp kullanmadığını belirlemek ve güvenli TT kullanımı ve olası sonuçları hakkında bilgi vermek durumundadır<sup>12,13</sup>.

Literatürde bel ağrısı olan hastaların TT kullanımı ve hastalık algısını ayrı ayrı inceleyen pek çok çalışma<sup>2,6,7,9,14,15</sup> bulunmaktadır. Ancak TT kullanımı ve hastalık algısı arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Bel ağrısı olan hastaların hastalık algıları, TT kullanımı ve kullandıkları yöntemler ve bunların yararları hakkındaki bilgilerinin açığa çıkarılması, sağlık personelinin TT kullanımında hastanın güvenliğini sağlamaya ilişkin ipuçlarını değerlendirmesine yardımcı



olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca kronik bel ağrısının kontrolünde hemşirenin önemli sorumlulukları bulunmaktadır. Hemşirelik uygulamalarında amaç, bireylerin hastalık deneyimleriyle baş etmelerinde ve yaşantılarından anlam bulmalarında onlara yardım etmektir. Hastalık algısının değerlendirilmesi ve hastaların hastalığı ile ilgili sahip oldukları algıların pozitif yönde etkilenmesiyle kronik bel ağrısı olanlara, kendi kendini yönetebilme, kronik bel ağrısının oluşturduğu duygusal durumla baş edebilme ve kronik hastalığa eşlik eden günlük streslerin üstesinden gelebilmeleri için problem çözme becerileri kazandırılabilir.

## **Amaç**

Araştırma, kronik bel ağrısı olan hastaların kullandıkları TT yöntemlerinin ve hastalık algılarının incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

## **Araştırma Soruları**

- 1- Kronik bel ağrısı olan hastaların hastalık algısı nasıldır?
- 2- Kronik bel ağrısı olan hastaların hastalık tipi boyutları nasıldır ?
- 3- Kronik bel ağrısı olan hastaların hastalık hakkındaki görüşler alt boyutu ile olası nedenler alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları nelerdir?
- 4- Kronik bel ağrısı olan hastalar TT yöntemlerinden hangilerini kullanmaktadır?
- 5- Kronik bel ağrısı olan hastaların TT kullanım nedenleri nelerdir?
- 6- Kronik bel ağrısı olan hastaların TT kullanımına ilişkin memnuniyet düzeyleri nelerdir?

## **GEREÇ ve YÖNTEM**

### **Araştırmanın Türü**

Araştırma tanımlayıcı ve kesitsel niteliktedir.

### **Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Araştırma, Eylül-Ekim 2009 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmanın evrenini Tokat Devlet Hastanesi Nöroşirürji servisinde kronik bel ağrısı tanısıyla tedavi olan hastalar oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini ise; kronik bel ağrısı tanısıyla 1 Eylül-31 Ekim 2009 tarihleri arasında Nöroşirürji servisinde yatan, 18 yaş ve üzerinde olan, iletişim kurulabilen, soruları yanıtlayabilecek bilişsel yeterliliğe sahip ve çalışmaya katılmaya gönüllü 49 hasta oluşturmuştur.

## Verilerin Toplanması

Verilerin toplanmasında, soru formu ile Hastalık Algısı Ölçeği kullanılmıştır.

Soru Formu: Araştırmacılar tarafından literatüre<sup>8-11</sup> dayanılarak geliştirilmiştir. Soru formu, hastaların sosyo-demografik özellikleri, ağrı deneyimleri, ağrı süresi ve özellikleri, kullandıkları TT yöntemleri, TT kullanma nedenleri ve memnuniyet düzeyleri, yarar veya zarar görme durumlarına ilişkin 20 sorudan oluşmuştur.

**Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ):** Weinmann tarafından 1996 yılında geliştirilmiş ve Moss-Morris ve arkadaşları tarafından 2002 yılında yeniden düzenlenmiştir<sup>4,5,11</sup>. Ölçeğin Türk toplumunda geçerlik ve güvenilirlik çalışması Kocaman ve arkadaşları<sup>5</sup> tarafından yapılmıştır. HAÖ, hastalık tipi, hastalık hakkındaki görüşleri ve hastalık nedenleri olmak üzere 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) içerir. Bu belirtilerin her biri için kişiye önce, 'hastalığın başlangıcından bu yana yaşayıp yaşamadığı', daha sonra 'bu belirtiyi hastalığıyla ilgili görüp görmediği' sorulmaktadır. Bu boyut, her belirti için iki soruya da evet/hayır biçiminde yanıt verilecek biçimde düzenlenmiştir. İkinci sorudaki evet yanıtlarının toplamı hastalık belirtileri hakkında değerlendirme sonucunu oluşturur. *Hastalık hakkındaki görüşleri boyutunda*; otuz sekiz maddeden oluşmuş ve beşli likert tipi ölçüm kullanılmıştır. Bu boyut yedi alt ölçeği içermektedir. Bunlar süre (akut/kronik), sonuçlar, kişisel kontrol, tedavi kontrolü, hastalığı anlayabilme, süre (döngüsel) ve duygusal temsiller olarak gruplandırılmaktadır. Tedavi kontrolü, kişinin, uygulanan tedavinin etkinliği hakkındaki inançlarını araştırır. Hastalığı anlayabilme, kişinin hastalığını ne kadar anladığını ya da kavradığını araştırırken, duygusal temsiller ise, kişinin hastalıkla ilgili hissettiklerini araştırır. Değerlendirmede süre (akut/kronik), sonuçlar, süre (döngüsel) alt boyutlarındaki yüksek puan, durumun kronik olduğunu, hastalığın sonuçlarının negatif olduğunu ve durumun döngüsel doğası olduğunu gösterir. Kişisel kontrol, tedavi kontrolü, hastalığı anlayabilme alt boyutlarındaki yüksek puan, durumun kişisel anlaşılabilirliği ve hastalığın, tedavinin kontrol edilebilirliği hakkındaki pozitif inançları gösterir. *Hastalık nedenleri boyutu*; hastalıkların oluşumundaki olası nedenleri içeren 18 maddeden oluşur ve beşli likert tipi ölçüm kullanılır. Bu boyut, kişinin hastalığının olası nedenleri hakkındaki düşüncelerini araştırır ve dört alt ölçek içerir. Bunlar, psikolojik atıflar (örneğin, stres ya da endişe, duygusal durum, aile problemleri, kişilik özellikleri gibi), risk etkenleri (örneğin, kalıtsal, sigara, alkol kullanımı, yaşlanma vb...), bağımsızlık (örneğin, mikrop ya da virüs, vücut direncinin az olması gibi), kaza veya şanssız (örneğin, kaza, aralanma, kötü talih gibi). Ölçeğin sonunda niteliksel değerlendirme için kişinin hastalığının en önemli nedenleri olarak gördüğü üç etkeni yazması da istenebilmektedir. Ölçeğin Türk toplumunda yapılan geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında hastanın hastalığı hakkındaki görüşlerini içeren boyutun alt ölçeklerinin alfa güvenilirlik katsayılarının 0.69- 0.77 arasında ve hastalık nedenlerinin alt ölçeklerinin alfa güvenilirlik katsayılarının 0.25- 0.72 arasında değiştiği saptanmıştır.<sup>4</sup> Bu çalışmada ise hastanın hastalığı hakkında görüşlerini içeren boyutun alt ölçeklerinin alfa güvenilirlik katsayılarının 0.27 ile 0.76 arasında ve hastalık nedenlerinin alt ölçeklerinin alfa güvenilirlik katsayılarının 0.48 -0.76 arasında değiştiği belirlenmiştir.

Hastaların ağrı düzeyi 0-10 skalasına göre ( 0= hiç ağrı yok, 5= orta derece ağrı, 10= şiddetli ağrı) değerlendirilmiştir. Ağrı düzeyi hem hemşirelik gözlem formundaki ağrı değerlendirmeleri kontrol edilerek ve anket doldurulurken hastaya sorularak belirlenmiştir.

Veriler hastalar nöroşirürji kliniğine yattıkları ilk gün toplanmıştır.

## Ön Uygulama

Soru formunun ön uygulaması, örneklem grubunda yer almayan 10 hasta ile gerçekleştirilmiştir. Ön uygulama sonucunda, anlaşılmayan sorular yeniden düzenlenmiş ve soru formuna son şekli verilmiştir.

## Verilerin Değerlendirilmesi

Veri toplama formu aracılığı ile elde edilen verilerin değerlendirilmesinde SPSS (Statistical Package for Social Science) 15.0 paket programı kullanılmıştır. Araştırmanın verileri sayı, ortalama, standart sapma, yüzdelik ve pearson korelasyon kat sayısı ile değerlendirilmiştir.

## Çalışmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın, bir hastanede küçük bir örneklem grubuyla yapılması önemli bir sınırlılıktır.

## Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapıldığı tarihlerde Üniversitede Etik Kurul'u bulunmadığından Etik kurul izni alınamamıştır. Araştırmanın yapıldığı, Tokat Devlet Hastanesi'nden yazılı izin alınmıştır. Uygulamaya başlamadan önce hastalara araştırmanın amacı ve araştırma planına ilişkin bilgi verilmiş ve bilgilendirilmiş onam formu ile yazılı onamları alınmıştır. Ayrıca Hastalık Algısı Ölçeğinin kullanımı konusunda Kocaman ve arkadaşlarından e-mail yoluyla izin alınmıştır.

## BULGULAR

Hastaların; yaş ortalaması 49.79±9.89 (min: 29 - mak: 68) olup, % 57.1'i erkek, % 46.9'u ilköğretim mezunu ve %91.2'si ise evlidir. Hastaların birden fazla bölgede ağrı tarif ettiği (% 65.3), ağrının ilk başlangıç zamanının 2-5 yıl önce olduğu (% 42.9) belirlenmiştir. Ayrıca hastaların % 67.3'ü şu andaki ağrı düzeyinin günlük yaşam aktivitesini sınırlayacak derecede olduğunu belirtmiştir (Tablo1).

Araştırma kapsamına alınan hastaların hepsi TT yöntemini kullandıklarını ifade etmişlerdir. En fazla kullanılan TT yöntemlerinin, kaplıcaya gitmek ( %73.5) masaj yapmak (%71.4), bitkisel tedavi kullanmak (%61.2) ve dua etmek (%59.2) olduğu saptanmıştır. Ayrıca her hastanın ortalama 3 farklı TT yöntemini denediği bulunmuştur. Denenen yöntemlerin % 85.7'sinden yarar sağlanırken, sadece % 14.2 oranında zarar

Tablo 1: Hastaların sosyo- demografik ve yaşadıkları ağrının özelliklerine göre dağılımları.

Özellikler	Sayı	%
<b>Yaş ortalaması</b>	49.79±9.89	
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	21	42.9
Erkek	28	57.1
<b>Medeni Durum</b>		
Evli	45	91.2
Bekar	4	8.2
<b>Eğitimi durumu</b>		
Okul bitirmemiş	11	22.4
İlk öğretim	23	46.9
Lise/Üniversite	15	30.6
<b>Ağrının yeri</b>		
Boyun	3	6.1
Sırt	4	8.2
Bel	10	20.4
Birden fazla bölgede	32	65.3
<b>Ağrının başlangıcı</b>		
1-12 ay önce	18	36.7
2-5 yıl önce	21	42.9
6 yıl ve üzeri önce	10	20.4
<b>Şu anda ağrı</b>		
Yaşıyor	48	98.0
Yaşamıyor	1	2.0
<b>Şu anda ağrı GYA</b>		
Sınırlıyor	31	67.3
Sınırlamıyor	18	36.7

Ağrı ortalaması:

Tedavi öncesi: 7.12 ± 1.65 (min:2 - mak:10)

Tedavi sonrası: 4.61 ± 2.59 (min:1- mak:9)

(0-10 skalasına göre)

görülmeyeceği ancak yarar da sağlanmadığı saptanmıştır. Denenen TT yönteminden memnun kalma oranı 6.36 (0:memnun değil, 5:orta derecede memnun, 10:çok fazla memnun) olduğu bulunmuştur. Hastaların TT kullanma nedenleri incelendiğinde; ağrıyı dindirmek (%98), kaslarını güçlendirmek (%59.2), hastalığın daha fazla kötüleşmemesi (%30.6) ve son çare olarak (%24.5) kullandıkları bulunmuştur. Hastaların %65.3'ünün kullandıkları TT yöntemini hiçbir sağlık personeliyle paylaşılmadığı da tespit edilmiştir (Tablo2).

Hastalık algısı ölçeğinin hastalık tipi alt boyutu incelendiğinde, hastaların hastalığının başlangıcından beri ağrı (%100), güç kaybı (%83.7), yorgunluk (%65.3) belirtilerini en fazla yaşadıkları ve bu belirtilerin hastalıklarıyla ilgili olduğunu düşündükleri tespit

**Tablo 2: Hastaların TT kullanımına ilişkin özelliklerinin dağılımı.**

	Sayı*	%
<b>Kullanılan TT yöntemleri</b>		
Kaplıca tedavisi	36	73.5
Masaj	35	71.4
Bitkisel tedavi	30	61.2
Dua etme	29	59.2
Aromaterapi	16	32.7
Meditasyon	4	8.2
Biyoenerji	3	6.1
Müzik	3	6.1
Akupunktur	1	2.0
Yoga	1	2.0
Şiropraksi	1	2.0
<b>TT Kullanma Nedenleri</b>		
Ağrıyı dindirmek	48	98.0
Kasları güçlendirmek	29	59.2
Kötüleşmemek için	15	30.6
Son çare olarak	12	24.5
Hastalıklarla savaşmak	12	24.5
Endişelerini gidermek	10	10.4
Fiziksel konfor için	8	16.3
Ameliyat sonuçlarını desteklemek için	4	8.2
Tıbbi tedaviden memnun olmadığından	4	8.2
Merak ettiğiinden	3	6.1
İlaçların yan etkilerini azaltmak için	3	6.1
<b>Kullandığı TT yöntemini sağlık personeliyle paylaştığı</b>		
Paylaşan	32	65.3
Paylaşmayan	17	34.7
<b>Kullanılan TT yönteminden yarar görme durumu</b>		
Yarar gören	42	85.7
Zarar da görmedi yarar da	7	14.2
TT 'dan memnun olma oranı: $6.36 \pm 1.39$ (min:4- mak:9) (0:memnun değil, 5:orta derecede memnun, 10:çok fazla memnun)		

\*Yanıtlar birden fazla olduğundan, yüzdelere n üzerinden alınmıştır.

edilmiştir. Hastalık tipi algısı puan ortalaması  $4.0 \pm 2.17$  olarak bulunmuştur (Tablo 3). Hastaların hastalık hakkındaki görüşleri ile ilgili alt boyutlar incelendiğinde; duygusal temsiller algısı, kişisel kontrol, süre (akut/kronik) algısı ve olumsuz sonuçlar algısı puan ortalamalarının diğer alt boyutlara göre yüksek olduğu belirlenmiştir. Hastalığı anlayabilme algısı puan ortalaması en düşük bulunmuştur (Tablo 4). Ayrıca duygusal temsiller algısı ile süre (döngüsel) ve olumsuz sonuçlar algısı arasında pozitif ancak orta düzeyde bir ilişki tespit edilmiş ( $r=0.381$ ,  $p=0.007$ ;  $r=0.412$   $p=0.003$ ), ağrı düzeyi ile hastalık hakkındaki görüşleriyle diğer alt boyutları arasında ilişki tespit edilememiştir.

Tablo 3: Hastalık algısı ölçeğinin, hastalık tipi alt boyutunun maddeleri ve ortalama puanlarının dağılımı.

Belirtiler	Hastalığın başlangıcından beri bu belirtiyi yaşadım		Bu belirti hastalığımla ilgili	
	Sayı	%	Sayı	%
Ağrı	49	100	49	100
Boğazda yanma	3	6.1	3	6.1
Bulantı	5	10.2	1	2.0
Soluk almada güçlük	1	2.0	1	2.0
Kilo kaybı	6	12.2	3	6.1
Yorgunluk	32	65.3	31	63.3
Eklem sertliği	20	40.8	17	34.7
Gözlerde yanma	-	-	-	-
Hırıltılı solunum	1	2.0	1	2.0
Baş ağrıları	16	32.7	12	24.5
Mide yanması	11	22.4	4	8.2
Uyku güçlükleri	17	34.7	16	32.7
Sersemlik hissi	20	40.8	18	36.7
Güç kaybı	41	83.7	40	81.6
Hastalık Tipi Toplam puan ortalaması	4.0± 2.17 ( min:1- mak:12)			

Hastalığın nedenleri boyutunda; hastaların kronik bel ağrılarının nedeni olarak en fazla risk faktörleri (örneğin, kalıtsal, sigara, alkol kullanımı, yaşlanma vb..) ve psikolojik atıfları (örneğin, stres ya da endişe, duygusal durum, aile problemleri, kişilik özellikleri gibi) algıladıkları belirlenmiştir. Hastaların en az kaza veya şans (örneğin, kaza, aralanma, kötü talih gibi) olası nedenini belirttikleri görülmüştür (Tablo 4). Ayrıca hastaların hastalığın en önemli üç nedeni olarak stres, kalıtım ve yaşam stilini sıraladıkları saptanmıştır. TT kullanımı ile hastaların hastalık hakkındaki görüşleri ile ilgili alt boyutları ve hastalığın nedenleri boyutları arasında bir ilişki tespit edilememiştir.

## TARTIŞMA

İnsanlar hastalandıkları zaman modern tıpla birlikte farklı yolları da kullanma, yani tamamlayıcı olarak modern tıbbın dışındaki yöntemlere başvurma yoluna da

**Tablo 4: Hastaların hastalık hakkındaki görüşleri ve olası nedenler alt ölçeklerinden aldıkları puanlar.**

ÖLÇEK	$\bar{X} \pm Ss$	Min- max. değerler
Kişisel kontrol	19.14±1.89	14-23
Süre( Akut/kronik)	19.14±3.37	12-28
Süre (Döngüsel)	9.87±1.86	5-15
Sonuçlar	19.53±3.86	13-30
Tedavi kontrolü	15.79± 2.03	10-20
Hastalığı anlayabilme	8.77± 1.48	6-13
Duygusal temsiller	20.28± 3.68	10-26
<b>Olası nedenler</b>		
Psikolojik atıflar	20.48± 3.27	10-25
Risk faktörleri	22.28± 4.024	11-28
Bağışıklık	9.08± 2.32	3-13
Kaza veya şans	6.61± 1.53	2-9

gidebilmektedir<sup>8</sup>. Çalışmamızda hastaların kronik bel ağrısı, güç kaybı, yorgunluk yaşadığı (Tablo 3), çoğunluğunun da günlük yaşam aktivitelerini sınırlayacak derecede ağrıya sahip olduğu bulunmuştur. Kronik bel ağrısına bağlı bu zorlukları yaşayan hastaların hepsi standart tedavi yöntemine ek olarak TT kullanmaktadır. Literatürde hastaların standart tedavilerden memnun kalmadıklarında TT kullandıkları vurgulanmaktadır<sup>9,10</sup>. Çalışma bulgularının literatür bulgularıyla benzer olduğu söylenebilir.

Bel ağrısı olan hastaların TT kullanma oranını Kanodia ve ark.<sup>14</sup> %60, Foltz ve ark.<sup>15</sup> % 39, Wolsko ve ark.<sup>16</sup> ise %54 olarak belirlemiştir. Literatürde bel ağrısı olan hastaların en fazla şiropraksi, masaj, bitkisel tedavi, gevşeme teknikleri ve akupunktur kullandıkları tespit edilmiştir<sup>9,14-16</sup>. Bizim çalışmada ise kaplıca tedavisi, masaj, bitkisel tedavi ve dua etme daha fazla oranlarda kullanılmaktadır. Yapılan araştırmalarla bizim çalışmamız karşılaştırıldığında, kullanılan TT yöntemi farklılıklarının kültürel farklılıklardan ve Türkiye'nin kaplıca açısından zengin olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmadaki hastalar hem ağrıyı gidermek, hem de kaslarını güçlendirmek ve daha fazla kötüleşmemek amacıyla TT kullandıklarını ve % 86.3 oranında tedaviden yarar sağladıklarını ifade etmişlerdir. Foltz ve ark.<sup>15</sup> bel ağrısının hem fiziksel hem de psikolojik belirtilere neden olduğunu belirterek, TT kullanımı ile genel sağlık durumu arasında bağlantıdan bahsetmektedir. Foltz ve ark.<sup>15</sup> çalışmalarında iki hipotez öne sürmüştür.

Bunlardan birisi hastaların ya kronik ağrıyla gidermede yetersiz oldukları için ya da durumlarının daha fazla kötüleşmemesi için TT kullandıklarını öne sürmektedirler. Diğer hipotez ise TT'den yarar sağladıkları yönündedir. Bizim çalışmamızın bulguları Foltz ve ark.<sup>15</sup> ileri sürdükleri her iki hipotezini destekler niteliktedir.

Hastanın hastalığını algılama biçimi yaşanan sağlık sorunlarının artmasında ya da azalmasında önemli bir etkidir. Kronik hastalıklar, hastanın hastalığına, hastalığı nasıl algıladığına, hastalığın yol açtığı güçlüklerle ilgili olarak kişinin denge ve uyumunu etkilemektedir.<sup>4</sup> Bu nedenle hastalığın nasıl algılandığı yaşanan sorunların anlaşılması ve uygun girişimlerin planlanması için önemlidir.

Çalışmamızda, hastaların hastalığı ile ilgili hissettiklerini içeren duygusal temsiller algısının puan ortalamasının diğer alt boyutlara göre daha yüksek çıkması, kronik bel ağrılı hastaların hastalıkla birlikte ortaya çıkan duygusal belirtileri yoğun olarak algıladığından olabilir. Ayrıca duygusal temsillerle olumsuz sonuçlar arasında pozitif ilişki bulunmuştur. Bel ve boyun ağrısı olan hastalarda ağrı, fiziksel kısıtlılık ve tedavi ile ilgili süreçler yaşam kalitesini olumsuz etkilemekte, anksiyete ve depresyon gibi olumsuz duyguların yaşanmasına neden olmaktadır<sup>17</sup>.

Çalışma bulgularından elde edilen önemli bir sonuçta, hastanın hastalığının süresiyle ilgili algılarını araştıran süre (akut/kronik) algısı alt boyutu puanlarının yüksek olmasıdır. Süre algısı maddeleri incelendiğinde; hastaların büyük bir çoğunluğunun "hastalığın uzun süreceği" konusunda kararsız olduğu, "hastalığın geçici olmaktan çok kalıcı olduğunu" ve "yaşamının geri kalan süresini bu hastalıkla geçireceğine" ilişkin görüşlere sahip olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuçlar hastaların hastalıklarının kronik bir hastalık olduğuna inandıklarını ve bu sürece uyum gösterdiklerini ortaya koymaktadır.

Hastalık hakkında görüşleri kapsayan alt boyutlardan biri olan kişisel kontrol algısı alt boyutunu içeren maddeler incelendiğinde; "hastalığımın seyri bana bağlı", düşüncesine hastaların çoğunluğu katılırken; "yaptığım şeyler hastalığımın iyiye ya da kötüye gidişinde belirleyici olabilir", "belirtilerimi kontrol etmek için yapabileceğim çok şey var" düşüncesine çoğunluğunun katılmadığı, "hastalığımı etkileyebilme gücüm var" düşüncesinde ise kararsız oldukları tespit edilmiştir. Kronik bir duruma uyumun en önemli evresi, hastanın hastalık belirti ve bulgularını kontrol altına alabilmeye ilişkin kendi baş etme mekanizmalarını geliştirebilmesidir<sup>18</sup>. Çalışmamızda da hastaların bireysel kontrol algılarının çok fazla gelişmediği dolayısıyla hastalıklarına tam olarak uyum sağlayamadıkları ve hastalığın belirti ve bulgularıyla baş etmede yeterli olmadıkları sonucuna ulaşılabilir. Bu durum hastaların TT tedavi kullanmalarına neden olmuş olabilir.

Main ve ark.<sup>18</sup> belirttiğine göre yeterli deliller olmamasına rağmen hastaların bel ağrısı hakkındaki inançları, algıları ve tutumları sağlık hizmeti alma arayışını ve tedaviyi tam olarak uygulama davranışını etkilemektedir. Hastaların bel ağrısı tedavisi hakkındaki inançları tedaviye bağlılığını ve uyumunu etkilemektedir. Hastanın tedaviden beklentisi aldığı tedavinin etkisini de etkileyebilir. Tedaviye uyumu ve motivasyonu ya da aldığı hizmetten memnun kalmasını sağlayabilir. Ayrıca bu faktörler bel ağrısının yönetimine ilişkin tavsiye ve tedavilere uyumu etkileyecektir<sup>18</sup>.



Çalışmamızda hastaların çoğunluğunun “tedavim hastalığımdan iyileşmesinde etkili olacak”, “hastalığımdan olumsuz etkileri tedavim ile ortadan kalkabilir”, “tedavim hastalığımdan kontrol edebilir”, düşüncesine katılıp katılmamakta kararsız olduğu belirlenmiştir. Ayrıca hastalığı anlayabilme alt boyutunu içeren maddeler incelendiğinde; hastaların çoğunluğunun “hastalığımdan gayet net anlayabiliyorum” düşüncesine katılıp katılmada kararsız kaldıkları saptanmıştır. Dolayısıyla çalışmamızda hastaların tedavileri hakkında olumlu beklentilerinin olmadığı ve hastalıklarının yeterince anlayamadıkları sonucuna ulaşabiliriz. Çalışmamıza katılan hastaların tamamının TT’e yönelmesine nedeni bu olabilir.

Hastalığın nedenleri boyutunda; hastalar en çok risk faktörleri (örneğin, kalıtsal, sigara, alkol kullanımı, yaşlanma vb..)ve psikolojik atıflardan (örneğin, stres ya da endişe, duygusal durum, aile problemleri, kişilik özellikleri gibi) dolayı hastalıklarının ortaya çıktığını belirtmiştir. Hastaların en az kaza veya şans olası nedenini belirttikleri görülmüştür. Risk faktörleri ve psikolojik atıflar alt boyutunu içeren maddeler incelendiğinde en fazla geçmişteki stres ya da endişenin ve kalıtsal faktörlerin hastalık nedeni olduğu ifade edilmiştir. Ramond ve ark.<sup>19</sup> tarafından yapılan literatür derlemesinde, bel ağrısına neden olan risk faktörleri arasında psikolojik faktörlerde yer almaktadır. Bizim çalışma sonucumuz da kronik bel ağrılı hastaların stres ya da endişenin hastalığa yakalanmada önemli bir etken olduğunu düşündüklerini ortaya koymuştur.

## SONUÇ

Uzun süren ve fonksiyon kayıplarına neden olan bel ağrılarının, en çok maddi kayba yol açan kronik hastalıklardan biri olduğu bilinmektedir. Ayrıca bel ağrılarının hastalarda ve ailelerinde oluşturduğu emosyonel yıkımın derecesinin kesin olarak saptanması da imkansızdır. Hastanın birey olarak hastalığına ilişkin yorumu, algısı ve değerlendirmeleri, ortaya koyduğu duygusal ve davranışsal tepkileri, baş etme biçimini, psikososyal zorlanma ve psikiyatrik bozukluk gelişimini ve yaşam kalitesini belirleyici bir unsur olarak görülmektedir. Kronik bel ağrısının kontrolünde hemşirenin önemli sorumlulukları bulunmaktadır. Hemşireler hastaların hastalık algısını değerlendirerek ve hastaların hastalığı ile ilgili sahip oldukları algıların pozitif yönde etkilenmesiyle kronik bel ağrısı olanlara, kendi kendini yönetebilme, kronik bel ağrısının oluşturduğu duygusal durumla baş edebilme ve kronik hastalığa eşlik eden günlük streslerin üstesinden gelebilmeleri için problem çözme becerileri kazandırılabilir.

Araştırma sonucunda, kronik bel ağrısı olan hastaların ağrısı çok uzun zamandır yaşamaları ve ağrının yaşamlarını sınırlandırması nedeniyle son çare olarak TT’i kullandıkları tespit edilmiştir. Ayrıca hastaların hastalıkla birlikte ortaya çıkan duygusal belirtileri ve olumsuz sonuçları yoğun olarak algıladığı, hastalıklarının kronik bir hastalık olduğuna inandıkları, hastalığı yeterince anlayamadıkları ve stresin, endişenin ve kalıtsal faktörlerin hastalık nedeni olduğuna inandıkları tespit edilmiştir. Ayrıca hastalık algısı alt boyutlarını içeren maddeler incelendiğinde hastalık hakkında negatif inançlara sahip oldukları ve kişisel kontrol algısının yeterince gelişmediği sonucuna ulaşılmıştır. Dolayısıyla hastalığa uyumun tam gelişmediği ve hastalığın

etkili yönetiminin sağlanamadığı için yoğun ağrı yaşadıkları ve bel ağrısı tedavisi hakkında olumlu beklentileri olmadığı sonucuna ulaşılabilir. Bu durumun hastaların tamamının TT'a yönelmesinin nedeni olabileceği kanısına varılmıştır. Ancak örneklem grubunun küçük olmasının böyle bir sonucun ortaya çıkmasına neden olabileceğini de düşündürebilmektedir. Gelecekteki çalışmalarda TT kullanan ve kullanmayan bel ağrılı hastalarda derinlemesine görüşme yapılarak TT yarar veya zararlarının ve hastalık algısıyla olan ilişkisinin ortaya çıkartılması önerilmektedir.

## KAYNAKLAR

1. Hoy D, Brooks P, Blythc F, Buchbinder R. The Epidemiology of low back pain. *Best Pract Res Cl Rh* 2010;24:769–81.
2. van Wilgen C., van Ittersum MV, Kaptein AA. Do illness perceptions of people with chronic low back pain differ from people without chronic low back pain? *Physiotherapy* 2013;99:27–32.
3. Armay Z, Özkan M, Kocaman N, Özkan S. Hastalık Algısı Ölçeği'nin Kanser Hastalarında Türkçe Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması *Klin Psikiyatr Derg* 2007;10:192-200.
4. Yılmaz Karabulutlu E. Hemodiyaliz hastalarında hastalık algısının değerlendirilmesi, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Derg* 2011; 14: 4.
5. Kocaman N, Özkan M, Armay Z, Özkan S. Hastalık Algısı Ölçeğinin Türkçe Uyarlamasının Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2007;8:271-2.
6. Foster N, Bishop A, Thomas E, Main C, Horne R, Weinman J, et al. Illness perceptions of low back pain patients in primary care: what are they, do they change and are they associated with outcome? *Pain* 2008;136:177–87.
7. Glattacker M, Heyduck K, Meffert C, Illness beliefs, treatment beliefs and information needs as starting points for patient information-Evaluation of an intervention for patients with chronic back pain *Patient Education and Counseling* 2012;86:378-389.
8. Araz A, Harlak H, Meşe G. Sağlık Davranışları ve Alternatif Tedavi Kullanımı, *TSK Koruyucu Hekimlik Bul* 2007; 6(2):112-22.
9. Sherman KJ, Cherkin DC, Connelly M.T. et al. Complementary and alternative medical therapies for chronic low back pain: What treatments are patients willing to try? *BMC Complem and Altern M* 2004;4:9.
10. National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM). Get the Facts. Chronic pain and CAM: At a glance., 2007, <http://nccam.nih.gov/health/pain/chronic.htm>, erişim 06.09.2013.
11. Moss-Morris R, Weinman J, Petrie KJ, Horne R, Cameron LD, Buick D. The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R) *Psychol Health* 2002;17(1):1–16.
12. Trail-Mahan,T, Mao, CL, Bawel-Brinkley K. Complementary and Alternative Medicine: Nurses' Attitudes and Knowledge *Pain Manag Nurs* 2011:1-10.
13. Pfeil M. Role of nurses in promoting complementary therapies *Br J Nurs* Mar10-1994;3(5): 217-9.
14. Kanodia AK, Legedza AT, Davis RD, Eisenberg DM, Phillips RP. Perceived Benefit of Complementary and Alternative Medicine (CAM) for Back Pain: A National Survey *J. Am Board Fam Med* 2010;23:354-2.
15. Foltz V, Pierre YS, Rozenberg S, et al. Use of complementary and alternative therapies by patients with self-reported chronic back pain: a nationwide survey in Canada *Joint Bone Spine* 2005;72:571–7.
16. Wolsko PM, Eisenberg DM, Davis RB, Kessler R, Phillips RS. Patterns and perceptions of care for treatment of back and neck pain: results of a national survey *Spine* 2003;28:292-280.

17. Yazıcı K, Tot E, Biçer A, Yazıcı A, Butural V. Bel ve Boyun Ağrısı Hastalarında Anksiyete, Depresyon ve Yaşam Kalitesi Klin Psikiyatr 2003;6:95-1.
18. Main CJ, Foster N, Buchbinder R, How important are back pain beliefs and expectations for satisfactory recovery from back pain? Best Pract Res Cl Rh 2010;24:205-7.
19. Ramond A, Bouton C, Richard I, Roquelaure Y, Baufreton C, Legrand E, et al. Psychosocial risk factors for chronic low back pain in primary care – a systematic review. Fam Pract 2011;28:12-1.

# Hemşirelik Yüksekokulu Öğrencilerinin Ötenazi Hakkında Görüşleri

## Nursing Student's Opinions About Euthanasia

(Araştırma)

*Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2016, 3(2), 28–39*

**Funda ÇETİNKAYA\*, Nezih Karabulut\*\***

\*Aksaray Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü, Aksaray, Türkiye  
\*\*Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Erzurum, Türkiye

Geliş Tarihi: 05 Ekim 2015

Kabul Tarihi: 08 Mart 2016

### ÖZ

**Amaç:** Bu çalışma, hemşirelik öğrencilerinin ötenazi hakkındaki bilgi ve görüşlerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Araştırmada, örneklem seçme yoluna gidilmeyip, Hemşirelik Yüksekokulu'nda öğrenim gören, araştırmaya katılmayı kabul eden 291 öğrenci araştırma kapsamına alınmıştır. Veri toplamada; öğrencilerin tanıtıcı özellikleri ile ötenazi hakkındaki bilgi ve tutumlarını içeren araştırmacılar tarafından literatür araştırılarak oluşturulan 23 maddelik bir soru formu kullanılmıştır. Veriler yüzdelik ve ortalama testler ile değerlendirilmiştir.

**Bulgular:** Yapılan analizler sonucunda, araştırma kapsamına alınan öğrencilerin yaş ortalaması 20.09±1.45'dir. Öğrencilerin %68.7'si ötenazi hakkındaki bilgisini okul eğitimi sırasında aldığını belirtmiştir. Öğrencilerin %58.8'i acı çeken ölümcül hasta için, %75.3'ü acı çeken birinci derece yakın akraba için ötenazi uygulanmasını, %60.5'nin ötenazinin yasallaşmasını istemediği ve %58.8'inin yasal olduğu durumda beyin ölümü olan hastaya ötenazi uygulanması gerektiğini ifade ettiği saptanmıştır.

**Sonuç:** Hemşirelik öğrencilerinin ötenazi ile ilgili bilgilerinin olduğu ve öğrencilerin çoğunun ötenazinin uygulanması ve yasallaşmasını, ötenazi uygulamasında hemşirelerin rol almasını istemediği belirlenmiştir. Anahtar Kelimeler: Hemşirelik öğrencileri, ötenazi, bilgi

**Anahtar Kelimeler:** Görüş, hemşirelik öğrencileri, ötenazi

### ABSTRACT

**Aim:** This study was conducted descriptively in order to determine nursing students' knowledge and opinions about euthanasia.

**Material and Methods:** 291 students studying at the school of nursing who agreed to participate in the study were included, without choosing a sample for the study. A form

İletişim : funda325@hotmail.com

Bu çalışma 26-29 Mayıs 2010 tarihleri arasında Ankara'da gerçekleştirilen 17. Ulusal Cerrahi Kongresinde sözel bildiri olarak sunulmuştur.

developed by researchers based on a literature search and including questions about descriptive characteristics of students and their knowledge and attitudes towards euthanasia was used for data collection. Data was analyzed with mean scores and percentages.

*Results:* As a result of the analysis, mean age of the students included in the study was 20.09±1.45. Of the students, 68.7% reported that they had knowledge about euthanasia during their school education. Of the students, 58.8% reported that they did not want the practice of euthanasia for suffering terminally ill, 75.3% of them did not want the practice of euthanasia for first-degree relative, 60.5% did not want euthanasia to be legalized and 58.8% thought that euthanasia should be administered for the patients who had actual brain death.

*Conclusion:* It was concluded that nursing students had information related to euthanasia and most of them did not want the practice and legalization of euthanasia and participation of nurses in euthanasia practice.

**Key Words:** *Euthanasia, nursing students, opinion*

## GİRİŞ

Ötenazi tüm dünyada tıbbi, etik, sosyal ve dini yönleriyle tartışılan önemli bir konudur<sup>1,2</sup>. Tıp bilimi açısından ötenazi; hiçbir şekilde tedavisi mümkün olmayan, insanda acıma duygusu uyandıran bir hastalıkla yaşamak zorunda olan, hastanın talebiyle, icrai ya da ihmali bir davranışla, tıbbi yoldan hastanın hayatına son verilmesidir<sup>3-5</sup>.

Çok tartışılan ötenazi kavramı birçok kişi tarafından aktif ve pasif olarak bilinmesine rağmen bunların yanında istemli, istemsiz, asiste (yardımlı), iç, dış, kazai ve medikal olarak da tanımlanmıştır. Aktif ötenazi, tıbbi yardım ile veya yardımsız, aktif veya direkt yardım ile yaşamın kısaltılmasıdır. Pasif ötenazi; bir hasta veya yaralının hayatını uzatacak yardımlardan vazgeçilmesi veya geri alınmasıdır<sup>6-8</sup>.

Her ülke ötenaziye farklı bir şekilde yaklaşmakta, örneğin; ABD aktif ötenaziye yasaklarken pasif ötenazi uygulanmasına ılımlı yaklaşmaktadır. Hollanda, Belçika ve Lüksemburg'da yasal kabul görürken Almanya, İngiltere, Fransa gibi ülkeler uygulamayı tamamıyla yasaklamışlardır bununla birlikte Dünya Tabipler Birliğinin Ekim 1987'de kabul ettiği ve hala geçerli ötenazi bildirgesinde, "Bir hastanın yaşamını, kendi ya da yakınlarının izniyle bile olsa, sonlandırmak olan ötenazi etik değildir!" şeklinde sunulmuştur<sup>4,9,10</sup>.

Dünyada ve ülkemizde tıp alanında olduğu gibi etik, din, hukuk, sosyal ve politik alanlarda da çeşitli tartışmalara yol açan ötenazi konusu sağlık çalışanları arasında da önyargılı düşünce ve yorumlara neden olmaktadır<sup>4</sup>. Ötenazi sağlık çalışanları arasında bireyin yaşamını koruma, sürdürme, iyileştirme görev ve sorumlulukları ile özerkliğe saygı ilkesinden kaynaklanan ikilemlere de neden olmaktadır<sup>11</sup>. Bu nedenle hemşirelik öğrencilerinin<sup>11-13</sup> hekimlerin, hemşirelerin ve sağlık çalışanlarının<sup>14-19</sup> ötenazi hakkındaki görüşlerinin ele alındığı çalışmalar yapılmıştır. Fakat ötenazi ile ilgili tartışmalar dünya çapında çok yönlü olarak devam etmekte ve sağlık çalışanlarının tutumları giderek daha önemli bir hale gelmektedir. Sağlık bakımında görev alacak öğrenci hemşirelerinde göreve başlamadan önce ötenazi konuları ile ilgili görüşlerine yer verilmesi, bu konudaki etik, politik ve yasal sorunların tartışılması açısından önemli görülmektedir.

Bu çalışma sağlık bakımında görev alan öğrenci hemşirelerin konu ile ilgili görüşlerinin belirlenip bu görüşler doğrultusunda eğitim programlarında gerekli düzenlemelerin yapılması ve ilgili literatüre katkı sağlaması bakımından önemlidir.

## Amaç

Bu bağlamda, bu çalışma Hemşirelik Yüksekokulu öğrencilerinin ötenazi konusunda neler düşündüklerini belirlemek amacıyla planlanmış ve uygulanmıştır.

## YÖNTEM

### Araştırmanın Türü

Araştırma bir Hemşirelik Yüksekokulu öğrencilerinin ötenazi hakkındaki görüşlerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

### Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini 2008-2009 öğretim yılında bir devlet üniversitesinin Hemşirelik Yüksekokulu'nda öğrenim görmekte olan 1,2,3 ve 4. sınıftaki tüm öğrenciler (N:365 öğrenci) örneklemi ise 291 (%79.7) öğrenci oluşturmuştur.

### Veri Toplama Araçları

Veri toplamada, araştırmacılar tarafından literatür<sup>3,13,19,20</sup> doğrultusunda oluşturulan, öğrenci hemşirelerin ötenaziye ilişkin bilgi ve görüşlerini içeren anket formu uygulanmıştır. Anket formunda hemşirelik öğrencilerinin demografik verilerini içeren 8 soru ötenaziye ilişkin bilgi ve görüşlerini içeren 15 çoktan seçmeli soru sorulmuştur.

### Verilerin Toplanması

Veriler, 01 Mayıs -01 Haziran 2009 tarihleri arasında hemşirelik yüksekokulunda çalışmaya katılmayı kabul eden öğrencilerden toplanmıştır (n=291). Araştırmacı tarafından çalışma hakkında açıklamalar yapıldıktan sonra, yazılı izinleri alınarak veri toplama formları öğrencilere dağıtılmış ve formlar öğrenciler tarafından sınıf ortamında, 15-20 dakikalık sürelerde doldurulmuştur.

### Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler; SPSS for Windows 11.5 programında değerlendirildi. İstatistiksel analizde öğrencilerin yaş ortalamasının belirlenmesi için  $\bar{x} \pm s$  standart sapma, öğrencilerin cinsiyet aile tipi, yerleşim yeri, okuduğu sınıf, ötenazi hakkındaki bilgi ve görüşlerini belirlemek için sorulan soruların değerlendirmeleri sayı ve yüzde ile hesaplandı.

## Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılabilmesi için kurumdan ve öğrencilerden yazılı izin alınmıştır. Çalışmaya katılan öğrencilere araştırma hakkında bilgi verilmiş, araştırma sonunda elde edilen bilgilerin araştırma raporu dışında her hangi bir yerde kullanılmayacağı açıklandıktan sonra araştırmaya katılıp katılmama kararı kendilerine bırakılmıştır.

## Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışma, Hemşirelik Yüksekokulu 2008-2009 eğitim öğretim yılında 1,2, 3 ve 4. sınıflarda öğrenim gören ve yalnızca çalışma kapsamına alınan öğrencilerin bildirimleri ile sınırlıdır. Bu araştırmanın bulguları; çalışmada yer alan grubun ötesine genellenemez.

## BULGULAR

Araştırma kapsamında 291 hemşirelik yüksekokulu öğrencisi yer almaktadır. Tablo 1’de tanıtıcı özellikleri verilen hemşirelik öğrencilerinin; yaş ortalamaları  $20.09 \pm 1.45$ ’dir. Öğrencilerin 91.1’ nin (n=265) kız ve 8.9’nun (n=26) erkek olduğu %89.7’sinin (n=261) çekirdek aileye sahip olduğu, %49.1’inin yerleşim yerinin il olduğu ve %33’ünün (n=96) birinci sınıfta öğrenim gördüğü belirlenmiştir (Tablo 1).

Çalışmaya katılan öğrencilerin ötenazi hakkındaki bilgi ve görüşlerine bakıldığında %64.3’ü (n=187) ötenaziye “hastanın kendi isteği ile yakınları ya da sağlık personeli tarafından yaşamına son verilmesi” olarak tanımlamıştır. Ötenazi hakkındaki bilgilerini %68.7 (n=200) öğrenci okul eğitimi sırasında, % 6.2 (n=18) öğrenci diğer seçeneğinde internet, arkadaş sohbetleri ile öğrendiklerini ifade etmiştir (Tablo 2).

Öğrencilerin ötenazi uygulanması hakkındaki görüşlerinde %42.3’ü (n=123) “yaratana karşı gelme” cevabını vermişlerdir. Diğer seçeneğini işaretleyen 3 öğrenci doğru olmayan ve kabul edilemez bir uygulama olarak belirtmişlerdir. Öğrencilerin acı çeken, ölümcül hasta için ötenazi isteme durumu sorusuna %58.8’i (n=171) ve acı çeken birinci derece yakın akraba için ötenazi isteme durumu sorusuna %75.3’ü (n=219) hayır cevabını, dini inançlar ötenaziye engelleyici olabilir mi sorusuna %74.9’u (n=218) evet cevabını vermişlerdir (Tablo 2).

Öğrencilerin %60.5’i (n=176) ötenazi yasallaşmalı mı sorusuna hayır cevabını vermiştir. “Ötenazinin yasallaşması durumunda uygulama kimlere yapılmalıdır” sorusuna öğrencilerin %58.8’i (n=171) beyin ölümü olan hastalara uygulanmalıdır ifadesini kullanmıştır. Diğer cevabını veren %12.4 (n=36) öğrenci hiç kimseye uygulanmamalı, yorumsuz ve bilmiyorum cevaplarını vermişlerdir. “Ötenazinin yasal olması durumunda uygulamayı kim yapmalıdır” sorusuna öğrencilerin %45.7’si (n=133) yasaların belirlediği bir ekip cevabını vermiştir. Diğer cevabını veren öğrencilerin %5.2’si (n=15) hiç kimsenin yapmamalıdır ifadesini kullanmışlardır. “Ötenazi belirli durumlarda uygulanıyor mu?” sorusuna öğrencilerin %46.4’ü kararsızım (n=135), %22’si (n=64) pasif ötenazi uygulandığına inanıyorum seçeneğini belirtmiştir (Tablo 3).

Öğrencilere aktif ötenazinin uygulanabilirliği konusunda düşüncelerinin sorulduğu soruya öğrencilerin %50.9’u (n=148) hayır, %29.6’sı (n=86) kararsızım cevabını

Tablo 1. Çalışmaya katılan öğrencilerin tanıtıcı özellikleri (n:291)

Özellikler	Sayı	%
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	265	91.1
Erkek	26	8.9
<b>Aile tipi</b>		
Çekirdek aile	261	89.7
Kalabalık aile	30	10.3
<b>Yerleşim yeri</b>		
İl	143	49.2
İlçe	120	41.2
Köy	28	9.6
<b>Sınıf</b>		
1.sınıf öğrencisi	96	33.0
2.sınıf öğrencisi	65	22.3
3.sınıf öğrencisi	73	25.1
4.sınıf öğrencisi	57	19.6

vermişlerdir. Hayır ve kararsız cevap veren öğrencilerin %66.3'ü (n=193) vicdani rahatsızlık duyacaklarını, %54.3'ü (n=158) dini nedenler olduğunu ve %44.3'ü (n=129) tıbbın insanları yaşatmak için var olduğunu ifade ettikleri belirlenmiştir. Öğrencilerin pasif ötenazi uygulaması konusundaki düşüncelerini öğrenmeyi amaçlayan soruya cevapları %53.6 (n=156) hayır olmuştur. Öğrencilerin pasif ötenaziye karşı ya da kararsız olmalarının nedenlerinin dağılımı incelendiğinde %63.6'sı (n=185) vicdani rahatsızlık duyacaklarını, %48.1'i (n=140) dini nedenler olduğunu ve %43'ü (n=125) tıbbın insanları yaşatmak için var olduğunu belirtmişlerdir (Tablo 4).

## TARTIŞMA

Bireyleri, bir hastalık ya da kaza sonrası tedavisi mümkün olmayan bir durum ile karşılaştıkları zaman ilgilendiren ötenazi, aldıkları eğitimden başlanarak meslek yaşantıları boyunca bazen bir, bazen de birçok kez karşılaşılan hemşireleri her zaman yakından ilgilendiren bir konu olmuştur<sup>5,21,22</sup>. Öğrencilerin "ötenazi nedir" sorusuna verdikleri yanıtlara göre (Tablo 2) ötenaziye ötenaziye istemli aktif ötenazi olarak



**Tablo 2. Çalışmaya katılan öğrencilerin ötenazi hakkındaki bilgi ve görüşleri (n:291)**

Özellikler	Sayı	%
<b>Öğrencilerin ötenazi tanımı</b>		
Hastanın kendi isteği ile biran önce ölme isteği	187	64.3
Bilmiyorum	54	18.6
Hastanın fişinin çekilerek öldürülmesi	32	11.0
Durumu ağır olan hastanın ilaç içerek ölmek istemesi	11	3.7
Terminal dönem hastaların acı çekmeden ölmesinin sağlanması	3	1.0
İntihar	2	0.7
Cinayet	2	0.7
<b>Öğrencilerin ötenazi hakkındaki bilgi kaynağı*</b>		
Okul eğitiminde	200	68.7
Medya	76	26.1
Diğer	18	6.2
Konferans/kongre	16	5.5
Eğitim seminerleri	11	3.8
<b>Öğrencilerin ötenazi uygulaması hakkındaki düşünceleri*</b>		
Yaratana karşı gelme	123	42.3
Cinayet kasten adam öldürme	111	38.1
Tıbbi bir uygulama	51	17.5
İnsan/hasta hakkıdır	47	16.2
Diğer	3	1.0
<b>Öğrencilerin acı çeken ölümcül hasta için ötenazi isteme durumu</b>		
Hayır	171	58.8
Karasızım	79	27.1
Evet	41	14.1
<b>Öğrencilerin acı çeken birinci derece yakın akrabaları için ötenazi isteme durumu</b>		
Hayır	219	75.3
Karasızım	50	17.2
Evet	22	7.5
<b>Dini inançlar ötenaziye engelleyici olabilir mi?</b>		
Evet	218	74.9
Karasızım	40	13.8
Hayır	33	11.3

\*Birden çok seçenek işaretlenmiştir.

**Tablo 3. Çalışmaya katılan öğrencilerin ötenazinin yasallaşması hakkındaki görüşleri (n:291)**

<b>Öğrencilerin ötenazi yasallaşmalı mı sorusuna yanıtı</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
Hayır	176	60.5
Kararsızım	77	26.5
Evet	38	13.1
<b>Öğrencilerin ötenazi yasal olduğu durumda kimlere uygulanmalı sorusuna yanıtı*</b>		
Beyin ölümü olan hastalara	171	58.8
Prognozu kötü şiddetli acı çeken hastalara	83	28.5
Yaşamını yaşam destek sistemine bağlı olarak sürdüren hastalara	64	22.0
Terminal dönemdeki hastalara	49	16.8
Diğer	36	12.4
Yatağa bağımlı olup kendi ihtiyaçlarını karşılamayan hastalara	20	6.9
<b>Öğrencilerin ötenazi yasal olduğu durumda kimler uygulanmalı sorusuna yanıtı*</b>		
Yasaların belirlediği bir ekip	133	45.7
Hekim	94	32.3
Hastanın kendisi	45	15.5
Hastanın ailesinden biri	23	7.9
Diğer	15	5.2
Hemşire	10	3.4
<b>Öğrencilerin ötenazi belirli durumlarda uygulanıyor mu sorusuna yanıtı</b>		
Kararsızım	135	46.4
Pasif ötenazi uygulandığına inanıyorum	64	22.0
Her ikisinin de uygulandığına inanıyorum	45	15.5
Hiçbir durumda uygulandığına inanmıyorum	31	10.6
Aktif ötenazi uygulandığına inanıyorum	16	5.5

\*Birden çok seçenek işaretlenmiştir.

tanımladıkları görülmüştür. Sağlık personelinin ötenaziye ilişkin bilgi ve tutumlarının değerlendirildiği çalışmalarda da ötenazi tıbbın iyileştiremediği ve yaşamın hasta için çok ızdıraplı ve eziyetli olduğu durumda hastanın kendi istemi ile yaşamına son verilmesi olarak tanımlanmıştır<sup>5,9,15,20,23</sup>. Bu çalışmaların sonuçları bizim çalışma sonuçlarımız ile benzerlik göstermektedir.

Öğrencilerin %68.7'sinin ötenazi hakkındaki bilgilerinin okul eğitimi sırasında, %26.1'nin medya ve basından öğrendikleri görülmüştür (Tablo 2). Bu sonuçlar öğrenci hemşirelere meslek yaşantıları boyunca karşılaşılabilecekleri ötenazi isteği konusunda okul eğitimleri sırasında eğitim aldıklarını göstermektedir. Yapılan benzer bir çalışmada ise öğrencilerin %49.2'sinin ötenazi bilgisini televizyon ve medyadan öğrendiğini belirtmiştir<sup>3</sup>. Bu sonuçlar ile bizim çalışmamız sonucunda elde edilen sonuçlar

**Tablo 4. Öğrencilerin aktif ve pasif ötenaziye karşı görüşleri (n:291)**

<b>Öğrencilerin aktif ötenazi uygulamasını isteme durumu</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
Hayır	148	50.9
Kararsızım	86	29.6
Evet	57	19.6
<b>Öğrencilerin aktif ötenaziye karşı ya da kararsız olmalarının nedeni*</b>		
Vicdani rahatsızlık duyarım	193	66.3
Dini nedenler	158	54.3
Tıbbin insanları yaşatmak için var olması	129	44.3
Ölümü hızlandırmanın anlamsızlığı	66	22.7
Tıpta yeni gelişmelerin beklentisi	50	17.2
Yasal yükümlülükler	46	15.8
<b>Öğrencilerin pasif ötenazi uygulamasını isteme durumu</b>		
Hayır	156	53.6
Kararsızım	70	24.1
Evet	65	22.3
<b>Öğrencilerin pasif ötenaziye karşı ya da kararsız olmalarının nedeni*</b>		
Vicdani rahatsızlık duyarım	185	63.6
Dini nedenler	140	48.1
Tıbbin insanları yaşatmak için var olması	125	43.0
Ölümü hızlandırmanın anlamsızlığı	86	29.6
Tıpta yeni gelişmelerin beklentisi	66	22.7
Yasal yükümlülükler	51	17.5

\*Birden çok seçenek işaretlenmiştir.

farklılık göstermektedir. Bu durumda öğrencilerin bilgiye ulaştıkları kaynakların farklılık göstermesi bilgi içeriklerinde de farklılıkların olabileceğini düşündürmektedir. Öğrencilerin ötenazi uygulanması hakkında ne düşünüyorsunuz sorusuna verdikleri yanıtlardan (Tablo 2) ötenaziye inançlarına ters bir uygulama olarak gördükleri belirlenmiştir.

Öğrencilerin çoğunun terminal dönemdeki bir hasta ile karşılaştığı ve acı çeken bir hasta için dahi ötenaziye kabul etmediği bulunmuştur (Tablo 2). Öğrencilerin ötenaziye acı çeken bir hasta için dahi istememe sebepleri öğrencilerin verdikleri yanıtlardan dini

inançlara aykırı olması ve manevi duygulara bağlılık sebebiyle olduğu görülmektedir (Tablo 2). Üniversite öğrencilerinin ötenaziye ilişkin düşünceleri belirlemek için yapılan çalışmada, çalışmaya katılan öğrencilerin çoğunluğu acı çeken ölümcül hasta için ötenazi isteme durumu olmadığını savunmuştur<sup>13</sup>. Bu sonuçlarda bizim çalışma sonuçlarımızla paralellik göstermektedir.

Öğrencilerin çoğu acı çeken birinci derece yakın akraba için ötenazi istemediğini belirtmiştir (Tablo 2). Öğrencilerin verdikleri yanıtlardan ötenaziye istememe durumlarının sebepleri vicdani rahatsızlık duymaları, dini nedenler ve tıbbın insanları yaşatmak için var olması olarak görülmektedir (Tablo 4). Benzer şekilde hemşirelik öğrencilerinde yapılan çalışmalarda öğrencilerin yakınları için kesinlikle ötenazi konusunda karar verici olmak istemediklerini belirlenmiştir<sup>3,11,20</sup>.

Öğrencilerin %74.9'u dini inançlar ötenaziye engelleyici olabilir mi sorusuna evet yanıtını vermiştir (Tablo 2). Öğrencilerin ötenaziye "yaratana karşı gelme" şekilde tanımlaması ötenaziye dinen aykırı bulduklarını göstermektedir. Bu sonuçlar öğrencilerin manevi duygularının önemli olduğunu belirtmektedir.

Öğrencilerin çoğunluğu ötenazinin yasal olmasını istemedikleri saptanmıştır (Tablo 3). Öğrencilerin "ötenazi nedir ve dini inançlar ötenazi uygulamasına engelleyici olur mu?" sorularına verdikleri cevaplara bakılarak ötenaziye kasten adam öldürme gibi algıladıkları, dini inançlara bağlılık nedeni ile kabul etmedikleri düşünülmektedir. Bu konu ile ilgili yapılan çalışmalara bakıldığında İngiltere'de yapılan bir çalışmada hekimlerin %80'inin ötenaziye kabul etmediği belirtilmiştir<sup>24</sup>. Yapılan çalışmalarda da öğrencilerin çoğu ötenazinin yasallaşmaması gerektiğini ifade etmişlerdir<sup>3,13,25</sup>. Bu görüşlerin aksine; Mandıracıoğlu yapmış olduğu çalışmada tıp öğrencilerinin %59.4 ve hemşirelik öğrencilerinin %51.3'ü ötenazinin uygulanabileceğini göstermiştir<sup>26</sup>. Tepehan ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada yoğun bakımda çalışan hemşirelerin %61.5'i dahiliye kliniğinde çalışan hemşirelerin %51.6'sının ötenaziye karşı olmadıkları saptanmıştır<sup>27</sup>.

Öğrencilerin %58.8'i ötenazinin yasal olması durumunda beyin ölümü gerçekleşen hastalara uygulanabilir olduğunu, %12.4'ü diğer seçeneği ile hiç kimseye uygulanmaması gerektiğini ifade etmiştir (Tablo 3). İsveç'te yapılan bir çalışmada da yaşam destek tedavilerinin kesilmesi konusunda yoğun bakım hekimleri, hemşireleri ve halkın ne düşündükleri araştırılmış ve araştırmaya katılan hemşirelerin %31'i umutsuz hastalarda ventilatör tedavisinin kesilebileceğini ifade etmişlerdir<sup>28</sup>. Benzer şekilde Karaarslan ve ark.<sup>29</sup> yapmış olduğu çalışmada hemşirelerin %49.3 beyin ölümü gerçekleşmiş hastalara yapılmalıdır yönünde görüş bildirmişlerdir.

Öğrencilerin çoğunluğu ötenazinin yasal olması durumunda yasaların belirlediği bir ekip tarafından yapılması gerektiğini belirtmişlerdir (Tablo 3). Öğrencilerin vermiş olduğu cevaplarla ötenazi yasal olduğu durumda uygulama içerisinde rol almak istemedikleri görülmüştür. Yapılan çalışmalarda da ötenazinin yasal olması durumunda yasaların belirlediği bir ekip tarafından yapılması gerektiği bildirilmektedir<sup>11,29</sup>.

Öğrencilerin %22'si ülkemizde belirli durumlarda pasif ötenazinin uygulandığını, %15.5'i aktif ve pasif ötenazinin her ikisinin de uygulandığına, %10.7'si hiçbir durumda uygulanmadığını, %46.4'ü ise fikirlerinin olmadığını ifade etmiştir (Tablo 3). Bu sonuçlar bu konunun ülkemizde ve derslerde gerçek anlamda tartışılması gerektiğini göstermektedir.

Öğrencilerin aktif ötenazi uygulamasını isteme durumuna %50.9'u hayır, %19.6'sı evet cevabını vermiş %29.6'sı kararsız olduğunu ifade etmiştir. "Aktif ötenazi uygulanmalı mıdır" sorusuna hayır ve kararsız cevaplarını veren öğrencilerin çoğunun vicdani rahatsızlıktan ve dini nedenlerden dolayı aktif ötenaziye desteklemediklerini belirtmişlerdir (Tablo 4). Öğrencilerle yapılan bir çalışmada öğrencilerin %17'si inançlarına uygun olmadığı için ötenaziye kabul etmediklerini belirtirken yoğun bakım hemşireleri ile yapılan çalışmalarda %58.5'inin pasif ötenaziye taraftar olduğu saptanmıştır<sup>11,21</sup>. Beder ve ark.<sup>17</sup> yaptığı çalışmada çalışma bulgularımızın aksine hemşirelerin %31.5'i, hekimlerin %41.9'u "aktif ötenazinin uygulanması gerektiği yönünde görüş bildirmişlerdir.

"Pasif ötenazi uygulanmalı mıdır?" sorusuna öğrencilerin %53.6'sı hayır, %24.1'i kararsız ve %22.3'ü evet cevabını vermiştir. Hayır ve kararsız cevaplarını veren öğrencilerin %63.6'sının vicdani rahatsızlık duyacakları için, %48.1'inin dini nedenlerden dolayı pasif ötenaziye desteklemediklerini belirtmişlerdir (Tablo 4). Bu sonuçlar doğrultusunda öğrencilerin büyük çoğunluğunun dini inançlarına, insan haklarına, meslek ahlakına, etik kurallara aykırı olması, teknolojiye ve sağlık alanındaki gelişmeler nedeniyle pasif ötenazi uygulamasını kabul etmediği düşünülebilir.

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırma sonuçları, hemşirelik öğrencilerinin büyük çoğunluğunun ötenazi ile ilgili bilgilerinin olduğunu, öğrencilerin çoğunun vicdani rahatsızlık duyacakları ve inançlarına aykırı olması nedeni ile ötenazi uygulanmasını kabul etmedikleri, ötenazi uygulamasında hemşirelerin rol almasını istemediklerini göstermektedir.

Sonuçların genellenebilirliğini sağlamak için daha büyük gruplarda araştırmaların yapılması önerilmektedir.

## KAYNAKLAR

1. Çobanoğlu N. Kuramsal ve Uygulamalı Tıp Etiği. 1.Basım. Ankara: Eflatun Yayınevi. 2009.
2. Çakırcalı E. Hasta bakımı ve tedavisinde temel ilke ve uygulamalar. 3.Baskı. İzmir: Güven Matbaacılık; 2000.
3. Koç A. Nursing Students' Attitudes Towards Euthanasia: A Study In Yozgat, Turkey. International Journal of Caring Sciences 2012;5(1): 66-73.
4. Uysal C, Karaaslan B, Tanrıverdi H, Çelepkolu T, Korkmaz M, Bulut K ve ark. Hekimlerin ölümlerle karşılaşma sıklıklarına göre ötenazi hakkındaki görüşlerinin değerlendirilmesi. Adli Tıp Bülteni 2013; 18(3): 91-97.
5. Kranidiotis G, Ropa J, Mprianas J, Kyprianou T, Nanas S. Attitudes towards euthanasia among Greek intensive care unit physicians and nurses. Heart & Lung 2015; 44: 260-263.
6. Schioldborg P. Students' attitudes toward active euthanasia, assisted suicide and proposed amendments to the penal code. Tidsskr Nor Laegeforen Aug 2000; 120 (19): 2283-2288.
7. Azizoğlu M. Hekimlerin ötenazi hakkındaki görüşleri. Cerrahpaşa Öğrenci Bilimsel Dergisi 2014; 6(7):3-7.

8. Özkara E. Ötanaziye farklı bir bakış: Belçika'da ötanazi uygulaması ve ülkemizdeki durum. TBB Dergisi 2008;78: 105-122.
9. Mayda SA, Özkara E, Çorapçıoğlu F. Attitudes of oncologists toward euthanasia in Turkey. Palliative and Supportive Care 2005; 3: 221-225.
10. İnsanın Ölme Hakkı Var mı? [http://www.bilimsel.fateback.com/bilime\\_/0\\_otenazi.html](http://www.bilimsel.fateback.com/bilime_/0_otenazi.html). Temmuz 16, 2014.
11. Kaya H, Akçin E. Hemşirelik öğrencilerinin ötanaziye ilişkin görüşleri. Türkiye Klinikleri 2005; 13:115-119.
12. Özkalay F, Zaybak A. Hemşirelik öğrencilerin ötanazi hakkındaki görüşleri. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2009; 25(2):1-9.
13. Nehir S, Kardeniz G, Altıparmak S, Tok N. Üniversite öğrencilerinin ötanaziye ilişkin düşünceleri: Bir Yüksekokul Örneği. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2006; 1(2) :27-36 .
14. Ryyanen OP, Myllykangas M, Viren M, Heino H. Attitudes towards euthanasia among physicians, nurses and the general public in Finland. Public Health 2002;116:322-331.
15. Inghelbrecht E, Bilsen J, Mortier F, Deliens L. Attitudes of nurses towards euthanasia and towards their role in euthanasia: A nationwide study in Flanders, Belgium. International Journal of Nursing Studies 2009;46: 1209-1218.
16. Schafer A. Physician assisted suicide: The great Canadian euthanasia debate. International Journal of Law and Psychiatry 2013;36: 522-531.
17. Beder A, Pınar G, Aydoğmuş G, Can M, Eren H, İşler N. ve ark. Hemşire ve hekimlerin ötanaziye ilişkin görüşleri. J Clin Exp Invest 2010;1:91-98.
18. Winget C, Kapp FT, Yeaworth RC. Attitudes of cancer patients, their family members and health professionals towards active euthanasia. European Journal of Cancer Care 2000;9:16-21.
19. Özkara E, Özdemir Ç, Hancı H, Dalgıç M, Civaner M, Yağmur F. Ankara'da çalışan hekimlerin ötanaziye yaklaşımı. Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi 2002;51(4):207-214.
20. Kumaş G. Adana ilindeki çeşitli hastanelerin yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin ötanazi hakkındaki düşünceleri. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 2005.
21. Başar B, Günay O. Yoğun bakım hemşirelerin ötanazi uygulamalarına yaklaşımı. 17. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi; 20-24 Ekim 2014; Edirne.
22. Özen Çınar İ, Kartal A, Önal A. Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin ötanazi hakkındaki düşünceleri. Türkiye Klinikleri 2012;20(3):146-152.
23. İl S, Işıkhani H. Kanser hastalarıyla çalışan sağlık personelinin ötanaziye ilişkin düşüncelerinin değerlendirilmesi. Adli Bilimler Dergisi 2004; 3(3): 41-50.
24. Dickinson GE, Lancaster CF, Clark D, Sam H. Physicians toward active voluntary euthanasia and physician-assisted suicide, Death Studies 2002; 26: 479-490.
25. Erbil N, Şenel A. Öğrenci hemşirelerin ötanaziye bakış açısı. III. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi; 29-30 Nisan 2004.
26. Mandıracıoğlu A, Özsoy SA. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Hemşirelik Yüksekokulu son sınıf öğrencilerinin ötanazi konusuna yaklaşımları. Kriz Dergisi 2003;3:270-273.
27. Tepehan S, Özkara E, Yavuz MF. Yoğun bakım ve diğer birimlerde görev yapan hemşirelerin ötanaziye yaklaşımı. Adli Tıp Dergisi 2011; 25(2):115-124.
28. Sjökvist P, Nilstun T, Svantesson M. With drawal of life support –who should decide? differences in attitudes among general public, nurses and physicians, Intensive Care Med. 1999; 25: 949-954.

29. Karaarslan B, Uysal C, Atan Y, Tataroğlu Z, Bozkurt İ, Çelepkolu T. ve ark. Hemşirelerin çalıştıkları bölümlere göre ötenazi hakkındaki görüşlerinin değerlendirilmesi. Dicle Tıp Dergisi 2014; 41(4): 700-706.

# Hemşirelerin Ameliyat Sonrası Ağrıya İlişkin Uygulamaları

## Postoperative Pain Management: Nursing Practices

(Araştırma)

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2016, 3(2), 40-49

Nazan GÜRARSLAN BAŞ\*, Gülnaz KARATAY\*, Ömer BOZOĞLU\*, Mehmet AKAY\*,  
Ersin KUNDURACI\*, Hasan AYBEK\*

\*Tunceli Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü, Tunceli, Türkiye

Geliş Tarihi: 04 Aralık 2015

Kabul Tarihi: 26 Mart 2016

### ÖZ

**Amaç:** Araştırmanın amacı, bir devlet hastanesinde çalışan hemşirelerin ameliyat sonrası ağrıya ilişkin uygulamalarını değerlendirmektir.

**Gereç ve Yöntem:** Tanımlayıcı türde olan araştırmanın verileri, 9-13 Mart 2015 tarihleri arasında toplanmıştır. Çalışmanın örneklemini bir devlet hastanesinde çalışan 99 hemşire oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında 24 sorudan oluşan "Ameliyat Sonrası Dönemde Ağrıya Yaklaşım Soru Formu" kullanılmıştır. Veriler SPSS veri tabanında sayı, yüzde ve ki-kare testleri ile değerlendirilmiştir.

**Bulgular:** Hemşirelerin yarısından daha azı (%44.4'ü) lisans düzeyinde öğrenime sahip olup, %89.0'ı ağrı yönetiminde hemşirenin sorumluluğu olduğunu ifade etmiş ve % 84.0'ı ağrıyı değerlendirdiğini belirtmiştir. Hemşirelerin ağrıyı değerlendirme yöntemleri arasında; yüz ifadesini değerlendirme (%39.3), hastaya sorma (%27.4) ve ağrı skalası uygulama (%26.2) gibi yöntemleri en çok tercih ettikleri görülmüştür. Ağrı yönetiminde en fazla tercih edilen yöntemler arasında sırasıyla analjezik uygulama (%50.5), hekime haber verme (%21.2) ve pozisyon verme (%14.1) yer almaktadır. Ayrıca hemşirelerin %96.0'ı çalıştıkları kurumun ağrı yönetim politikasının olmadığını ifade etmişlerdir.

**Sonuç:** Elde edilen bulgulara göre, bir devlet hastanesinde çalışan hemşirelerin ağrı yönetimi ile ilgili standart bir uygulama yapmadıkları görülmüştür.

**Anahtar Kelimeler:** Ağrı, ameliyat sonrası bakım, hemşirelik

### ABSTRACT

**Aim:** The aim of the research was to evaluate the interventions of the nurses working in a state hospital for postoperative pain.

**Material and Methods:** The data of this descriptive study was collected between March 9-13th, 2015. The sample of the study consisted of 99 nurses working in a state hospital. "The Pain Management in Postoperative Period Questionnaire" consisting of 24 questions was used for

İletişim : nbas@tunceli.edu.tr

22-26 Nisan 2015 Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi'nde poster bildiri olarak sunulmuştur.



data collection. Data was analyzed by using SPSS database with numbers, percentages, and chi-square tests.

*Results:* Less than half of the nurses (44.4%) had undergraduate level of education, 89.0% of them stated that nurses had responsibility in pain management, and 84.0% of them reported that they assessed the pain. The assessment of facial expression (39.3%), asking patients (27.4%), and pain scale applications (26.2%) were preferred mostly by nurses among pain assessment methods. Analgesic administration (50.5%), informing the physician (21.2%), and giving position (14.1%) were mostly preferred pain management methods respectively. Also, 96.0% of the nurses reported that the institution they work for did not have a pain management policy.

*Conclusion:* According to the findings, the nurses employed in this state hospital did not have a standard practice for pain management.

*Key Words:* Nursing, pain, postoperative care

## GİRİŞ

Ağrı, çeşitli nedenlerle, vücudun farklı bölgelerinde hissedilen, fizyolojik ve psikolojik tepkilere yol açan ve bireyi yardım aramaya yönelten bir semptomdur<sup>1,2</sup>. Ağrı algısı, bireyin çevresi, cinsiyeti, kültürü, eğitimi ve deneyimleri gibi pek çok emosyonel ve davranışsal faktörden etkilenmektedir<sup>3</sup>. Dolayısıyla ağrının subjektif ve objektif olmak üzere pek çok kaynağı ve türü bulunmaktadır<sup>4</sup>.

Ağrı türlerinden biri de ameliyat sonrası ağrıdır. Ameliyat sonrası ağrı, cerrahi travma ile başlayan ve doku iyileşmesi ile giderek azalan akut bir ağrıdır<sup>2,4</sup>. Yapılan bir çalışmada, cerrahi hastalarının yarısından fazlasının şiddetli ve orta düzeyde ağrı deneyimledikleri saptanmıştır<sup>4,5</sup>. Ameliyat sonrası ağrı, cerrahi travma gibi kasıtlı ve somut bir nedenle ortaya çıkmasından dolayı normal olarak algılansa da, başta solunum ve dolaşım sistemi olmak üzere bir çok organ/sisteminin aktivitesini olumsuz etkileyerek fonksiyonlarını bozduğu ve iyileşme sürecini uzattığı için multimodel yaklaşımı ile mutlaka kontrol altına alınması gerekir<sup>2,6,7,8</sup>.

Her hastanın ağrıya yanıtı birbirinden farklılık göstermektedir. Dolayısıyla cerrahi girişim sonrası hastada oluşan ağrının süre ve şiddetini birçok faktör etkilemektedir<sup>9</sup>. Hastanın cerrahi girişime fizyolojik, psikolojik ve farmakolojik olarak yeterince hazırlanmaması ve korkularının olması, cerrahi girişimin yeri ve süresi, cerrahi insizyonun uzunluğu, hastanın pozisyonu, cerrahi girişimin derecesi yanında cerrahi girişim sonrası bakımın niteliği ve kalitesi de ağrının yoğunluğunu ve baş etmeyi etkileyebilmektedir<sup>5,10</sup>. Dolayısıyla etkili ağrı yönetimi, hastaların bakım memnuniyetini belirleyen önemli etkenlerden biridir. Bu nedenlerden dolayı, ameliyat öncesi ve sonrası dönemde ağrı yönetiminde kullanılan hemşirelik uygulamaları önemli bir yere sahiptir.

Literatür incelendiğinde, ağrının giderilmesi ya da hafifletilmesinde hemşirelerin etkin rollerinin olduğu dikkat çekmektedir<sup>11,12</sup>. Hatta günümüzde ağrı hemşireliğinin özel dal olarak geliştiği görülmektedir. Hemşireler cerrahi hastalarda öykü alma, ağrıyı değerlendirme ve rapor etme, uygun girişimleri planlama, uygulama ve sonuçları değerlendirme ile ilgili önemli sorumluluklara sahiptir<sup>3,13</sup>. Ağrı yönetim stratejileri uzun bir zamandan beri hemşirelerin gündeminde olmasına rağmen, hemşirelerin belirtilen sorumlulukları gerçekleştirmeleri bireysel ve kurumsal faktörlerden

etkilenebilmektedir<sup>1,5</sup>. Ülkemizde yapılan bazı araştırmalar hemşirelerin ağrı yönetiminde çoğunlukla farmakolojik yöntemlere ve hekim istemine bağlı kaldıkları görülmektedir. Ay ve Ecevit Alpar (2010)'ın çalışmasında hemşirenin %77.2'sinin ağrıyı azaltmak için en sık analjezik uyguladıkları;<sup>14</sup> Demir ve diğerlerinin (2012) çalışmasında hemşirelerin ağrı ile ilgili bilgi ve davranış puanının orta düzeyde olduğu, ağrı tanınması ve ağrının farmakolojik yönetimi konusunda yeterli düzeyde bilgiye sahip olmadıkları;<sup>15</sup> Özer ve diğerlerinin (2006) çalışmasında ise hemşirelerin çoğunluğunun ağrı tanınması ve yönetimi konusunda yeterli bilgiye sahip olmadığı, %47.4'ünün ağrı yoğunluğunu tanılamada hastanın davranışlarını gözlemlemediği ve %74.5'inin ise hastanın ağrısını ölçmek için ağrı tanılama skalası kullanmadığı saptanmıştır<sup>16</sup>. Özellikle kırsal bölgelere doğru gidildikçe hemşirelerin ağrı yönetimi ile ilgili mesleki uygulamalarını ortaya koyma beceri ve olanaklarının azaldığı gözlenebilmektedir. Bu gerekçelerle hemşirelerin ağrı yönetiminde başvurdukları uygulamaların ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi, hemşirelere ve sağlık kurumlarına, etkili bir ağrı yönetim stratejisi oluşturma açısından katkı sağlayabilir. Dolayısıyla çalışma bir devlet hastanesinde çalışan hemşirelerin ameliyat sonrası ağrı yönetimine ilişkin uygulamalarını değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

## **GEREÇ ve YÖNTEM**

### **Araştırmanın Tipi**

Tanımlayıcı türde bir çalışmadır.

### **Araştırmanın Yeri**

Araştırma, bir Devlet Hastanesinin kliniklerinde yürütülmüştür.

### **Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Bir devlet hastanesinde çalışan 142 hemşire araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. Evrenin tamamı araştırma kapsamına alınmış olup, 15 hemşirenin geçici görevde olması, 7 hemşirenin izinli olması ve 21 hemşirenin çalışmaya katılmayı kabul etmemesi nedeniyle 99 hemşireye ulaşılabilmektedir. Çalışmaya katılma oranı %70 düzeyindedir. Araştırmanın yürütüldüğü hastanede ağrı yönetimine ilişkin protokollere dayalı bir uygulama yapılmadığı, hemşirelerinde belirgin bir ağrı yönetim stratejisinin olmadığı gözlemlenmektedir.

### **Veri Toplama Araçları**

Araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda<sup>3,9,11,17</sup> oluşturulan ve 24 sorudan oluşan "Ameliyat Sonrası Dönemde Ağrıya Yaklaşım Soru Formu" kullanılmıştır. Formun ilk bölümünde hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerine ilişkin 8 soru, diğer bölümünde ise ameliyat öncesi ve sonrası dönemde hemşirelerin ağrıya yaklaşımlarına ilişkin 16 soru yer almaktadır. Veri toplama araçları uygulanmadan önce başka bir

yataklı tedavi kurumunda çalışan 10 hemşireye uygulanarak gerekli düzenlemeler yapılmıştır.

## Verilerin Toplanması

Soru formu, 9-13 Mart 2015 tarihleri arasında, bir Devlet Hastanesinin kliniklerinde çalışmaya katılmaya istekli olan hemşirelere 08:00-16:00 saatleri arasında dağıtılmış ve soru formunun doldurulması ortalama 10 dakika sürmüştür.

## Verilerin Analizi

Elde edilen veriler SPSS veri tabanında sayı, yüzdeler ve ki-kare önemlilik testi kullanılarak değerlendirilmiştir.

## Araştırmanın Etik Yönü

Çalışmanın yapılabilmesi için gerekli kurumsal izin alındıktan sonra hemşirelere araştırmanın amacı açıklanarak sözel izin alınmıştır.

## BULGULAR

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin %89.1'i kadınlardan oluşmakta olup, %70.7'si evlidir. Ortalama yaşları  $35.08 \pm 9.05$  yıl; ortalama çalışma süreleri  $15.4 \pm 9.9$  yıl; buldukları servislerde ortalama çalışma süreleri ise  $4.5 \pm 5.2$  yıl olarak hesaplanmıştır. Hemşirelerin öğrenim durumları incelendiğinde; %30.3'ü Sağlık Meslek Lisesi (SML), %21.2'si Ön Lisans ve % 48.5'i Lisans ve üstü düzeyde öğrenime sahiptir.

Hemşirelerin %84.8'i ağrıyı değerlendirdiğini; tabloda yer almamakla birlikte en çok (%84.8) konulan hemşirelik tanısının "ağrı" olduğu; ağrıyı değerlendirme yöntemleri arasında yüz ifadesi ve dış görünüşten anlama (%39.3), hastaya sorma (%27.4) ve ağrı skalası uygulama (%26.2) gibi yöntemleri tercih ettiğini ve %14.1'i ağrı yönetiminde hemşirenin rolünün olmadığını düşündüğünü ifade etmiştir. Ağrıya ilişkin algılanan roller arasında ise ilk sıralarda hasta takibi (%45.8), hastayla iletişim içinde olma (%25.9) ve hastaya analjezik uygulama (%15.3) ifade edilirken; ağrıya müdahale yöntemleri arasında analjezik uygulama (%45.9), hekime haber verme (%19.3), pozisyon verme (%12.8), ağrının yerini ve şiddetini öğrenme (%10.1) gibi yöntemlerin kullanıldığı ifade edilmiştir (Tablo 1).

Ayrıca tabloda yer almamakla birlikte hemşirelerin % 64.6'sı preoperatif dönemde, %91.9'u ameliyat sonrası dönemde hastaya ağrı tedavisi hakkında bilgi verdiğini; %7.1'i hastalara hekim istemi dışında analjezik uyguladığını; %96.0'ı çalıştıkları kurumun belirgin bir ağrı yönetim politikasının olmadığını ifade etmiştir.

Hemşirelerin ağrı kesici uygulama zamanlarına bakıldığında; çoğunluğu (%40.4) hekim değerlendirmesinden sonra, %20.2'si hasta servise geldiğinde ve %15.2'si hastanın ağrısı geçene kadar ağrı kesici uyguladığını ifade etmiştir. Hemşirelerin %62.6'si ağrı yönetiminde non-farmakolojik yöntemler uyguladıklarını ifade ederken, en çok başvuru non-farmakolojik yöntemlerin sırasıyla hastaya pozisyon vermek (%32.9),

Tablo 1. Hemşirelerin Ameliyat Sonrası Ağrı Yönetimi Uygulamaları (N: 99)

Uygulamalar	S	%
<b>Ağrıyı değerlendirme</b>		
Evet	84	84.8
Hayır	15	15.2
<b>Ağrıyı değerlendirme yöntemleri (n=85*)</b>		
Yüz ifadesi/dış görünüşten anlama	33	39.3
Hastaya sorma	23	27.4
Ağrı skalası uygulama	22	26.2
Ağrı takibi	6	7.1
<b>Hemşirenin ağrı yönetiminde sorumlulukları (n=99)</b>		
Vardır	85	85.9
Yoktur	14	14.1
<b>Ağrı yönetiminde sorumluluklar (n=85*)</b>		
Hasta takibi	39	45.8
Hastayla sürekli iletişim içinde olmak	22	25.9
Hastaya analjezik uygulamak	13	15.3
Bakım vermek	9	10.6
Doktora yardımcı olmak	2	2.4
<b>Ağrısı olan hastaya uygulanan ilk müdahale (n=109**)</b>		
Analjezik uygulamak	50	45.9
Hekime haber vermek	21	19.3
Pozisyon vermek	14	12.8
Ağrının yerini ve şiddetini öğrenmek	11	10.1
Konuşarak ağrıyı azaltmak	7	6.3
Gözlem yapmak	6	5.6

\* Cevap verenlerin sayısı.

\*\*Birden fazla cevap verenlerin sayısı.

hastanın dikkatini başka yöne çekmek (%31.7) ve sıcak/soğuk uygulama yapmak (%20.2) olduğu görülmüştür (Tablo 2).

Tabloda yer almamakla birlikte, yapılan istatistiksel değerlendirmede hemşirelerin ağrı yönetiminde üslendikleri sorumlulukların öğrenim düzeyinden etkilendiği görülmüştür ( $p=0.016$ ,  $X^2 = 8.305$ ,  $sd=2$ ). Buna göre öğrenim düzeyi yükseldikçe hemşirenin ağrı yönetimindeki hemşirelik uygulamaları artmaktadır. Diğer yandan ağrı yönetiminin çalışma yılı, cinsiyet, çalışılan klinik gibi değişkenlerden etkilenmediği görülmüştür ( $p>0.05$ ).

## TARTIŞMA

Günümüzde beşinci yaşam bulgusu olarak kabul edilen ağrı yönetimi sağlık hizmetlerinin ve hemşirelik bakımının önemli bir alanını oluşturmaktadır. Özellikle ameliyat sonrası ağrı, hastanın yaşam kalitesini ve iyileşme sürecini etkilemesi nedeniyle çok boyutlu yönetilmesi gerektirmektedir. Ameliyat sonrası ağrı etkin yönetilmediği zaman hastada fizyolojik ve psikolojik sorunlara yol açabilmektedir. Bu açıdan hemşirelerin ağrı yönetimi konusunda bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi önemlidir.

Tablo 2. Hemşirelerin Ağrı Kesici ve Non-Farmakolojik Yöntem Kullanma Durumları (N: 99)

Ağrı Kontrol Yöntemleri	S	%
<b>Ağrı kesici uygulama zamanları</b>		
Hekim değerlendirmesinden sonra	40	40.4
Hasta servise geldiğinde	20	20.2
Ağrısı geçene kadar	15	15.2
Belli saat aralıklarla	10	10.1
Ameliyat sonrası ilk tedavide	8	8.1
Hastanın durumuna göre	6	6.0
<b>Ağrı için non-farmakolojik yöntem kullanma durumu</b>		
Kullanıyorum	62	62.6
Kullanmıyorum	37	37.4
<b>Ağrı için kullanılan non-farmakolojik yöntemler (n: 79)</b>		
Pozisyon verme	26	32.9
Hastanın dikkatini başka yöne çekme	25	31.7
Sıcak/soğuk uygulama yapma	16	20.2
Masaj yapma	9	11.4
Diğer*	3	3.8

\* İlişkisiz cevapları içermektedir.

Çoğunluğunu lisans mezunu hemşirelerin oluşturduğu bu çalışmada, hemşirelerin çoğunluğu hemşirelik sürecini kullanarak çalıştığını ifade etmiştir. Bu doğrultuda hemşirelerin önemli bir kısmı (%84.8) ağrıyı değerlendirdiğini belirtirken; ağrıyı değerlendirme yöntemleri arasında ağrıyı skorlamanın yeterince tercih edilmediği görülmektedir (Tablo 1). Yapılan başka bir çalışmada da hemşirelerin çocuklarda ameliyat sonrası ağrı yönetiminde kayıtlı bir skorlama yapmadığı görülmüştür<sup>18</sup>. Oysa subjektif bir semptom olan ağrıyı beden dili belirtileri yanında Görsel Analog Skala gibi ölçüm araçları ile değerlendirmek, ağrıyı doğru tanılama ve takip açısından daha ölçülebilir kılmaktadır<sup>19</sup>. Ağrı yönetiminde en önemli otorite, ağrıyı deneyimleyen kişi olarak hastanın kendisi olması nedeniyle hasta bildirimidir. Hastaların dış görünüşü ağrının şiddetiyle ilgili ipucu verse de tek başına kullanılması, ağrıyı derecelendirme ve tedavi yöntemine ve dozuna karar verme açısından yetersiz kalacağı düşünülmektedir.

Ağrı yönetimindeki son yaklaşımlara göre hemşirelerin bu alanda önemli sorumlulukları bulunmaktadır. İyi yönetilmeyen ağrı hemşirelerin de içinde olduğu sağlık bakım ekibine yasal ve etik sorumluluklar yüklemektedir. Ameliyat sonrası ağrı kontrol edilemediğinde hastada atelektazi, derin ven trombozu, yara iyileşmesinde gecikme gibi komplikasyonlara yol açabilmektedir<sup>5,8</sup>. Bu çalışmada hemşirelerin az da olsa bir kısmının ağrı yönetiminde sorumluluğu olmadığını düşünmeleri hemşirelerin bakım rolleri ile örtüşmemektedir. Ağrı yönetiminde sorumluluğu olduğunu düşünen hemşireler ise, hasta takibi ve iletişim, analjezik uygulama ve hekime haber verme gibi rolleri ön plana çıkarmışlardır (Tablo 1). Türkiye’de yapılan bir çalışmada hemşirelerin %88.9’unun ağrı yönetiminde farmakolojik tedaviye başvurdukları saptanmıştır<sup>17</sup>. Amerika’da yapılan bir çalışmada da hemşirelerin ameliyat sonrası ağrı yönetiminde yetersiz kaldıkları ve bilgi desteğine gereksinimleri olduğu görülmüştür<sup>4</sup>. Ağrı

yönetimine ilişkin standartlar, hemşirelerin ameliyat öncesi dönemde başlamak üzere, ameliyat sonrası dönemde de ağrıya ilişkin önemli sorumluluklarına işaret etmektedir<sup>20</sup>. Bu doğrultuda hemşireler, hastaların ağrı ile ilgili öyküsünü almalı, ağrı deneyimi ve baş etme yöntemlerini öğrenmeli ve hastanın önceden hangi tür analjezikleri ve hangi dozda kullandığını bilmelidir. Ayrıca ameliyat öncesi dönemde uygun hastalara “hasta kontrollü analjezinin” nasıl kullanılacağı öğretilmelidir<sup>9</sup>. Dolayısıyla günümüzde etkili bir ağrı yönetimi, hastaların ameliyat öncesi dönemde bilgilendirme ve eğitimi ile başlamakta<sup>21</sup> ve ameliyat sonrası bakım ile sürmektedir. Bu çalışmada da hemşirelerin çoğunluğu (%64.6) ameliyat öncesi dönemde hastalara ağrı hakkında bilgi verdiklerini ifade etmişlerdir. Literatürde yer alan çalışmalar, ameliyat öncesi dönemde verilen eğitimlerin yararına işaret etmektedir<sup>22,23,24</sup>. Yapılan bir çalışmada hastanın ağrıya ilişkin beklenti ve korkusunun ve ameliyat korkusunun ameliyat sonrası ağrıyı artırdığını göstermiştir<sup>22</sup>. Diğer bazı çalışmalar ise ameliyat öncesi ön bilgilendirme ile ameliyat sonrası ağrı yönetiminden memnuniyet<sup>20</sup> ve anksiyete düzeyi<sup>24</sup> arasında anlamlı ilişki olduğunu göstermiştir. Bu doğrultuda hemşirelerin ameliyat öncesi dönemde ağrı ve baş etme yöntemlerine ilişkin eğitimi vermeleri yararlı ve gereklidir.

Hemşirelerin ağrı yönetimine ilişkin ameliyat öncesi dönemde başlayan rolleri ameliyat sonrası dönemde de sürmektedir. Bu çalışma bulgularına göre bu roller arasında analjezik uygulama önemli bir yere sahiptir. Literatürde de hemşirelerin çabuk etki etmesi ve kolay uygulanabilir olması nedeniyle analjezik uygulama eğiliminde oldukları belirtilmektedir<sup>2,14,25</sup>.

Çalışma bulgularına bakıldığında hemşirelerin ağrı yönetiminde (%19.3) ve analjezik uygulamalarında (%45.9) önemli ölçüde hekim istemlerine bağlı kaldıkları görülmektedir (Tablo1). Türkiye’de ilaç istemi hemşirelerin yetkisi dahilinde olmadığı için, hekim istemi doğrultusunda analjezik uygulamaları, hemşirelerin sorumlulukları arasındadır. Ancak hemşirelerin ağrı yönetiminde bakım rollerini kullanabilecekleri boyutları göz ardı etmemeleri gerekir. Ameliyat sonrası dönemde ameliyatın türüne bağlı olarak değişmekle birlikte etkin ağrı yönetimi için analjeziklerin kanda belirli bir seviyede tutulması önemlidir. Bu nedenle lüzum halinde istem ve uygulama, kan analjezik düzeyinde dalgalanmalara neden olacağı için etkili olmayabilmektedir. Sayıları oldukça az olmakla birlikte bazı hemşirelerin (%6.0) “ağrısı oldukça uyguluyorum” yaklaşımı bu bilgiyle örtüşmemektedir (Tablo 2). Diğer yandan ameliyat sonrası dönemde özellikle narkotik türü analjezik uygulamaları kardiyak out-putta azalmaya ve solunum sistemin baskılanmasına dolayısıyla hipotansiyon ve hipoksi gibi sorunlara yol açabilmesi nedeniyle dikkat edilmesi gerekir<sup>2,10</sup>. Bu nedenle hemşirelerin rolleri sadece ağrı kesicileri uygulamakla sınırlı olmamalı, etki ve yan etkilerini gözleme, kayıt etme gibi sorumluluklar da yerine getirmeleri gerekmektedir.

Bu çalışmada hemşirelerin önemli bir kısmı (%62.6) ağrı yönetiminde non-farmakolojik yöntemleri de kullandıklarını ifade etmişlerdir. Bu yöntemler arasında pozisyon vermek, hastanın dikkatini başka yöne çekmek ve sıcak/soğuk uygulama yapmak gibi uygulamaları sıklıkla tercih ettikleri görülmüştür (Tablo 2). Farmakolojik yöntemlerin bazı riskleri göz önünde bulundurulduğunda; hemşirelik uygulamaları açısından non-farmakolojik yöntemler önem kazanmaktadır. Yapılan çalışmalar ağrı yönetiminde non-farmakolojik yöntemlerin uykuya yardımcı olduğunu, hastanın rahatını ve yaşam

kalitesini artırdığı ifade edilmektedir<sup>26,27,28</sup>. Ancak kullanılan yöntemin ritüel olarak kullanımdan ziyade kanıta dayalı olması önemlidir. Bazı kaynaklarda hemşirelikte kullanılan non-farmakolojik yöntemlerin kanıt temelli olmadığı ifade edilmektedir<sup>19,29</sup>. Bu çalışmanın bulgularına bakıldığında, hemşirelerin kanıt düzeylerini bilip bilmedikleri değerlendirilmemekle birlikte, ağrı yönetiminde etkisi olabileceği literatürde yer alan bazı yöntemleri kullandıkları görülmektedir. Ameliyat sonrası ağrı yönetiminde masaj ve sıcak/soğuk uygulamalar oldukça dikkatli kullanılması gereken alternatif yaklaşımlar olmakla birlikte bu yöntemleri uygulayan hemşire sayısının Türkiye’de yapılan diğer çalışmalardan daha düşük olduğu görülmüştür<sup>14,30</sup>.

Bu çalışmada hemşirelerin ağrıya yaklaşımlarının bazı değişkenlerle ilişkisine bakılmıştır. Hemşirelerin ağrı yönetim stratejilerinin çalışma yılı ve öğrenim durumu gibi faktörlerden etkilenmediği görülmüştür. Sadece öğrenim ile ağrı yönetiminde algılanan sorumluluklar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki söz konusudur. Benzer sonuçlar Ay ve Ecevit (2010)’ın çalışmasında da göze çarpmaktadır<sup>14</sup>. Bu durum hemşirelerin kurum kültürü ve politikaları doğrultusunda çalışmaya eğilimli olduğunu düşündürmektedir. Bu çalışmada hastanenin ağrı yönetimi ile ilgili bir politikasının olmadığı da hemşireler tarafından ifade edilen bulgular arasındadır.

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Elde edilen bulgulara göre hemşirelerin bir kısmının ağrı yönetiminde daha çok hekim istemi doğrultusunda hareket ettikleri; ağrıyla ilgili sınırlı düzeyde hemşirelik tanısı koydukları; öğrenim düzeyi, cinsiyet, çalışma yılı ile ağrı yönetimi arasında ilişki olmadığı ve hastanenin ağrı yönetim politikasının olmadığı ve bu durumun hemşirelik bakımına da yansdığı görülmüştür. Bu sonuçlar doğrultusunda; hemşirelere ağrı yönetimi ile ilgili hizmet içi eğitimler planlanması ve ağrı yönetim politikalarının oluşturulması önerisinde bulunulmuştur.

## TEŞEKKÜR

Bizlere zaman ayırarak araştırmaya katılan hemşirelere ve hastane yönetimine teşekkür ederiz.

## KAYNAKLAR

1. Aslan EF, Badır A. Ağrı kontrol gerçeği: hemşirelerin ağrının doğası, değerlendirilmesi ve geçirilmesine ilişkin bilgi ve inançları. *Ağrı* 2005;17(2):44-51.
2. Faydalı S. Cerrahi hastalarında analjeziklerin kaliteli kullanımı. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi* 2010;17(2):83-91.
3. Richards J, Hubbert AO. Experiences of expert nurses in caring for patients with postoperative pain. *Pain Management Nursing* 2007;8(1):17-24.
4. Francis L, Fitzpatrick JJ. Postoperative pain: Nurses’ knowledge and patients’ experiences. *Pain Management Nursing* 2013;14(4): 351-7.
5. Sü S, Şahin DA. Cerrahi servislere çalışan hemşirelerin lüzum halinde analjezik istemini kullanma durumlarının belirlenmesi. *Genel Tıp Dergisi* 2014;24:93-8.



6. Özveren H. Ağrı kontrolünde farmakolojik olmayan yöntemler. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi 2011;18(1):83-92.
7. Kanan N. Cerrahide Ağrı. Aksoy G, editör. Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı. 1. Baskı, İstanbul: Birlik Ofset Ltd. Sti.; 1998.p.11-8.
8. Manworrenr CB. Multimodal pain management and the future of a personalized medicine approach to pain. AORN Journal 2015;101(3): 307-17.
9. Yvonne D. New Thinking about postoperative pain management. OR Nurse. 2011;5(6):28-36.
10. Aslan EF. Postoperatif Ağrı. Aslan EF, editör. Ağrı Doğası ve Kontrolü. 1. Baskı, İstanbul: Mart Matbaacılık Sanatları Ltd. Şti.,2006.p.159-90.
11. Zeitz K, McCutcheon H. Policies that drive the nursing practice of postoperative observations. Int J Nurs. 2002;39(8):831-9.
12. Yılmaz F, Atay S. Hemşirelik öğrencilerinin klinik ağrı yönetimi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi 2014;1(2):32-41.
13. Yıldırım YK, Uyar M. Etkili kanser ağrı yönetimindeki bariyerler. Ağrı 2006;18:12-9.
14. Ay F, Ecevit Alpar Ş. Postoperatif ağrı ve hemşirelik uygulamaları. Ağrı 2010;22(1): 21-9.
15. Demir Y, Yıldırım Usta Y, İnce Y, Türken Gel K, Kaya Akı M. Hemşirelerin ağrı yönetimi ile ilgili bilgi, davranış ve klinik karar verme durumlarının belirlenmesi. Çağdaş Tıp Dergisi 2012;2(3):162-72.
16. Özer S, Akyürek B, Başbakkal Z. Hemşirelerin ağrı ile ilgili bilgi, davranış ve klinik karar verme yeteneklerinin incelenmesi. Ağrı 2006;18(4):36-43.
17. Akbaş M, Öztunç G. Examination of knowledge about and nursing interventions for the care of patients in pain of nurses who work at Çukurova. University Medical Faculty Balcalı Hospital 2008;9(3):88-95.
18. Ene KW, Nordberg G, Bergh I, Johansson FG, Sjöström B. Postoperative Pain management -the influence of surgical ward nurses. J Clin Nurs. 2008;17(15):2042-50.
19. Twycross A, Forgeron P, Williams A. Paediatric nurses' postoperative pain management practices in hospital based non-critical care settings: A Narrative Review. International Journal of Nursing 2015;52(4):836-63.
20. D'Arcy Y. Pain management standards, the law and you. Nursing 2005;35(4):17.
21. Grinstein Cohen O, Sarid O, Attar D, Pilpel D, Elhayany A. Improvements and difficulties in postoperative pain management. Orthopaedic Nursing 2009;28(5):232-9.
22. Sommer M, de Rijke J, van Kleef M, Kessels A, Peters M, Geurts J, et al. Predictors of acute postoperative pain after elective surgery. Clin J Pain. 2010;26(2):87-94.
23. Niemi-Murola L, Pöyhä R, Onkinen K, Rhen B, Mäkelä A, Niemi TT. Patient satisfaction with postoperative pain management-effect of preoperative factors. Pain Management Nursing 2007;8(3):122-9.
24. Sjöling M, Nordahl G, Olofsson N, Asplund K. The impact of preoperative information on state anxiety, postoperative pain and satisfaction with pain management. Patient Educ Couns. 2003;51(2):169-76.
25. Manias E, Bucknall T, Botti M. Nurses' strategies for managing pain in the postoperative setting. Pain Management Nursing 2005;6(1):18-29.
26. McCaffery M. What is the role of non-drug methods in the nursing care of patients with acute pain? Pain Management Nursing 2002;3(3):77-80.
27. Good M, Albert JM, Anderson GC, Gene C, Wotman S, Cong X, et al. Supplementing relaxation and music for pain after surgery. Nurs Res. 2010;59(4):259-69.
28. Meissener W. The role of acupuncture and transcutaneous-electrical nerve stimulation for postoperative pain control. Curr Opin Anesth. 2009;22(5):623-6.



29. Jablonski A, Ersek M. Nursing home staff adherence to evidence-based pain management practices. J Gerontol Nurs. 2009;35(7);28-37.
30. Karadağ S, Taşcı S. Kayseri Devlet Hastanesi'nde çalışan hemşirelerin verdiği hemşirelik bakımı ve bakımı etkileyen faktörler. Sağlık Bilimleri Dergisi Ek Sayı: Hemşirelik Özel Sayısı) 2005;14:13-21.

# Güvenli Enjeksiyon Uygulamaları

## Safe Injection Practices

(Derleme)

*Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2016, 3(2) 50–57*

**Esin ÇETINKAYA USLUSOY\***, **Emel TAŞÇI DURAN\***, **Medet KORKMAZ\*\***

\*Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Isparta, Türkiye

\*\*SANKO Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Gaziantep, Türkiye

Geliş Tarihi: 19 Kasım 2014

Kabul Tarihi: 19 Mayıs 2015

### ÖZ

İlaç uygulama yollarının kuralları evrenseldir. İlaçın içeriği, uygulama yerinin uygun olmaması, hatalı doz, yanlış sulandırma, steril olmayan koşullar, uygun olmayan araç ve gereç kullanımı, uygulayıcının teknik bilgi, beceri hataları ve hastaya ilişkin özellikler istenmeyen etkilerin görülmesinde rol oynar. Ayrıca sağlık personelinde enjeksiyon yöntemi ile ilaç uygulandıktan sonra, kesici-delici aletlerle yaralanma durumlarının fazlaca olduğu da görülmektedir.

Hasta birey iyileşmeyi beklerken, ilaç uygulaması sürecinde yapılacak olan hatalar, iatrojenik hastalıkların ve sakatlıkların ortaya çıkmasına, birçok olumsuzlukların görülmesine, hatta ölüme varan kötü sonuçlara neden olmaktadır. Ayrıca yapılan tıbbi hatalar hemşireleri yasalar karşısında hukuki sorumluluk altına sokmaktadır.

Enjeksiyonlar ile ilgili hataları önlemek için sağlık personelinin, enjeksiyon ile uygulanan ilaç hataları konusunda uygun bilgi, beceri ve tutum geliştirilmesine yönelik düzenli olarak eğitilmesi, yenilikleri öğrenmesi, bu konudaki yayınları takip etmesi, bilimsel çalışmalarla sonuçları kanıtlanmış hem kurum hem de hastalar tarafından kabul edilebilecek kanıt değeri olan girişimleri uygulaması, hatayı rapor etme konusunda cesaretlendirilmesi ve hasta güvenliği kültürünün oluşturulması gerekmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** *Enjeksiyon, hemşire, tıbbi uygulama hatası*

### ABSTRACT

The rules regarding parenteral drug administration are universal. Factors such as drug content, inappropriate administration site, incorrect dosage, incorrect dilution, non-sterile conditions, use of improper tools and equipment, practitioner's insufficient technical knowledge and skills and patient-related characteristics play a role in incidence of adverse effects. In addition, needle stick injury cases are frequent in healthcare professionals after drug administration by injection.

While a patient is expecting to get better, errors made in administration of drugs may cause emergence of iatrogenic conditions and injuries, incidence of negative conditions, even negative consequences up to death of the patient. Also, these medical errors expose nurses to legal responsibilities under the the law.

To prevent the medical errors related to injections, regular training of health care personnel to develop appropriate knowledge, skills and attitudes about injection-related drug administration errors, following new developments in the field, carrying out interventions that are proved with scientific research, that are acceptable for institutions and patients, and that has evidence base, encouraging report of errors and creating a culture of patient safety are essential.

**Key Words:** *Injection, medical practice error, nurse*

İletişim : esinuslusoy@sdu.edu.tr

## GİRİŞ

Güvenlik, birey için evde, işyerinde, toplum içinde ya da sağlık kurumlarında gerekli olan en temel gereksinimdir. Son dönemde Amerika Birleşik Devletleri'nde (A.B.D) Tıp Kurumu (the Institute of Medicine) tarafından yayınlanan raporlarda, "sağlık hizmetinde kalite" açısından öncelikli seçilen 20 alandan üçü, hasta güvenliği ile ilgilidir. Sağlık bakım ortamlarında, bakım kalitesini ve hasta memnuniyetini artıran en önemli ve öncelikli unsurlardan biri olan hasta güvenliğinin sağlanması son derece önemlidir<sup>1</sup>.

Hasta güvenliği, sağlık bakım hizmetlerinin kişilere vereceği zararı önlemek amacıyla sağlık kuruluşları ve bu kuruluşlardaki çalışanlar tarafından gerekli önlemlerin alınmasıdır. Literatürde, hasta güvenliğinin sağlık hizmetlerinde görülen en önemli sorunlardan biri olduğu, bu sorunun kurumlarda hasta güvenliği kültürü oluşturularak çözülebileceği, fakat hasta güvenliği kültüründe ve hemşirelerin bu konu ile ilgili bilgilerinde yetersizlikler olduğu belirtilmektedir<sup>2,3</sup>.

Hasta güvenliği konularından biri olan ilaç güvenliği de, son yıllarda tüm dünyada etik, hukuki, tıbbi, eğitimsel ve yönetsel yönleriyle tartışılan, çok kapsamlı bir konu haline gelmiştir. Hasta tedavisinde ilaç uygulaması çok önemli bir yere sahiptir. İlaç uygulaması, birçok disiplini içine alan bir süreç olmakla birlikte bu süreç, hasta bireyin muayenesi sonrası hekim tarafından ilaç istemi verilmesi ile başlayıp; ilacın sağlık personeli, hasta bireyin kendisi ya da yakınları tarafından uygulanması, kayıt edilmesi ve doğru tepkinin gözlenmesi ile sonlanmaktadır<sup>4</sup>. İlaç uygulama yollarının kuralları evrenselidir. Sağlığa sağladığı vazgeçilmez yararlar yanında, seyrek de olsa istenmeyen etkiler görülebilir. Tıbbi tedavinin vazgeçilmez parçası olan ilaç uygulamaları, tüm dünyada hemşirelerin en temel ve yaygın işlevleri arasında yer alan yasal sorumluluklarından birisidir<sup>5</sup>. Bu temel sorumluluğun gerçekleştirilmesiyle ilgili olarak yaşanan 'ilaç uygulama hataları', ilaçları uygulama sürecinde izlenmesi gereken ilkelere uyulmaması sonucunda ortaya çıkabilmektedir. İlaç uygulama hatalarının önlenmesi için 8 doğru kuralına uyulması gerekir. Bunlar; doğru ilacın, doğru ilaç şekli ile, doğru hastaya, doğru dozda, doğru zamanda, doğru yolla verilmesi, doğru forma doğru kayıt yapılması ve hastada doğru yanıtın gelişip gelişmediğinin gözlenmesidir<sup>6</sup>. İlaç uygulama hatalarının görülmesinde, ilacın içeriği, uygulama yerinin uygun olmaması, hatalı doz, yanlış sulandırma, steril olmayan koşullar, uygun olmayan araç ve gereç kullanımı, uygulayıcının teknik bilgi, beceri hataları, dikkat dağınıklarının ve iş yükünün fazla olması ile hastaya ilişkin özellikler büyük rol oynamaktadır<sup>7,8</sup>.

## Enjeksiyon Uygulama Hataları ve Nedenleri

İlaçlar ağız, inhalasyon vb. yolların yanı sıra sıkça deri içine (intradermal), damar içine (intravenöz), yağ dokusu içine (subkutan) ve kas içine (intramüsküler) enjeksiyon yoluyla uygulanmaktadır.

İntradermal enjeksiyon, ilacın epidermisin hemen altına, dermiş içine verilmesidir. İlaç emiliminin yavaş ve en geç olduğu yoldur. Genellikle, alerji ve tüberkülin testinde olduğu gibi tanı amaçlı olarak uygulanır. İntradermal enjeksiyon uygulamasında, yanlışlıkla ilaç subkutan dokuya verildiğinde ya da dışarıya sızdığında deride kabarcık oluşmaz. Ayrıca hastaya işlemin amacı uygun şekilde anlatılmazsa, hasta duyarlılık ile ilgili belirtileri açıklayamayabilir ve yapılan uygulama etkin olmayabilir<sup>9</sup>.

Enjeksiyon yolu ile ilaç uygulama yöntemlerinden bir diğeri olan damar içi (intravenöz/ intravasküler) uygulamalar, hastaların gerek tedavisinde gerekse izleminde oldukça sık kullanılan bir yöntem olup, büyük yararlar sağlamanın yanı sıra, oluşturdukları komplikasyonlar sonucu morbidite ve mortalite oranlarını arttırmaktadır<sup>10,11</sup>. Bu uygulamanın en önemli komplikasyonları arasında, damar zedelenmesi, lokalize selülit, septik tromboflebit ve abse oluşumu gibi önemli komplikasyonlar yer almaktadır<sup>10,12</sup>.

Damar içi enjeksiyonlar sırasında meydana gelen damarın zedelenmesi ve enfeksiyon gibi durumlar; yaralanma, acı çekme, ekstremitte kaybı, ekstremitenin anatomik yapısı veya işlevinin yarısından fazlasının kaybı gibi sonuçlar doğurabilmektedir. Sağ ayağının kırılması üzerine tedavi için gittiği devlet hastanesinde ortopedi servisine yatırılan hastanın kolunun tedavi sırasında görevli hemşire tarafından yapılan hatalı enjeksiyon sonucu kangren olması ve bu nedenle kesilmesi bu duruma örnek olarak verilebilir<sup>1</sup>. Yapılan bazı çalışmalarda da, hemşirelerin kateter ile ilişkili enfeksiyonlar konusunda bilgi düzeylerinin orta derecede olduğu, tecrübeli olmayan kişiler tarafından takılan IV kateterlerin kolonizasyonu ve kan dolaşımını enfeksiyonunu artırdığı, damar içi kateterler ve enfeksiyon kontrolü için eğitim verildiğinde enfeksiyon oranlarının yüksek derecede azaldığı belirtilmektedir<sup>13-16</sup>.

Subkutan (deri altı) enjeksiyonlar ise, genellikle aşı, insülin, hormon ve heparin türündeki ilaçların verilmesinde kullanılmaktadır. Subkutan enjeksiyon uygulamalarından sonra genellikle enjeksiyon tekniğine bağlı olarak ekimoz, hematom ve ağrı gibi problemler ortaya çıkabilmekte ve hastanın sonraki enjeksiyonları için enjeksiyon bölgesinde doku kayıplarına yol açabilmektedir. Ayrıca, ekimoz ve hematomun görünümü hastada stres yaratmakta ve beden imajının bozulmasına neden olmaktadır<sup>17,18</sup>. Yapılan bazı çalışmalarda elde edilen bulgulara göre; hemşirelerin yarısından fazlasının konuya ilişkin hizmet içi eğitim almadığı, kullanım kılavuzunu okumadığı, uygun enjeksiyon bölgesini seçemedikleri, uygulama bölgesi olarak yalnızca üst kolun dış yanını tercih ettikleri, hemen hemen yarısının iğneyi yanlış açı ile dokuya batırdıkları, ayrıca işlemden sonra yeterli kayıt tutmadıkları, hastayı değerlendirmedikleri ve yanlış teknik sonucu uygulama bölgesinde hematom görülme oranının anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir<sup>18,19</sup>.

İnal ve Erdim (2005) çalışmalarında, diyabetli çocuklarda insülin enjeksiyonunun yanlış enjeksiyon tekniğine bağlı olarak subkutan doku yerine intramüsküler yapılabildiğini ve bu durumun kan şekeri kontrolünde düzensizliklere ve hipoglisemik ataklara neden olduğunu saptamışlardır. Literatürde, subkutan enjeksiyon uygulamalarında uygun teknik kullanılması durumunda bahsedilen bu komplikasyonların önemli derecede azaltılabileceği belirtilmektedir<sup>18-22</sup>.

İntramüsküler (kas içi) enjeksiyon, ilaçların büyük kas kitlelerine verilmesinde kullanılan bir yöntemdir. Ancak bu uygulama, yeterli bilgi ve beceri ile donatılmış, deneyimli ellerde, uygun araç ile uygun koşullarda yapılmalıdır. Fakat yapılan çalışmalarda sağlık personellerinin intramüsküler enjeksiyonlar ile ilgili bilgi düzeylerinin yetersiz kaldığı görülmektedir<sup>23-25</sup>.

İntramüsküler enjeksiyon uygulamalarında teknik kurallara uyulmadığında pek çok komplikasyonun oluşma riski artar. Bu komplikasyonlar; abse, nekroz, enfeksiyon (sepsis), doku tahrişi, kontraktür, hematom, kronik ağrı, periostit, kemik ve damar yaralanmalarıdır<sup>26-29</sup>. Ersoy ve ark. (2011) bu komplikasyonlardan biri olan sepsiste

mortalite oranlarının kabul edilemez oranda yüksek olduğunu (%30-50) ve sundukları olgu çalışmasında basit bir intramüsküler enjeksiyonun yol açtığı enfeksiyonun hastayı nasıl ağır sepsise kadar götürdüğünü ortaya koymuşlardır.

İntramüsküler enjeksiyonlarda bir diğer önemli komplikasyon ise, nörolojik sekellerdir. Bir periferik sinirin çok yakınına ilaç enjeksiyonu yapmak, sinirin devamlılığını bozan önemli bir yaralanmaya neden olabilir. Enjeksiyon yaralanmasının en sık görüldüğü bölgelerden biri, siyatik sinirin bulunduğu kalçanın alt ve iç alanıdır. Enjeksiyon sonrası oluşan kitlesel lezyonlar ve skarlar da sinir zedelenmesine, hastanın sakat kalmasına neden olabilmektedir<sup>8,26</sup>.

Yapılan çalışmalarda, siyatik sinir nöropatisine en fazla yol açan nedenin Türkiye’de %31.2, yurt dışında ise %86 gibi yüksek oranlarda gluteal (kalça) bölgeye uygulanan intramüsküler enjeksiyonlar olduğu<sup>26,28,31,32</sup>, yaşlı bireylerde, özellikle zayıf hastalarda intramüsküler enjeksiyonun morbiditesinin yüksek ve enjeksiyona bağlı sekonder siyatik sinir nöropatilerinin prognozlarının kötü olduğu vurgulanmaktadır<sup>33</sup>.

İntramüsküler enjeksiyonlar ile ilgili güvenli enjeksiyonun uygulanabileceği yararlı bilimsel öneriler sunan çalışmalar da bulunmaktadır. Örneğin, Güneş, Zaybak ve Tamsel (2008), enjeksiyon yöntemlerine yönelik en uygun bölgeyi belirlemek için ultrasonografik ölçümler yaptıkları çalışmalarında, ventrogluteal bölgenin dorsogluteal bölgeye göre çok daha güvenilir ve elverişli olduğunu, siyatik sinir yaralanmasına yol açan intramüsküler enjeksiyonun, yaralanmaları ortadan kaldırmak için dorsogluteal (kalça) bölge yerine, ventrogluteal bölgeye güvenle yapılabileceğini ortaya koymuşlardır. Literatürdeki diğer çalışmalar da, yaralanmaların dorsogluteal bölgeye yapılan enjeksiyonlar nedeniyle meydana geldiği ve artık bu bölgenin tercih edilmemesi gerektiğini vurgulamaktadır<sup>28,31,32</sup>.

Enjeksiyon uygulamalarında sağlık personellerinin gördükleri zarara bakıldığında, çalışmalarda enjeksiyon uygulayan sağlık personelinde kan ve vücut sıvılarıyla en sık temas yolunun iğne batması kazası olduğu, temas sonrası tıbbi yardım almak için başvuruların sayısının az olduğu, temas hikayesi olan sağlık çalışanlarının temasla ilişkili olarak Hepatit B, Hepatit C virüsü enfeksiyonu ve HIV geçirdikleri saptanmıştır<sup>35,36</sup>. Rehan ve ark. ise (2012), enjeksiyon uygulaması yapan hemşireleri gözlemedikleri çalışmalarında, %95’inin el yıkamadığını, %61’inin eldiven giymediğini, %12’sinin aynı iğneyi tekrar hastaya uyguladığını, %15’inin iğnenin steril olan ucunu uygulama öncesi pamukla sildiğini ve %44’ünün sıvı dolu ampulleri katı nesnelere kırdıklarını saptamışlardır. Bu sonuçlar sağlık personelinin enjeksiyonu yanlış tekniklerle uyguladığını, hastaların ve kendilerinin sağlığını tehlike attıklarını, bu nedenle enjeksiyon uygulamaları ile ilgili zarar verme ve zarar görme konularında eğitime ihtiyaçlarının olduğunu göstermektedir.

Hemşirelik alanında yapılan araştırmaların amacı, kanıta dayalı uygulamalar için sağlam bir temel oluşturmak, hemşirelerin bu temeli en iyi şekilde kullanmasını ve üretilen bilginin hemşirelik uygulamalarına dayanak oluşturarak ve tıbbi uygulama hata riskini azaltarak hastaya verilen bakımın kalitesinin yükseltilmesini sağlamaktır. Ancak son zamanlarda yapılan çalışmalar, bu çalışma sonuçlarından kliniklerde ya da toplum sağlığı alanında çalışan sağlık personellerinin haberdar olmadıklarını, bu nedenle araştırma sonuçlarını istedik düzeyde kullanmadıklarını göstermektedir. Yapılan araştırmalarda bunun nedeninin bilimsel etkinliklere katılmama, bilimsel

dergileri ve araştırma sonuçlarını takip etmeye ihtiyaç duymama ya da araştırmalara ulaşamama, kurumun ve bireysel otoritenin yetersiz kalması gibi faktörler olduğu belirtilmiştir<sup>37,38</sup>.

## Yasal Boyut

Sağlık çalışanlarının sorumlulukları mesleğini insan üzerinde gerçekleştirdiklerinden diğer mesleklere göre çok daha ağırdır. Maalesef sağlık uygulamaları neticesinde istenmeyen durumlar meydana gelebilmektedir. Tıbbi uygulama hatası (Medical Malpraktis) olarak adlandırılan bu durum, “hastanın yaralanmasına sebep olan, kabul edilmiş sağlık bakım ve beceri standartlarını sağlamada, bakım hizmeti sunan açınsından, başarısızlık veya yanlış uygulama” olarak tanımlanmaktadır. Bilgisizlik ve deneyimsizlik, iletişim ve eğitim eksikliği, iş yükünün fazlalığı, fiziki yorgunluk, dikkat dağınıklığı, motivasyon eksikliği, tıbbi cihaz ve çevresel faktörler gibi etmenler malpraktise zemin hazırlamaktadır<sup>1</sup>.

Amerika Birleşik Devletleri’nde yılda 1.3 milyon hasta, tıbbi kurum ve kuruluşlarda, tıbbi tedavi esnasında yaralanmakta ya da sakat kalmaktadır. Ülkemizde de benzer olaylar yaşanmakta, hatta mahkemelere yansıtılmaktadır. Yüksek Yargı Mercilerinin, 1973-2007 tarihleri arasında verdiği kararlardan, tıbbi müdahale hatalarını içeren emsal 120 kararın incelendiği bir çalışmada, ele alınan kararların çoğunun tıbbi hatadan kaynaklanan zararların tazmini davalarının kararları olduğu görülmektedir. Yargıya yansıyan tıbbi müdahale hatalarının yapıldığı sağlık mesleklerine göre dağılımına bakıldığında, 20 hatanın Hemşirelik (ebelik) faaliyetleri sırasında oluşan hatalar olduğu, bu 20 hatanın ise, 7’sinin ekstremitenin anatomik yapısı veya işlevinin yarısından fazlasının kaybı, 4’ünün ölüm, 4’ünün ekstremitenin tamamen kaybı, 4’ünün yaralanma, acı çekme ve 1’inin de bebek karşıması olduğu saptanmıştır<sup>1</sup>. Ülkemizde yargıya yansımayan daha nice vakaların olduğu düşünülmektedir. Bir başka çalışmada ise, hatalı tıbbi uygulamalar ile ilgili gazete haberleri incelenmiş ve 2000-2007 yılları arasında 18 gazetede tıbbi hatalara ilişkin 172 haber saptanmıştır. Bu çalışmada hatalı uygulamayı en çok hekimden sonra hemşirelerin yaptığı, hatalı uygulama nedeninin en fazla bilgi eksikliği, meslekte acemilik olduğu ve hatalı uygulamaya maruz kalan kişilerin en çok ölüm ve sakatlık yaşadıkları belirtilmiştir<sup>39</sup>.

Hemşirelerin bu konudaki hukuki sorumluluklarına bakıldığında, Türk Hukuku’nda bu konuyla ilgili özel düzenlemeler bulunmadığı, Medeni Hukuk, Ceza Hukuku ve disiplin sorumluluğunda bulunan genel hükümler çerçevesinde değerlendirildiği görülmektedir<sup>40,41</sup>.

## Enjeksiyon Uygulama Hatalarını Önlemek ve Güvenli Enjeksiyonu Sağlamak için Alınması Gereken Önlemler

Sağlık kurumlarının ile hastaya enjeksiyon yoluyla ilaç uygulayan sağlık çalışanının kendisinin, hastanın ve ailesinin zarar görmesini önlemek ve yasalar karşısında kendisini koruyabilmek için enjeksiyon uygulama hataları riskini artıran durumları bilmesi ve gerekli önlemleri alması önemlidir.

Enjeksiyon uygulamalarında hataları azaltabilmek için,

- Enjeksiyon uygulamaları konusu hemşirelik müfredatlarında yeniden gözden geçirilmeli,
- Hemşirelerin enjeksiyonlar ile ilgili yapılan araştırmaları takip ederek, bilimsel çalışmalarla sonuçları kanıtlanmış, hem kurum hem de hastalar tarafından kabul edilebilecek kanıt değeri olan girişimleri uygulamaları sağlanmalı, hizmet içi eğitim programları hazırlanmalı ve uygulanmalı,
- Lisans ve lisansüstü eğitimi almış nitelikli hemşire ile yeterli insan gücü sağlanmalı,
- Sağlık kuruluşları tarafından kurumsal hasta güvenliği kültürü oluşturulmalı,
- Çalışanlar için korku faktörünü ortadan kaldıracak, kendilerini bildirimde bulduklarında güvende hissedebilecekleri ve bildirim yapan kişinin korunmasını sağlayacak etkin hata bildirim yöntemleri kullanılmalı ve bu konuda cesaretlendirilmeli,
- Bildirimler yoluyla yöneticilerin hataların oluşumu ortadan kaldıracak sistemleri oluşturmalı ve stratejiler geliştirmeli,
- Hemşirelerin hasta güvenliği uygulamaları içerisindeki rol ve görevleri düzenli eğitimlerle vurgulanmalı,
- Hemşirelerin yasalar karşısında kendilerini koruyabilmeleri için, tıbbi uygulama hatasına neden olan durumlar ve alınması gereken önlemler konusunda bilgilendirilmeli,
- Hemşireler, tıbbi uygulama hatası olması halinde uygulanacak olan yasal süreç konusunda bilgilendirilmeli,
- Kurumda kesici-delici aletler ile yaralanma riskini en aza indirecek politikalar olmalı, alt yapı desteği sağlanmalı, gerekli önlemler alınmalı ve bu önlemler denetlenmelidir.

## SONUÇ

Sonuç olarak, enjeksiyon uygulaması sırasında yapılan hatalar, iyileşmeyi bekleyen hasta birey için iyatrojenik hastalıkların ve sakatlıkların ortaya çıkmasına, birçok olumsuzlukların görülmesine, hatta ölüme varan kötü sonuçlara neden olabilir. Ayrıca, bu hatalar sağlık çalışanlarının hukuki sorumluluk altına girmelerine neden olmakta ve sağlık çalışanı bu durumdan zarar görmektedir. Hemşirelerin, enjeksiyon uygulama hataları ve yasal durumlarla karşı karşıya kalmamaları için yukarıda sözü edilen önlemler açısından bilgilendirilmeleri ve kurum tarafından konu ile ilgili standartların oluşturulması yararlı olacaktır.

## KAYNAKLAR

1. Savaş H. Yargıya yansıyan tıbbi müdahale hataları, tıbbi malpraktis – tıbbi davaların seyri ve sonuçları. Ankara: Seçkin Yayıncılık; 2011.
2. Erdağı S. Hasta güvenliğinin öncelikli konusu: hasta güvenliği kültürü. Sağlıkla Hemşirelik Dergisi 2013,7:12-14.
3. Atan ŞÜ, Dönmez S ve Duran ET. Üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerde hasta güvenliği kültürünün incelenmesi. F.N. Hem. Derg. 2013,21(3);172-180.

4. Aygin D, Cengiz H. İlaç uygulama hataları ve hemşirenin sorumluluğu. Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni, 2011; 45(3): 110-4.
5. Karadağ A. Hemşire ilaç uygulama hatalarını önlemede anahtar kişi (mi) dir? 2009. <http://www.turkhemsirelerderneği.org.tr/menu/saglik-guncel/thd-sagligin-sesi> (erişim tarihi. 08 Şubat 2015).
6. Küçükakça G. İlaç güvenliğinin sağlanmasında hemşirenin rolü. Sağlıkla Hemşirelik Dergisi 2013,7:18-20.
7. İnal S, Erdim L. Çocuklarda diyabet yönetimi, Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2005; 8(2): 105-115.
8. Bulut Y, Ülger Z, Bulut S, Egemen A. Gluteal intramusküler ilaç enjeksiyonu sonrası gelişen düşük ayak: bir vaka takdimi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi, 2007;50: 193-8.
9. Karabacak BG. Parenteral ilaç uygulamaları. In: Sabuncu N, Ay FA (editörler). Klinik beceriler Sağlığın değerlendirilmesi ve hasta bakımı. Nobel Tıp Kitapevleri: 2010. s. 251-255.
10. Yalçın AN. Kateter ile ilişkili kan dolaşımı enfeksiyonları: tanı ve tedavi, III. Ulusal Yoğun Bakım Enfeksiyonları Sempozyumu Bildiri Kitabı, 21-24 Haziran 2007; Trabzon, Türkiye. s.40-42.
11. Öncü S. İntravenöz kateter enfeksiyonları. ANKEM Derg, 2012; 26 (2):180-3.
12. Bakır M. Kateter enfeksiyonlarında epidemiyoloji, etiyoloji ve patogenez. ANKEM Derg, 2000; 14 (4): 456-9.
13. Özyazıcıoğlu N, Arıkan D. The effect of nurse training on the improvement of intravenous applications. Nurse Education Today, 2008; 28:179-185.
14. Dolan SA, Felizardo G, Barnes S, Cox TR, Patrick M, Ward K S, et al. APIC positionpaper: safeinjection, infusion, and medication vial practices in healthcare. American Journal of Infection Control, 2010; April:167-172.
15. Çakar V. Damar içi kateterler ve periferik venöz kateterlerde enfeksiyon kontrol uygulamaları. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 2008, 5(1):24-33.
16. Aytaç N, Naharcı H, Öztunc G. Adana'da eğitim araştırma hastanelerinin yoğun bakım hemşirelerinde hastane enfeksiyonları bilgi düzeyi. ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi, 2008; 9(3): 9-15.
17. Kuzu N. Sübkutan heparin enjeksiyonu: ekimoz, hematoma ve ağrı gelişimi nasıl önlenir? C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 1999;3(2): 40-46.
18. Şenturan L, Karabacak Ü, Alpar ŞE, Sabuncu N. Hemşirelerin kullanıma hazır enjektörlerle subkutan yolla heparin uygulamaları. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 2008;1(2):30-42.
19. Kazan EE, Görgülü S. Hemşirelerin subkutan düşük molekül ağırlıklı heparin enjeksiyonu uygulamasına ilişkin becerileri. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi 2009:1-13.
20. Kuzu N, Ucar H. The effect of cold on the occurrence of bruising, haematoma and pain at the injection site in subcutaneous low molecular weight heparin. International Journal of Nursing Studies. 2001;38:51-59.
21. Zaybak A, Khorshid L. Subkutan heparin uygulamasında ilacın verilmiş süresinin ekimoz, hematoma ve ağrı üzerine etkisinin incelenmesi. Ege Tıp Dergisi. 2005;44(2): 95 – 99.
22. Strauss and WISE Consensus Group. WISE recommendations to ensure the safety of injections in diabetes. Diabetes&Metabolism. 2012;38:2-8.
23. Davidson LT, Carter GT, Kilmer DD, Han JJ. Iatrojenic axillary neuropathy after intramuscular injection of the deltoid muscle. American Journal of PhysicalMedicine&Rehabilitation, 2007;86(6);507-511.
24. Paul P, Roy S, Chattopadhyay D, Bisoi S, Misra R, Bhattacharya N. et al. A study on safe injection practices of nursing personnel in a tertiary care hospital of Kolkata, West Bengal, India. TAF PevMedBull. 2011;10(6):681-6.
25. Karataş H, Çimen S. Sağlık personelinin parenteral aşı uygulama tekniği ve bölge seçimi konusunda bilgileri ve etkileyen etmenlerin incelenmesi, DEUHYO. 2011; 4(1):110-6.



26. Kadiođlu HH. İlaç enjeksiyonuna bağlı siyatik sinir yaralanması: bir komplikasyon mudur? Atatürk Üniversitesi Tıp Fakóltesi Dergisi, 2004;36:65-70.
27. Malkin B. Are techniques used for intramuscular injection based on research evidence? Nursing Times. 2008;104 (50/51): 48–51.
28. Potter PA, Perry AG. Fundamentals of Nursing. MosbyYearBook; 2009.Philadelphia.
29. Tosun H. İlaç yönetimi. Ed: Aştı TA, Karadağ A. Hemşirelik Esasları. Hemşirelik Bilim ve Sanatı. Akademi Basın ve Yayıncılık; 2012. İstanbul. s: 731-2.
30. Ersoy A, Turgut N, Kara D, Kondu N, Baturay F, Şimşek F ve ark. İntramüsküler enjeksiyon sonrası gelişen ciddi bir komplikasyon: ağır sepsis. Okmeydanı Tıp Dergisi. 2011; 27(3):177-9.
31. Akı S, Alev L, Boyacıyan A, Karan A. Siyatik sinir nöropatisine sebep olan etiyolojik faktörlerin değerlendirilmesi. Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi. 1998;44: 32-36.
32. Ramtahal J, Ramlakhan S, Singh K. Sciatic nerve injury following intramuscular injection: a case report and review of the literature. Journal of Neuroscience Nursing. 2006;38 (14):238-240.
33. Gündüz H, Yılmaz L, Bodur H. İleri yaş grubunda elektro fizyolojik incelemeler. Geriatri. 2002;5(4):135-7.
34. Güneş ÜY, Zaybak A, Tamsel S. Ventrogluteal bölgenin tespitinde kullanılan yöntemin güvenilirliğinin incelenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2008;12(2):1-8.
35. Erol S, Özkurt Z, Ertek M, Kadanalı A, Taşyaran MA. Sağlık çalışanlarında kan ve vücut sıvılarıyla olan mesleki temaslar. [http://www.hastaneinfeksiyonlaridergisi.org/managete/fu\\_folder/2005-02/html/2005-0...](http://www.hastaneinfeksiyonlaridergisi.org/managete/fu_folder/2005-02/html/2005-0...) son erişim tarihi. 11.01.2013
36. Rehan HS, Chopra D, Sah RK, Chawla T, Agarwal A, Sharma GK. Injection practices of health care professionals in a tertiary care hospital. Journal of Infectionand Public Health, 2012;5:177—181.
37. Erdoğan V, Kocaman G. Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti devlet hastanelerinde çalışan hemşirelerin araştırma kullanım engelleri. İ.Ü.F.N. Hem. Derg, 2011;19(1): 29-36.
38. Demir Y, Ak B, Çıtak NB, Efe H, Albayrak E, Çelikpençe Z ve ark. Hemşirelik uygulamalarında araştırma sonuçlarının kullanımındaki engeller ve kolaylaştırıcı faktörler. Çağdaş Tıp Dergisi, 2012;2(2):94-101.
39. Ertem G, Oksel E, Akbıyık A. Hatalı Tıbbi Uygulamalar (Malpraktis) ile İlgili Retrospektif Bir İnceleme. Dirim Tıp Gazetesi. 2009;84(1):1-10.
40. Birgen N. Hemşirelik hizmetlerinde medikolegal sorunlar. 2012; URL: <http://www.acibademhemsirelik.con/.../mediko> (erişim tarihi. 07 Şubat 2015).
41. Bozkurt Z. Hemşirelerin hukuki sorumluluğu. İÜHFMC. LXVI, 2008. 1:293-322.

# Eski Değil Eskimeyen Hastalık: Tüberküloz

## Not Old But The Ageless Disease: Tuberculosis

(Derleme)

*Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2016, 3(2), 58–67*

**Nurten KALENDER\*, Hatice SÜTÇÜ ÇİÇEK\*\***

\*Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Postop Bakım Ünitesi

\*\*Gülhane Askeri Tıp Akademisi, İç Hastalıkları Hemşireliği, Etlık, Türkiye

Geliş Tarihi: 03 Kasım 2014

Kabul Tarihi: 30 Haziran 2015

### ÖZ

Tüberküloz (TB), tedavisi ve aşısı olmasına rağmen görölmeye devam eden, epidemiler yapan dünyanın en eski hastalıklarından biridir. Dünyada ve Türkiye’de TB ile mücadelede etkin bir rol oynayan hemşireler; tedavi ve bakım uygulamalarının etkinliğinin artırılması ve hastalığın yayılımının önlenmesinde önemli bir yere sahiptir. Bu derlemede TB’nin tanı, tedavisi ve önlenmesine ilişkin bilgiler verilmiştir. Özellikle TB ile mücadelede hemşirelerin etkinliğinin değerlendirildiği rehberlerden ve çalışmalardan örnekler sunulmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** *Bakım, hemşirelik, rehberler, tüberküloz, vaka yönetimi*

### ABSTRACT

Despite it has a cure and vaccination, tuberculosis that still occurs and causes epidemics is one of the world’s oldest diseases. In the world and in Turkey, nurses who has an active role in fight against TB have a great role in improving efficacy of treatment and care practices and preventing the spread of the disease. In this study, information about diagnosis, treatment and prevention of TB are given. Especially, examples from guidelines and studies that assessed the efficiency of nurses in fight against TB are presented.

**Key Words:** *Care, case management, guidelines, nursing, tuberculosis*

## GİRİŞ

### Tüberkülozun Etkeni, Risk Faktörleri ve Epidemisi

Tüberküloz (TB) insanlık tarihinin bilinen en eski hastalıklarından biri olup, morbidite ve mortalitesi yüksek, yavaş ve sinsi gelişen kronik bir hastalıktır<sup>1</sup>. Dünyadaki ölüm nedenleri sıralamasında ilk on içerisinde yer almaktadır. Her geçen gün yeni vakaların sayısı da artmaktadır<sup>2</sup>. Şu anda dünyada iki milyar insanın, yani dünya nüfusunun üçte birinin TB basili ile enfekte olduğu tahmin edilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)

verilerine göre dünyada her yıl yaklaşık dokuz milyon yeni TB hastasının ortaya çıktığı ve 1.7 milyon kişinin TB sebebiyle öldüğü tahmin edilmektedir. Türkiye’de ise TB, geçen yüzyılın ilk yarısında büyük bir salgın yapmış ve bir numaralı ölüm sebebi haline gelmiştir. Türkiye’de her yıl yaklaşık 18.000 TB hastası tedavi edilmekte, dünyada ise her gün yaklaşık beş bin kişinin TB’den öldüğü tahmin edilmektedir. Hastalığın daha uzun yıllar dünya ve ülkemiz için tehdit oluşturacağı düşünülmektedir<sup>3</sup>.

Mycobacterium tuberculosis basili TB’nin nedeni olup, ısıya, ışığa, kuruluğa ve alkole dayanıksızdır<sup>2,4</sup>. İnsana solunum yoluyla bulaşır. Bulaşın en önemli kaynağı basil çıkaran hastalardır. Hastaların konuşması, öksürmesi ve hapsirmesi sırasında ortama içinde bakteriler bulunan binlerce damlacık saçılmaktadır. Her bir damlacığın içinde 3-10 basil bulunur ve aynı havayı soluyan bireyler, havada asılı bulunan damlacıkları inhale ederler. Çapları alveollere ulaşmak için büyük olan bu damlacıkların büyük bir kısmı üst hava yollarının lokal koruyucu mekanizmaları tarafından tutulur. Damlacıkların sadece %6’sı alveoler düzeye ulaşır enfeksiyon oluşturur<sup>4,5</sup>. TB basilin bulaşmasını ve bireyin enfekte olmasını etkileyen faktörler Tablo 1’de yer almaktadır<sup>4</sup>.

TB basili vücudun farklı bölgelerini etkiler. Tüm TB olgularının %85’ini akciğer tüberkülozu, kalan %15’ini akciğer dışı tüberküloz olguları oluşturmaktadır<sup>6</sup>. Enfeksiyonun başlangıcında basil; kemikler, lenf nodları ya da beyin gibi vücudun bazı kısımlarına kan yoluyla taşınabilir. Bu durum TB’nin diğer formlarının oluşmasına neden olur<sup>5</sup>. Akciğer dışı tüberkülozların %28’i lenf düğümü, %22’si plevral, %15’i genitoüriner, %9’u kemik-eklem, %9’u milier, %4’ü meninks, %4’ü periton, kalan %9’u diğer TB şekilleri olarak dağılım göstermektedir<sup>6</sup>.

TB’nin bütün formları enfeksiyona neden olmaz. Akciğer dışındaki organlarda TB nadir görülür. Basil inhale edilip akciğerlere ulaştığında haftalar boyunca büyümeye devam eder. Bireylerin %80’inde bakteri immün sistem tarafından öldürülür ve vücuttan uzaklaştırılır. Bazı bireyler de basil ile enfektedir ancak aktif hastalık yoktur. Bu durum Latent Tüberküloz (LTB) olarak adlandırılır. Kişi hasta ve enfekte değildir. Dünya nüfusunun üçte biri, yaklaşık iki milyar kişi LTB’dir. İmmün sistemin zayıfladığı bir anda LTB akciğer ya da lenf noduna yayılabilir. Vakaların yarısında birkaç yıl içerisinde aktif TB gelişir, diğer yarısında mevcut olan LTB reaktif olur ve aktif hale dönüşebilir<sup>5</sup>.

Etkilediği organlara göre TB belirti ve bulguları çeşitlilik gösterir. Bazıları TB’ye spesifik olmadığı için tanının koyulması gecikebilir. Pulmoner TB’nin tipik semptomları; kronik öksürük, kilo kaybı, aralıklı ateş, gece terlemesi ve kanlı balgamdır. Aralıklı ateş, kilo kaybı ve açıklanamayan diğer semptomlar olası TB’yi işaret etmektedir. Ancak, hastalığın bulunmadığı LTB’de herhangi bir semptom görülmez. TB tanısının koyulmasında birçok yöntem bulunmaktadır. Kesin tanı balgam veya diğer örneklerden (plevral ve serebrospinal sıvı vb.) alınan kültür aracılığıyla koyulur. Tüberkülin Deri Testi (PPD) ve interferon-gama testleri (IGTs) kişinin TB’ye maruz kalıp kalmadığını ve latent enfeksiyon döneminde olup olmadığını gösterir<sup>5</sup>. Ancak PPD’nin pozitif olması bireyin enfekte olduğu anlamına gelmez. TB basili ile enfekte kişilerde hastalık gelişimine neden olan çeşitli risk faktörleri Tablo 2’de yer almaktadır<sup>4,7</sup>.

## TB Tedavisi ve BCG Aşısının Etkinliği

Bacille Calmette-Guérin (BCG), virülansı düşük, canlı bir aşıdır ve etkinliği %0-80 arasında olup, primer/prevantif kemoprofilaksi ve sekonder kemoprofilaksi/prevantif

**Tablo 1. Bulaşmayı ve Enfekte Olmayı Etkileyen Faktörler**

Kaynak Hasta	Balgamdaki basil sayısı (yayma pozitifliği) Balgamın aerosol oluşturması (öksürük, hapşırık, balgam, nebulizör kullanımı) Basilin virülansı
Ortam	Havalandırma (havanın hacmi artınca bakteriler seyreltilir) Havalandırma sisteminin aynı havayı tekrar vermesi Ultraviyole, güneş ışığı Kaynağa yakın olma (aile bireylerinde enfeksiyon ve hastalık daha fazladır)
Hedef Kişi	Hastalığa/basile dirençlilik Hastalanmayı artırıcı durumlar ve diğer hastalıklar Basil kaynağı ile birlikte geçirilen süre
Basille Karşılaşma Riskini Artırıcı Unsurlar	Toplumda bulaştırıcı hasta sayısı Kaynak kişinin bulaştırıcılığı (öksürük, aksırık, şarkı söyleme ile artar; havalandırma, ultraviyole uygulama, güneş gibi faktörlerle basilin yoğunluğu azalır) Bulaştırıcı kişi ile temas derecesi

**Tablo 2. Mycobacterium Basili ile Enfekte Kişilerde TB Hastalığının Gelişimine Neden Olan Risk Faktörleri**

Yüksek Riskli Durumlar	Riskin Arttığı Durumlar	Düşük Riskli Durumlar
Edinsel İmmün Yetmezlik Sendromu (AIDS) İnsan Bağışıklık Yetmezlik Virüsü (HIV) Enfeksiyonu Transplantasyon Silikozis Hemodiyaliz Tedavisi Baş-Boyun Kanseri Yeni TB Enfeksiyonu (≤2 yıl) Anormal Göğüs Filmi (Fibronodüler Hastalık)	Glukokortikoid Tedavisi Tümör Nekroz Faktör (TNF)-Alfa İnhibitörleri Diyabetes Mellitus (Bütün Tipleri) Kilo Kaybı (Vücut Kitle İndeksinin Yirminin Altında Olması) Genç Yaşta Enfekte Olmak (0-4 yaş) Sigara Kullanımı (1 paket/gün) Anormal Göğüs Filmi (Granüloma)	Enfekte Birey Risk Faktörlerinin Bilinmemesi Normal Göğüs Filmi

\*Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Tüberküloz Tanı ve Tedavi Rehberi. 1st Edition. Ankara: Başak Matbaacılık; 2011.

ss. 1-156, British Columbia (BC) Communicable Disease Policy Advisory Committee. BC Strategic Plan for Tuberculosis Prevention, Treatment and Control 2012. URL:[http://www.bccdc.ca/NR/rdonlyres/371821DC-D135-4BC6-8AD9-4F09CF667B29/0/BC\\_Strategic\\_Plan\\_Tuberculosis.pdf/](http://www.bccdc.ca/NR/rdonlyres/371821DC-D135-4BC6-8AD9-4F09CF667B29/0/BC_Strategic_Plan_Tuberculosis.pdf/), 14.05.2013.

kemoterapi olarak uygulanmaktadır. Primer/prevantif kemoprofilaksi, aktif TB'li hasta ile yakın temaslı PPD negatif olanların izoniazid (INH) ile korunmaya alınmasıdır. Sekonder kemoprofilaksi veya prevantif kemoterapi ise M. tuberculosis ile enfekte yani PPD pozitif kişilerin INH ile korunmaya alınmasıdır. M. tuberculosis ile enfekte kişilere 6-12 ay süre ile INH verilmesi hasta olmalarını %80 önler. Şayet bu sürenin sonunda hasta olmazlarsa, koruyucu etkinin hayat boyu sürdüğü düşünülebilir<sup>8</sup>.

PPD negatif kişilerde diğer bir koruma yöntemi de BCG aşısıdır. Ülkemizde Sağlık Bakanlığı'nın verilerine göre BCG'nin koruyuculuğu %80 civarındadır. DSÖ'ne göre bir ülkede enfeksiyon riski %0.1'in altına inmediği müddetçe, mecburi aşılama devam

etmelidir. Şengün ve ark.'nın 1994 yılında yaptığı bir meta-analiz çalışmasına göre, Türkiye'de yıllık enfeksiyon riski %5 bulunmuştur. Bu oran DSÖ'nün öngördüğü oranın çok üzerindedir. Bu nedenle, ülkemizde aşılama özellikle 0-6 yaş grubunda titizlikle uygulanmaktadır<sup>9</sup>.

## **TB ile Mücadelede Doğrudan Gözetimli Tedavi Stratejisi**

TB ile mücadelede en uygun ve etkili yöntem standartların oluşturulmasıdır. Bu standartlar ulaşılabilir, ölçülebilir ve kanıta dayalı olmalıdır<sup>10</sup>. Klinik uygulama rehberlerinin kullanımı; sağlık profesyonelleri tarafından uygulamadaki boşlukların kapatılmasında, özel hasta gruplarında bakımın standartize edilmesinde ve uygulamaların pratiğe aktarılmasında önemli bir rol oynamaktadır<sup>11</sup>.

TB klinik rehberlerine uygulamada yer verilmesi ile hastaların sağlık problemlerinin, morbidite ve mortalitenin azaldığına dikkat çekilmiştir<sup>12</sup>. TB yönetimine ilişkin birçok rehber bulunmaktadır<sup>5,10,13-15</sup>. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) [Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi] tarafından 2005 yılında yayınlanan rehberde hasta merkezli bakımın tedavinin yönetiminde önemli olduğu vurgulanmıştır. "Doğrudan Gözetimli Tedavi Stratejisi" (DGTS)'ne bu rehberde değinilmiş ve her zaman uygulanması gerektiği belirtilmiştir<sup>14</sup>. DSÖ, ilk olarak 1993 yılında TB'un acil bir durum olduğunu belirterek, bütün ülkelere DGTS uygulamalarını önermiştir. Bu strateji; balgamın mikroskopik incelemesinin yaygınlaştırılması ile bulaştırıcı olguların tespit edilmesi, ilaçların doğru kombinasyonda, uygun süre kullanımının güvenceye alınması ve hastalığın kısa sürede tedavi edilmesi esasına dayanmaktadır<sup>3,16,17</sup>. DGTS stratejisinin beş temel bileşeni bulunmaktadır. Bunlar:

- Kapsamlı ve kalıcı TB kontrol etkinlikleri için hükümet kararlılığı
- Kendisi başvuran semptomlu hastalarda balgam yayma mikroskopisi ile tanı koyulması
- Gözetim altında kısa süreli ilaç tedavisi
- Temel anti-tüberküloz ilaçların düzenli ve kesintisiz sağlanması
- Her bir hastanın vaka bulma ve tedavi sonuçları ile tüm tüberküloz kontrol programının performansını değerlendirebilecek bir standart kayıt ve bildirim sistemi oluşturulmasıdır<sup>16</sup>.

## **TB Tedavisi ve Önlenmesinde Hemşireler Tarafından Rehberlerin Kullanımı**

Hemşireler, sağlık çalışanları içerisinde büyük bir bölümü oluşturmaktadır ve TB kontrolünde önemli sorumluluklara sahiptir. Uluslararası Hemşireler Birliği (ICN)'nin Etik Kodları çerçevesinde hemşirenin dört esas sorumluluğu bulunmaktadır. Bunlar; sağlığı korumak, hastalıkları önlemek, sağlığı geliştirmek ve acıyı hafifletmektir. TB bakımında hemşireler ilk olarak hastalığın görülme riskinin yüksek olduğu bireyleri belirlemeli, TB bulaşını azaltarak hastalığın toplumda görülmesini önlemeli, hastaların gerekli tedaviyi almalarını sağlamalı ve bireysel ihtiyaçlarının karşılanması suretiyle acı çekmesini önlemelidirler. TB kontrol programının ve DGTS bileşenlerinin uygulanmasında hemşireler güçlü birer savunucudurlar<sup>10</sup>.

TB'nin etkili şekilde tedavi edilmesinde sağlık ekibinin işbirliği çok önemlidir. TB'li hastaların ortaya çıkarılması, tedavilerinin sağlanması, bakım ve bilgi gereksinimlerinin saptanıp karşılanması, hastaların endişelerinin giderilmesi, sağlam bireyler için koruyucu önlemler alınması ve hastalıkla ilgili sağlık eğitimi verilmesinde hemşirelerin önemli toplumsal rolleri bulunmaktadır. Hasta eğitimi TB tedavisindeki önemli noktalardan biridir. Hastaların tıbbi tedaviye ihtiyacı varsa evde kalmaları, sağlık personelinin bilgilendirmeleri, bulaştırıcılığı geçene kadar acil olmayan tüm görüşmelerini iptal etmeleri, toplu taşıma araçlarını kullanmamaları, okulda ya da halkın bulunduğu yerlerde olmamaları gerektiği konusunda bilgilendirilmelidirler<sup>18</sup>. Yayımlanan üç rehberde TB tedavisinin doğru uygulanabilmesinde eğitimin önemli bir yere sahip olduğu gösterilmiştir. Eğitim programında hasta, sağlık personeli ve tedavide yer alan diğer kişiler yer almaktadır. Hastalık bütün yönleriyle ele alınmalı, tedavi rejimi, tedavinin yan etkileri ve sosyal ilişkiler eğitim programının içeriğinde yer almalıdır<sup>5,10,13</sup>.

Kliniklerde 24 saat boyunca hastalarla birlikte olan hemşirelerin; hastaların vital bulgularının ve genel durumunun takip edilmesi, bakımlarının yapılması, ilaçların düzenli kullanılmasının sağlanması, hastalığın hasta yakınları ve diğer hastalara bulaşmasının önlenmesi, ilaçların yan etkilerinin erken dönemde saptanması ve gereken önlemlerin alınması gibi sorumlulukları vardır. Ayrıca, hemşireler ilaçların yeterli sürede kullanılmaması durumunda gelişebilecek ilaç direncinin önlenmesi, hasta ve hasta yakınlarının eğitimi, hastanın ailesindeki risk altında olan bireylere rehberlik yaparak bu bireylerin kontrollerini yaptırımlarında da görev almalıdırlar<sup>19</sup>.

Hemşirelerin TB konusundaki bilgi ve performans düzeyleri, hastanın tedaviye olan uyumunu ve tedavinin yönetimini etkiler<sup>20</sup>. Erbaycu ve ark.'nın çalışmasında TB'li bireylerin tedaviyi aksatma nedenleri incelendiğinde ilk sırada hastaların yakınmalarının geçmesi nedeniyle tedaviyi kesmeleri yer almıştır. Diğer nedenler; ailevi/sosyal sorun varlığı, maddi olanaksızlık nedeniyle dispensere gidememe, hastalık ve tedavisi hakkında dispenserde yeterince bilgi verilmemesi, ilaçların yan etkileri, yeterince ilaç verilmemesi yer almaktadır<sup>21</sup>. Pulmoner TB tanısı bulunan 202 hastayla yapılan çalışmada hastalar tarafından algılanan ve tedavinin başarısını engelleyen durumlar birbiriyle ilişkili üç ana başlık altında toplanmıştır. Bunlar: (1) sağlık kuruluşunun uzakta oluşu, (2) maddi sıkıntılar ve ödenmeyen tedavi masrafları, (3) teşhis öncesinde beklenen süre olarak görülmüştür<sup>22</sup>. İki kohort çalışmasında<sup>23,24</sup> ve yayımlanan iki rehberde<sup>5,10</sup> hastaların tedaviye uyumlarının, her ay düzenli olarak ilaçların yan etkileri ve balgam kültür sonuçları ile değerlendirilmesi önerilmektedir. Hemşireler; TB tedavisinde kullanılan ilaçların yan etkilerini, etkileşime girdiği ilaç gruplarını, özel durumlarda bu ilaçların nasıl kullanılacağını bilmelidir. Ayrıca kontrol altına alınamayan kan-glikoz düzeyinin TB ilaçlarının etkisini azalttığı ve bu konuda dikkat edilmesi gerektiği belirtilmiştir. TB tedavisinde kullanılan bazı ilaçlar Tablo 3'de yer almaktadır<sup>25</sup>.

Pulmoner TB ile ilgili yapılan bazı çalışmalarda hemşirelerin bilgi düzeylerinin yetersiz olduğu bulunmuş ve bu yetersizliğin hastanın isteklerinin ve mevcut durumunun hemşire tarafından değerlendirilmemesi nedeniyle görüldüğü belirtilmiştir<sup>22,26</sup>. Ahmed ve ark.'nın çalışmasında hastalar ilaç saatlerinin hatırlatılmasını, bakımın ve tedavinin sürekliliğinin sağlanmasını ve doktorla sürekli iletişim halinde olmayı

Tablo 3. TB Tedavisinde Kullanılan İlaçlar

Isoniazid (INH)			
Yan Etkileri	Hastanın Bilmesi Gerekenler	İzlem	Değerlendirme
Kızarıklık Karaciğer (KC) Enzimlerinde Yükseliş Hepatit Periferik Nöropati Hafif Düzeyde Santral Sinir Sistemi Etkilenmesi	İlacı kullanırken yağlı gıdalardan uzak durulmalı. Mide rahatsızlığı olanlar ilacı yemekle birlikte almalı. İlaç kullanırken alkolden uzak durulmalı Antiasit kullanılıyorsa, ilaçtan en az bir saat sonra içilmeli Peynir ya da balık yerken kızarma, terleme ya da baş ağrısı gelişirse doktora haber verilmeli Eğer B <sub>6</sub> vitamini kullanılıyorsa, doktora devam edip edemeyeceği sorulmalı. <b>Bunlardan bir ya da birkaçının görülmesi durumunda doktor aranmalıdır</b> Birkaç içinde görülen kilo kaybı Yorgunluk, halsizlik Karın ağrısı, bulantı ya da kusma El ya da ayak parmaklarında hissizlik veya karıncalanma Bulanık görme, gözde ağrı İdrar renginde koyulaşma, cilt ya da gözde sararma	Aşağıdaki hasta grupları aylık olarak değerlendirilir. KC hastalığı bulunanların enzim düzeylerini kontrol edilir (AST, ALT, serum albumin) Özel durumlarda (HIV enfeksiyonu, KC hastalığı öyküsü bulunanlar, alkolikler ve hamileler)	Yaş ve alkol kullanımıyla birlikte Hepatit görülme riski artar. Vitamin B <sub>6</sub> kullanımı periferik nöropati ve santral sinir sistemi ile ilişkili yan etkileri önleyebilir. Serum fentoin ve carbamazepine konsantrasyonları INH kullanan hastalarda yükseltilir ve gerekli durumlarda doz ayarlaması yapılabilmesi için ölçümünün yapılması gereklidir
Rifampin (RIF)			
Yan Etkileri	Hastanın Bilmesi Gerekenler	İzlem	Değerlendirme
Kızarıklık Gastrointestinal Şikayetler Hepatit Ateş Kanama Problemleri Trombositopeni Böbrek Yetmezliği Grip Benzeri Semptomlar Vücut Sıvılarının Turuncu Renge Boyanması (sekresyonlar, idrar, ter)	İlacı yemeklerle birlikte alınmamalı. Eğer mide rahatsızlığı var ise küçük bir parça gıda ile alınmalı. İlacı kullanırken idrar, ter gibi vücut sıvılarının turuncu renkte olması beklenen bir durumdur. Kullanılan bütün ilaçlar doktora söylenmeli. Rifampisin birçok ilaçla etkileşime girmektedir. Doğum kontrol yöntemi olarak hormon ilaçlarının kullanımından kaçınılmalı Rifampisin bu ilaçların etkinliklerini azaltabilir. <b>Bunlardan bir ya da birkaçının görülmesi durumunda doktor aranmalıdır:</b> Anormal iştah kaybı ya da yorgunluk Ciddi abdominal rahatsızlık Ateş ya da titreme	Aşağıdaki hasta grupları aylık olarak değerlendirmeli. KC hastalığı bulunanların enzim düzeylerini kontrol edilmeli (AST, ALT, serum albumin) Özel durumlarda (HIV enfeksiyonu, KC hastalığı öyküsü bulunanlar, alkolikler ve hamileler) Tam kan ve trombosit sayımı yapılmalı. Rifampisin hipersensitivitesi saptanırsa (hematüri, sırt ağrısı, peteşi, morarma) tam kan sayımı yapınız.	Birçok ilaç rifampisin ile etkileşime girmektedir. Birçok ilacın miktarını azaltabilir (beta blokerler, doğum kontrol hapları, coumadin, digital, diazepam, antikonvulsanlar, teofilinler)

Tablo 3 Devam...

Etambutol (ETM)			
Yan Etkileri	Hastanın Bilmesi Gerekenler	İzlem	Değerlendirme
Optik Nevrit Kızarıklık	İlaç yemekle birlikte ya da mide boşken alınmalı. Bunlardan bir ya da birkaçının görülmesi durumunda doktor aranmalı: Gözleriyle ilgili bir sorun yaşanması (görme bozukluğu, bulanıklık, çift görme ya da göz ağrısı) Yüzde şişlik Kızarıklık, ürtiker ya da nefes darlığı Uyuşma, ağrı ya da ellerde ve ayaklarda karıncalanma Eklem ağrısı Ateş ya da titreme Bulantı, kusma, iştah kaybı ya da karın ağrısı Baş ağrısı ya da baş dönmesi	Hastalar görme ve renkleri ayırt etme açısından teste tabi tutulur (görüş alanında kayıp olup olmadığına dair) Aşağıdaki durumlar mevcutsa her ay görme ve renkleri ayırt etmesine ilişkin muayene düzenli olarak yapılmalı İlaç dozu >15–25 mg/kg İlacı iki aydan uzun süredir kullanıyorsa Böbrek yetmezliği mevcutsa	Optik nevrit tek tarafta görülebilir. Her iki göz de ayrı ayrı muayene edilmeli. Görmeyle ilgili sıkıntı yaşadığında hemen sağlık çalışanı ile temasa geçmesi konusunda hasta uyarılmalıdır. Görmenin bozulduğuna ilişkin belirti ve bulguların varlığında ETM derhal kesilmelidir.
Pirazinamid (PZA)			
Yan Etkileri	Hastanın Bilmesi Gerekenler	İzlem	Değerlendirme
Gastrointestinal Şikayetler Hepatit Kızarıklık Fotosensitif Dermatit Hiperürisemi Eklem Ağrıları Gut (nadir)	İlaç yemekle birlikte ya da mide boşken alınmalı. PZA güneş ışığı sonrası kızarıklığa neden olabileceği için dikkat edilmeli <b>Bunlardan bir ya da birkaçının görülmesi durumunda doktor aranmalı:</b> Ciltte kızarıklık, ciddi kaşıntı ya da ürtiker Eklemlerde şişlik ya da ağrı Ciltte ya da gözde sararma veya idrar rengini koyulaşması Bulantı ya da kusma Anormal yorgunluk ya da iştahsızlık	KC hastalığı bulunan bireylerde laboratuvar değerleri bozulabilir. KC hastalığı bulunanların enzim düzeyleri kontrol edilmeli (AST, ALT, serum albumin, ürik asit) Özel durumlarda (HIV enfeksiyonu, KC hastalığı öyküsü bulunanlar, alkolikler ve hamileler)	Diyabetli bireylerde glikoz kontrolü güç hale gelebilir. Eğer hiperürisemiye ilişkin semptomlar yoksa, serum ürik asit düzeyinin ölçümü rutin olarak önerilmez.

\*Kaynak: National Tuberculosis Controllers Association (NTCA), National Tuberculosis Nurse Consultant Coalition. Tuberculosis Nursing: A Comprehensive Guide to Patient Care. 2nd ed. Atlanta: Published and Distributed by: National Tuberculosis Controllers Association (NTCA); 2011. ss. 1-160.



istedikleri bildirilmiştir<sup>19</sup>. Yapılan diğer çalışmalarda da hastaların hemşirelerden beklentilerinin bu yönde olduğu gösterilmiştir<sup>27,28</sup>. Yayınlanan bir rehberde<sup>15</sup> hastanın tedavi süresince bütün bilgilerinin tam ve doğru olarak kayıt edilmesi gerekliliği üzerinde durulmuştur. Ayrıca hasta bilgilerinin gizli tutulması gerektiği de önemli bir konu olarak belirtilmiştir<sup>29</sup>.

## TB Tedavisinde Vaka Yönetimi Kullanımı

Vaka yönetimi TB tedavisine hastaların kısa sürede uyum sağlaması ve tedaviyi tamamlamasında etkili bir yöntem olarak kullanılabilir<sup>18,30</sup>. Nyamathi ve ark.'nın çalışmasında vaka yönetimi ve DGTS ile hastaların tedaviyi tamamlama sürelerinin altı kat arttığı görülmüştür<sup>30</sup>. American Nurses Association (ANA) [Amerikan Hemşireler Birliği] TB programlarında vaka yönetiminin önemini şöyle açıklamıştır; hasta ile sağlık kuruluşları arasındaki iletişimi sağlar, hastalara ilaçların güvenli şekilde ulaşımını ve tedavinin tamamlanmasını sağlar, hasta bireylerden sağlam kişilere bulaşmayı önler<sup>25</sup>.

TB tedavisinde vaka yönetiminde iki model kullanılmaktadır. Birincisi kişinin kendisi tarafından tedavinin sorumluluğunun alınmasıdır. Hasta birey ilaçlarının alınması, kullanımı ve devamlılığının sağlanmasında aktif bir rol üstlenir. Hemşirelerin bu modelde aktif bir müdahalesi olmamasına rağmen, bireyin ayda en az bir kere klinikte kontrolünün yapılması ve tedaviye uyumunun değerlendirilmesinde sorumluluğu bulunmaktadır. Diğer model Doğrudan Gözetim Modeli'dir (DGM). Bu modelde bireyin ilaçlarının temini, takibi ve tedavinin değerlendirilmesinde hemşire aktif rol oynar. Özellikle tedaviye uyumun riskli olduğu gruplarda önemli bir rol oynar. DGM'nin bir çeşidi olan Sanal Gözlem Modeli daha çok çocuklarda ve genç bireylerde etkilidir. Bu modelde deneyimli personel ve evde gerekli düzenlemelerin yapılması ile bireyin ilaçlarını doğru ve zamanında alıp almadığı internet aracılığıyla kontrol edilmektedir<sup>18</sup>.

Vaka yönetimi TB hastalığının ve LTb enfeksiyonunun etkili bir şekilde tedavi edilmesini sağlar. Hemşirelik sürecinin aşamaları TB ile mücadelede önemli bir yer tutmaktadır. Vaka yönetimi ile TB kontrolünün sağlanmasında hemşireler beş alanda hizmet vermektedir. Bu alanlar; sürveyans, hasta hakkında verilerin toplanması, plan geliştirme, müdahale ve değerlendirmedir. *Sürveyans (izlem, gözetim)*: Sağlık kurumlarının politikalarının bilinmesi, hasta bilgilerinin düzenli olarak tutulması, bilgilerin doğru bir şekilde tutulması ve devam ettirilmesi, toplanılan bilgilerin analiz edilmesi, sürveyansta görevli kurum ve kuruluşlar ile iletişim kurulması bu aşamada hemşirenin sorumluluğundadır<sup>25</sup>. TB ile ilgili yayınlanan iki rehberde tedavinin hedeflerinin önceden belirlenmesinin yanlış anlaşılmaları ve kafa karışıklığını gidereceği, bunun için de hemşirelik bakım planına ihtiyaç duyulduğu belirtilmiştir. Hemşirelik bakım planı gerçekçi ve tedavinin her aşamasında uygulanabilir olmalıdır<sup>10,15</sup>. Bir sistematik inceleme<sup>31</sup> ve yayınlanan DSÖ rehberinde<sup>32</sup> tedavinin ulaşılabilir olması, en uygun zamanın seçilmesi, bireyin sosyal ve diğer tıbbi servislerle bağlantısının sağlanmasında hemşirenin önemli rol ve sorumlulukları olduğuna değinilmiştir.

## SONUÇ

Sonuç olarak dünyada ve ülkemizde TB ile mücadelede etkin bir rol oynayan hemşireler; tedavi ve bakım uygulamalarının etkinliğinin artırılması ve hastalığın yayılımının

önlenmesinde önemli bir yere sahiptir. TB ile mücadeleden beklenen bu çıktılarının gerçekleştirilmesi için hemşirelik bakım planının uygulanması ve bilgi eksikliklerinin giderilmesi gerekmektedir. Bu nedenle özellikle rehberlerin ve yazılı protokollerin olması, sürekli yenilenen güncel bilgiler ışığında bakımın kalitesinin artırılması gerekmektedir.

## KAYNAKLAR

1. Aydın Bektaş H, Akdemir N. Akciğer Tüberkülozu Olan Hastaların Hastalıklarına İlişkin Bilgi Düzeyleri. *Toraks Dergisi* 2005; 6: 235-242.
2. Liao CM, Lin YJ, Cheng YH. Modeling The Impact of Control Measures on Tuberculosis Infection in Senior Care Facilities. *Building and Environment* 2013; 59: 66-75.
3. Aile Hekimleri İçin Tüberküloz El Kitabı. T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara İl Sağlık Müdürlüğü 2011. ss. 7-9.
4. URL:[http://www.asm.gov.tr/UploadGenelDosyalar/SubeDosyaları/Dosyalar/17\\_11\\_2011\\_15\\_52\\_34.pdf](http://www.asm.gov.tr/UploadGenelDosyalar/SubeDosyaları/Dosyalar/17_11_2011_15_52_34.pdf), 14.05.2013.
5. T.C. Sağlık Bakanlığı Tüberküloz Tanı ve Tedavi Rehberi. 1<sup>st</sup> Edition. Ankara: Başak Matbaacılık; 2011. ss. 1-156.
6. National Collaborating Centre for Chronic Conditions (UK). Tuberculosis: Clinical Diagnosis and Management of Tuberculosis and Measures for Its Prevention and Control. 1<sup>st</sup> ed. London: NICE Clinical Guidelines, No. 33, 2006. ss. 1-62.
7. Karabay O, Ögütlü A, Teker B. Tüberküloz Menenjit. *Nobel Medicus* 2011; 7: 5-8.
8. British Columbia (BC) Communicable Disease Policy Advisory Committee. BC Strategic Plan for Tuberculosis Prevention, Treatment and Control 2012.
9. URL:[http://www.bccdc.ca/NR/rdonlyres/371821DC-D135-4BC6-8AD9-4F09CF667B29/0/BC\\_Strategic\\_Plan\\_Tuberculosis.pdf](http://www.bccdc.ca/NR/rdonlyres/371821DC-D135-4BC6-8AD9-4F09CF667B29/0/BC_Strategic_Plan_Tuberculosis.pdf), 14.05.2013.
10. Kiter G, Uçan ES. Tüberkülozdan Korunma. *Toraks Dergisi* 2001; 2: 85-90.
11. Güler ZM, Dursun AB. Tüberküloz Profilaksisi. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi* 2003; 51: 94-99.
12. International Council of Nurses (ICN). Tuberculosis Guideline for Nurses in the Care and Control of Tuberculosis and Multi-drug Resistant Tuberculosis. 2<sup>nd</sup> Edition. Switzerland: ICN, 2008. ss. 1-85.
13. Mead P. Clinical Guidelines: Promoting Clinical Effectiveness or A Professional Minefield. *J Adv Nurs* 2000; 31: 110-116.
14. Woolf HS, Grol R, Hutchinson A, Eccles M, Grimshaw J. Clinical Guideline: Potential Benefits, Limitations and Harms of Clinical Guidelines. *BMJ* 1999; 318: 527-530.
15. World Health Organization (WHO). Treatment of Tuberculosis: Guidelines for National Programmes. 3<sup>rd</sup> Edition. Geneva: WHO Press; 2003. ss. 1-108.
16. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Guidelines for The Investigation of Contacts of Persons with Infectious Tuberculosis; Recommendations from The National Tuberculosis Controllers Association and CDC. *MMWR Recomm Rep* 2005; 54: 1-47.
17. Tuberculosis Coalition for Technical Assistance (TBCTA). International Standards for Tuberculosis Care (ISTC). Diagnosis, Treatment and Public Health. The Hague: Tuberculosis Coalition for Technical Assistance, 2006. ss. 1-87.
18. Kılıçaslan Z. Dünyada ve Türkiye’de Tüberküloz. *ANKEM Dergisi*. 2007; 21: 76-80.
19. World Health Organization (WHO). Global Tuberculosis Report 2012. 1<sup>st</sup> Edition. Switzerland: WHO Press; 2012. ss. 1-89.

20. Royal College of Nursing (RCN). Tuberculosis case management and cohort review. Guidance for Health Professionals. 1<sup>st</sup> Edition. London: Published by the Royal College of Nursing; 2012. ss. 3-47.
21. Ahmed AI, Soliman SM, Awad LA. Validation of Evidence-Based Clinical Practice Guideline: Nursing Intervention for Newly Diagnosed Pulmonary Tuberculosis Patients at Community Setting. Alexandria Journal of Medicine 2012; 48: 155-165.
22. Dick J, Lewin S, Rose E, Zwarenstein M, Walt H. Changing Professional Practice in Tuberculosis Care: An Educational Intervention. J Adv Nurs 2004; 48: 434-442.
23. Erbaycu AM, Aksel N, Çakan A, Özsöz A. Tüberküloz Tedavisine Uyumsuzluk Nedenlerine Yönelik Bir Anket Çalışması. İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi 2004; 18: 119-22.
24. Needham DM, Bowman D, Foster SD, Godfrey-Faussett P. Patient Care Seeking Barriers and Tuberculosis Programme Reform: A Qualitative Study. Health Policy 2004; 67: 93-106.
25. Shukla JS, Warren KD, Woeltje FK, Gruber AC, Fraser JV. Factors Associated with The Treatment of Health-Care Workers at A Midwestern Teaching Hospital. Chest 2002; 122: 1609-1614.
26. Lobato NM, Reves RR, Jasmer MR, Grabau CJ, Bock NN, Shang N; 2RZ Study Group. Adverse Events and Treatment Completion for Latent Tuberculosis in Jail Inmates and Homeless Persons. Chest 2005; 127: 1296-1303.
27. National Tuberculosis Controllers Association (NTCA), National Tuberculosis Nurse Consultant Coalition. Tuberculosis Nursing: A Comprehensive Guide to Patient Care. 2<sup>nd</sup> ed. Atlanta: Published and Distributed by: National Tuberculosis Controllers Association (NTCA); 2011. ss. 1-160.
28. Leonor E, Maciel N, Carmen M, Celia R, Zeitoune G, Ferreira I, Fregona G, Dietze R. Prevalence and incidence of mycobacterium tuberculosis infection in nursing students in Vitoria, EspiritoSanto. Rev Soc Bras Med Trop 2005; 38: 469-472.
29. Mitton C, O'Neil D, Simpson L, Hoppins Y, Harcus S. Nursephysician Collaborative Partnership: A Rural Model for The Chronically Ill. Can J Rural Med 2007; 12: 208-216.
30. Fortin M, Hudon C, Gallagher F, Ntetu LA, Maltais D, Soubhi H. Nurses Joining Family Doctors in Primary Care Practices: Perceptions of Patients with Multimorbidity. BMC Fam Pract 2010; 11: 84.
31. Verma G, Upshur EG R, Rea E, Benat RS. Critical Reflections On Evidence, Ethics and Effectiveness in The Management of Tuberculosis: Public Health and Global Perspective. BMC Med Ethics 2004; 5: 2.
32. Nyamathi A, Nahid P, Berg J, Burrage J, Christiani A, Aqtash S et al. Efficacy Of Nurse Case-Managed Intervention for Latent Tuberculosis Among Homeless. Nurs Res 2008; 57: 33-39.
33. Volmink J, Garner P. Directly Observed Therapy for Treating Tuberculosis. Cochrane Database Syst Rev 2006; 2: CD003343.
34. World Health Organization (WHO). An Expanded DOTS Framework for Effective Tuberculosis Control. Stop TB Communicable Diseases. 1<sup>st</sup> Edition. Geneva: WHO Press; 2002. ss. 1-20.

## Yazarlara Bilgi

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi hakemli bir dergidir ve yılda üç kez yayımlanır. Derginin yayın dili Türkçe ve İngilizcedir. Yazılar editörler ve danışmanlar tarafından değerlendirilerek yayımlanır.

### *Makale Gönderimi*

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisine makale göndermek için; <http://www.hacettepehemsirelikdergisi.org/> adresindeki “Makale Gönderim” linki kullanılmalıdır. Makale ile ilgili tüm işlemler bu adresten takip edilebilir.

### *Genel Bilgiler*

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi hemşirelik bilimi, uygulamaları, eğitimi ve yönetimi alanında güncel yayınları kabul etmektedir.

Yayımlar; derginin amacına uygunluk, doğruluk, güncellik ve hemşireler tarafından kullanılabilirliği açısından incelenmektedir.

Gönderilen yazıların tamamının ya da önemli bir bölümünün başka bir yerde yayımlanmamış ve yayımlanmak üzere başka bir dergiye gönderilmemiş olması gerekmektedir. Yazıların yasalara ve etik kurallara uygunluğu ve bilgilerin doğruluğu yazarların sorumluluğundadır.

Yayımlanan yazılar için yazarlara herhangi bir ücret ödenmez.

Yazım kurallarına uygun olan yazılar en az iki danışmanın incelemesinden geçip onay alındıktan ve önerilen değişiklikler yazarca yapıldıktan sonra yayımlanabilir. Yazılarda anlam ve yazım kuralları bakımından gerekli düzeltmeler editörler ve danışmanlar tarafından yapılabilir. Yazının yayımlanmasında son karar editörlere aittir. Makalenin yayımlanması kabul edildikten sonra her türlü yayın hakkı dergiye ait olur.

Dergide yayımlanan araştırmaların verileri araştırmacı tarafından 5 yıl süreyle saklanmalıdır. Derginin yayın politikası ve uluslararası yayın kuruluşlarının kuralları gereğince gerektiğinde bazı yazıların verileri ve analiz programları yazarlardan istenebilecektir.

Yazarın/yazarların yazının yayımlanmasına izin verdiklerini ve yayın etiği kurallarına uydıklarını belirten **Yayın İzni Formunu** imzalamalıdır.

### *Yazı Çeşitleri*

Dergide yayımlanmak üzere kabul edilecek yazı çeşitleri araştırma, derleme, olgu sunumu ve editöre mektup'tur.

- **Araştırma:** Bilimsel araştırma sürecini tamamlamış, raporlandırılmış çalışmalardır. Araştırma makaleleri özet, şekiller, tablolar ve kaynaklar dahil olmak üzere en fazla 5000 kelime olmalıdır. Bu makaleler;
  - o Özet (*amaç; gereç ve yöntem; bulgular; sonuç bölümlerinden oluşan 150-200 kelimelik Türkçe ve İngilizce hazırlanmalı*)
  - o Giriş
  - o Gereç ve yöntem
  - o Bulgular

- o *Tartışma*
  - o *Sonuç ve öneriler*
  - o *Kaynaklar şeklinde yapılandırılmalıdır.*
- **Derleme:** Hemşirelik alanında güncel ve gereksinime yönelik konularda, ulusal ve uluslararası literatür kullanılarak konu ile ilgili tartışmaların ve yazar/ yazarların görüşlerinin ortaya konduğu çalışmalardır. En fazla 3000 kelime olmalıdır. Derleme makaleleri;
    - o *Özet (150-200 kelime, Türkçe ve İngilizce hazırlanmalı)*
    - o *Konu ile ilgili başlıklar*
    - o *Kaynaklar şeklinde yapılandırılmalıdır.*
  - **Olgu sunumu:** Alanda önemli klinik deneyimleri içeren olguların yer aldığı çalışmalardır. En fazla 2000 kelime olmalıdır.
    - o *Özet (150-200 kelime, Türkçe ve İngilizce hazırlanmalı)*
    - o *Giriş*
    - o *Olgu sunumu*
    - o *Tartışma*
    - o *Kaynaklar şeklinde yapılandırılmalıdır.*
  - **Editöre mektup:** Dergide yayımlanan makaleler ile ilgili görüş, katkı, soruları içeren, başlık ve özet bölümleri bulunmayan yazılardır. En fazla 500 kelime olmalıdır. Editöre mektup yazılarında atıfta bulunulan makalenin adı, yayımlandığı sayı ve tarih belirtilmeli, mektubu yazan kişinin isim, kurum ve adres bilgileri verilmelidir.

### ***Yazım Kuralları***

Dergide yayımlanması için gönderilen yazılar aşağıda yer alan özelliklere uygun olmalıdır.

Dergide yayımlanmak üzere gönderilen makaleler başlık sayfası, Türkçe ve İngilizce özeti içeren özet sayfası ve anahtar kelimeler, metin sayfası, kaynaklar, tablolar, şekil ve grafikler bölümlerinden oluşmaktadır.

#### ***Başlık Sayfası***

Başlık sayfasında; makalenin Türkçe ve İngilizce başlığı, yazarın yapıldığı yazar ve diğer yazarların ad-soyadları, akademik unvanları, kurumları, adresleri, e-posta adresleri, telefon ve faks numaraları yer almalıdır. Makale daha önce bildiri olarak sunulmuş ise bu sayfada belirtilmelidir.

#### ***Özet Sayfası ve Anahtar Kelimeler***

Özet sayfasında; Türkçe ve İngilizce olarak hazırlanan 150-200 kelimelik özetler bulunmalıdır. Araştırma makalelerinde özet; amaç, gereç, yöntem, bulgular ve sonuç bölümlerini içerecek şekilde, derleme ve olgu sunumlarında bölümsüz olarak hazırlanmalıdır. Editöre mektup niteliğindeki yazılarda özet yer almamalıdır.

Türkçe ve İngilizce özetlerin sonunda en az 3, en fazla 5 anahtar kelime, Türkçe-İngilizce olarak yazılmalıdır. İngilizce anahtar kelimeler "Medical Subject Headings (MeSH)" ([www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html](http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html))'e uygun olarak verilmeli, Türkçe anahtar kelimeler MeSH terimlerinin çevirisi olmalıdır.

### *Metin Sayfası*

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

Değerlendirmenin tarafsızca yapılabilmesi için metin bölümünde yazarların kimliğine ilişkin hiçbir bilgi bulunmamalıdır.

Yazılarda Türk Dil Kurumu'nun yazım kılavuzu örnek alınmalı, yabancı sözcükler yerine olabildiğince Türkçe sözcükler kullanılmalıdır. Türkçe'de alışılmamış sözcükler yazıda kullanılırken ilk geçtiği yerde yabancı dildeki karşılığı parantez içinde verilmelidir (Bu kural Türkçe makaleler için geçerlidir). Genel olarak kabul görmüş kısaltmalar yazı içinde kullanılabilir, ancak ilk kullanıldığı yerde parantez içinde ne olduğu açıklanmalıdır.

### *Kaynaklar*

Kaynakların yazımında Vancouver stili kullanılmalıdır.

Kaynak yazımında aşağıdaki noktalara dikkat edilmelidir.

### **Metin İçinde**

- Kaynaklar metin içinde geçiş sırasına göre numaralandırılarak belirtilmelidir. Birden fazla kaynak kullanıldıysa kaynaklar arasına virgül konulmalıdır. Arka arkaya ikiden fazla kaynak kullanımında ilk ve son kaynak numaraları belirtilmeli ve araya "tire" işareti konulmalıdır (örneğin 2-6).

- Kaynak numaraları üst simge şeklinde belirtilmelidir.

*Örneğin;*

Bu konuda yapılan bir çalışmada<sup>1</sup>

..... ilgili çalışma<sup>2</sup>.....

Reeves<sup>3</sup> makalesinde .....

.....şeklinde tanımlamaktadır<sup>4,5</sup>.

Aynı cümlede farklı kaynaklardan alıntı varsa;

*Örneğin;*

.....hastanın bilgi düzeyi<sup>6</sup>, yaşam biçimi<sup>7</sup>.....

### **Metin Sonunda**

- Metin sonunda kaynaklar metin içindeki kullandıkları sıraya göre numaralandırılarak ayrı bir liste halinde verilmelidir.
- Kaynaklarda yer alan yazar sayısı 6 ya da daha az ise hepsi yazılmalı, 7 ya da daha fazla ise 6. yazardan sonra Türkçe kaynaklarda "ve ark.", yabancı kaynaklarda "et al." olarak kısaltılmalıdır.
- Dergi isimleri Index Medicus'ta yer alıyor ise Index Medicus'ta geçtiği şekilde kısaltılmış olarak, yer almıyorsa tam olarak yazılmalıdır.

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

### **Kaynak Kitap Gösterimi**

#### ***Yazarın Kişi Olduğu Kitaplar***

*Örneğin;*

Eren N. Çağlar boyunca toplum. Ankara: Somgür Yayıncılık; 1996. s. 41-56

Thompson IE, Melia KM, Boyd KM. Nursing ethics. 2nd Edition. Edinburg: Churchill Livingstone; 1988. p. 456-78.

#### ***Yazarın Kurum Olduğu Kitaplar***

*Örneğin;*

Institute of Medicine. Looking at the future of the Medicaid program. Washington: The Institute; 1992. p. 567-98

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye nüfus ve sağlık araştırması 2003. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü; 2003. s. 56-72.

#### ***Kitap Bölümü***

*Örneğin;*

Phillips SJ, Whistant JP. Hypertension and stroke. In: Laragh JH, Brenner BM, editors. Hypertension: Pathophysiology, diagnosis, and management. 2nd ed. New York: Raven Press; 1995. p.465-78.

Kansu E. Bilimsel yanıtma ve önlenmesi. In: TÜBA Dünyada ve Türkiye'de bilim etik ve üniversite. TÜBA Bilimsel Toplantılar Serileri No: 1. Ankara: 1994. s. 71-75

#### ***Kongre Özet Bildirileri***

*Örneğin;*

Kimura J, Shibasaki H, editors. Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan

Kömürcü N. Ebe ve hemşirelerin cinselliğe ve bu konudaki danışmanlık rollerine ilişkin tutumları. 3.Ulusal Hemşirelik Kongresi; 22-26 Haziran 1992; Sivas.

#### ***Kongre Tam Metin Yayınları***

*Örneğin;*

Brandes U, Wagner D. A bayesian paradigm for dynamic graph layout. In: DiBattista B (editör), Proceedings of the 11th International Symposium on Graph Drawing; 2003 Nov 12-15; New York, USA. Philadelphia: USA; 2003. p. 236-237.

Koç G, Eroğlu K. Doğum sonu erken taburculuk ve evde bakım hizmeti. In: 4. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi Bildiri Kitabı; 20-23 Nisan 2005; İstanbul, Türkiye. Delta Basım: İstanbul; 2005.s. 87-88.

### **Kaynak Makale Gösterimi**

#### ***Yazarın Kişi Olduğu Makaleler***

*Örneğin;*

Vega KJ, Pina I, Krevsky B. Heart transplantation is associated with an increased risk for pancreatobiliary disease. Ann Intern Med 1996 Jun 1;124 (111):980-3

Dal U. Obezitesi olan hastanın hemşirelik bakımı. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2007 Ocak-Haziran; 14(1):57-63.

#### ***Yazarın Kurum Olduğu Makaleler***

*Örneğin;*

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. Med J Aust 1996; 164: 282-4.

Türk Hemşireler Derneği. Hemşirelik için geleceğe yönelik stratejiler. Klinik Forum 1992; 105: 23-5.

#### ***Yazarı Verilmeyen Makaleler***

*Örneğin;*

Cancer in South Africa [editorial]. S Afr Med J 1994; 84:15.

Çocuk Hekimi Gözüyle Yaşlılık. Geriatri 2000. 2000; 14:1.

#### ***Sayı Numarası Verilmeyen Makaleler***

*Örneğin;*

Ciment J. US senate passes patients' bill of rights. (News). BMJ 1999;319:209.

Büken N., Büken E. Tıp etiği ve tıp hukuku açısından klinik ilaç araştırmaları. Türk Psikiyatri Derg 2003; 14:289-99.

#### ***Cilt Numarası Verilmeyen Makaleler***

*Örneğin;*

Spatar HM. Frenge koyalrı hep siyahtı. Cumhuriyet Bilim Teknik 18 Kasım 2001; (817): 10-11.

Nazik HD. Hormon replasman tedavisinin yararları ve zararları: Klinik uygulamalardan örnekler. Focus 2002; (2): 882-84.



### ***Cilt ve Sayı Numarası Verilmeyen Makaleler***

*Örneğin;*

Bertram E, Bertram B. There is nothing automatic about right. Am Journal of Nurs May 1977:867-872.

Terakye G. Psikiyatride etik ikilemler. 3P Dergisi 1994; 30-33.

### ***Elektronik Kaynaklar***

*Örneğin;*

#### **Elektronik dergi**

LaPorte RE, Marler E, Akazawa S, Sauer F. The death of biomedical journals. BMJ [online]. 1995;310:1387-90. URL: <http://www.bmj.com/bmj/archive/6991ed2.htm>. September 26, 1996.

### ***İnternet Sitesi***

Hoffman DL. St John's Wort. 1995;[4 screens]. URL: <http://www.healthy.net/library/books/hoffman/materiamedica/stjohns.htm>. July 16, 1998.

### **CD-ROM**

The Oxford english dictionary [CD-ROM]. 2nd ed. New York, NY: Oxford University Press; 1992.

\*Kaynakların gösterilmesi ile ilgili daha fazla bilgi için Uluslararası Tıp Dergileri Editörler Kurulu'nun önerdiği yazım kurallarına bakınız. <http://www.icmje.org/>.

\*\* Yazım kuralları Mart 2010 tarihinde güncellenmiştir.

### ***İletişim***

Nilay ERCAN ŞAHİN

Seher BAŞARAN

Çiğdem CANBOLAT SEYMAN

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi Yayın Sekreteri

Adres : Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Samanpazarı, 06100  
Ankara

Tel : 0 312 305 15 80

E.posta: [hbergi@hacettepe.edu.tr](mailto:hbergi@hacettepe.edu.tr)

Web : <http://www.hacettepehemsirelikdergisi.org/>

## INFORMATION FOR AUTHORS

Journal of Hacettepe University Faculty of Nursing is a peer-reviewed journal and published 3 times a year. Official languages of the journal are Turkish and English. All articles are accepted for publication by reviewing editors and referees.

### *Submitting An Article*

In order to submit an article to Journal of Hacettepe University Faculty of Nursing you must click “Online Article Processing” link in <http://www.hacettepehemsirelikdergisi.org/>. You may also follow up all procedures from this link.

### *General Information*

Journal of Hacettepe University Faculty of Nursing accepts current works on nursing science, nursing practices, education, management, leadership.

Manuscripts are evaluated through appropriateness and relevance to the aim of journal, accuracy, currency and the applicability of findings/ideas to nursing.

Manuscripts accepted for publication must not be under consideration by another journal, or have not be previously published sectional/totally. Authors are responsible for manuscripts’ conformity to legal and ethical issues, and accuracy of findings/ideas/information given.

No payment will be done to authors by any means of their manuscript.

Following double-blind peer review, corresponding author will receive an e-mail indicating accept, reject, revision or resubmission of the manuscript. Some revisions can be done by editors and reviewers in order to aid clarify and understanding without changing the data. The publisher owns the copyright of all published articles following publish.

Researchers must save data for 5 year period. In accordance with publishing policy of journal and rules of international publishers, some of data and data analysis should be demand back from authors.

All manuscripts submitted must be accompanied by “Copyright Transfer Form”.

### *Publication Types*

Journal publishes types of articles include scientific research, review, case reports, and editorial letters.

- **Scientific Research:** Includes all retrospective, prospective, and experimental studies. It should have maximum 5000 words, including abstract, figures, pictures, tables, and references. Scientific research manuscripts content must be as below.
  - o Abstract (150-200 words, structured abstract must contain objective, material-methods, results, conclusion sections)
  - o Introduction
  - o Material and methods
  - o Result

- o Discussion
- o Conclusion
- o References
  
- **Review:** Includes discussions of current and need based nursing topics based on the international literature and authors' opinions. It should have maximum 3000 words. Review manuscripts content must be as below.
  - o Abstract (150-200 words)
  - o Titles on related topics
  - o References
  
- **Case Reports:** Must include unique and important clinical experiences and cases. It should have maximum 2000 words.
  - o Abstract (150-200 words)
  - o Introduction
  - o Case report
  - o Discussion
  - o References
  
- **Letters to Editor:** Letters to editors are commentary letters including comments, contribution, and issues written about previous articles in the journal. They include maximum 500 words, but don't include title and abstract. Letters should include notes indicating the attribution to article with title, number and date; and with the name, affiliation and address of the author.

### *Manuscript Preparation*

Manuscripts submitted to journal must follow the principles below.

Manuscripts must include title page, abstract page, manuscript pages, references, tables, figures, and graphics.

#### Title Page

Title page must include title of manuscript, list of corresponding and other authors' name-surname, academic degrees, institutions, mail address, e-mail address, telephone, and fax number. If the study was presented previously in a congress, it should be mentioned in this page with date, place, and name of the congress.

#### Abstract and Keyword Page

This page must include 150-200 word, structured/non-structured abstract in accordance with publication type. Research articles must have structured abstract with objective, material-methods, results, conclusion sections, reviews and case reports must have non-structured abstract. Letters to editors shouldn't have abstract.

At the end of the abstract min. 3, max. 5 key words must be provided. Keywords should conform to "Medical Subject Headings (MeSH)". ([www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html](http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html)).

#### Manuscript Text Page

Manuscript should be prepared in accordance with the following;

- Title must be written bold and 12 fonts with Times New Roman.
- Abstract, manuscript text page, and references must be written 12 fonts with

Times New Roman.

- Tables must be written 10 fonts with Times New Roman.
- All pages must be written double-spaced, and justify text on both sides.
- Pages should have 2.5 cm spaces among all sides.
- Footnotes shouldn't be used in manuscripts, explanations should be given in the text.
- Figures, graphics, and photographs should be 11 cm in width, 8 cm in length.
- Manuscript text shouldn't contain author information for unbiased evaluation.
- Abbreviations used should be defined in parenthesis where the full word is first mentioned.

### **References**

Vancouver style is used in referencing.

Please consider and be consistent to the following criterion when you are referencing.

References in Text

- References must be listed serially according to the order of mentioning in the text. Multiple references must be separated by comma, if used. Consecutive references must be separated with “-” between first and last reference (e.g. 2-6).
- Reference numbers in the text should be numbered as superscript numbers.

Example:

**A study<sup>1</sup> about this issue is.....**

**.....study<sup>2</sup> .....**

In his article Reeves<sup>3</sup> .....

..... defined as.....<sup>4,5</sup>.

..... found positive effect on life style<sup>6</sup>, knowledge of patient<sup>7</sup>.....

- Journals must be abbreviated according to Index Medicus, if involved.

Reference List

- References must be listed serially and numerically in order of mentioning in text on a separate page.
- All authors should be listed if six or fewer, otherwise the first six should be listed and et al. must be added.
- All references should be given in English. References written with different languages except in English must be translated to English and given with parenthesis.

### **Books**

#### ***Personal Author/s***

*Example*

Thompson IE, Melia KM, Boyd KM. Nursing ethics. 2nd Edition. Edinburg: Churchill Livingstone; 1988.

#### ***Organization as author and publisher***

*Example*

Institute of Medicine. Looking at the future of the Medicaid program. Washington: The Institute; 1992.

**Chapter in a book***Example*

Phillips SJ, Whistant JP. Hypertension and stroke. In: Laragh JH, Brenner BM, editors. Hypertension: Pathophysiology, diagnosis, and management. 2nd ed. New York: Raven Press; 1995. p.465-78.

**Conference Proceedings***Example*

Kimura J, Shibasaki H, editors. Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan

**Conference Paper***Example*

Brandes U, Wagner D. A Bayesian paradigm for dynamic graph layout. In: DiBattista B (editör), Proceedings of the 11th International Symposium on Graph Drawing; 2003 Nov 12-15; New York, USA. Philadelphia: USA; 2003. p. 236-237.

**Articles in journals****Standard Journal Article***Example*

Vega KJ, Pina I, Krevsky B. Heart transplantation is associated with an increased risk for pancreatobiliary disease. Ann Intern Med 1996 Jun 1;124 (111):980-3

**Organization as author***Example*

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. Med J Aust 1996; 164: 282-4.

**No Author Given***Example*

Cancer in South Africa [editorial]. S Afr Med J 1994; 84:15.

**Issue With No Volume**

*Example*

Turan I, Wredmark T, Fellander-Tsai L. Arthroscopic ankle arthrodesis in rheumatoid arthritis. Clin Onthop 1995; (320): 110-4.

**No Issue and Volume**

*Example*

Bertram E, Bertram B. There is nothing automatic about right. Am Journal of Nurs May 1977:867-872

**Electronic Material**

**Journal article in electronic format**

*Example*

LaPorte RE, Marler E, Akazawa S, Sauer F. The death of biomedical journals. BMJ [online]. 1995;310:1387-90. URL: <http://www.bmj.com/bmj/archive/6991ed2.htm>. September 26, 1996.

**Web/ Internet**

*Example*

Hoffman DL. St John's Wort. 1995;[4 screens]. URL: <http://www.healthy.net/library/books/hoffman/materiamedica/stjohns.htm>. July 16, 1998.

**CD-ROM**

The Oxford english dictionary [CD-ROM]. 2nd ed. New York, NY: Oxford University Press; 1992.

\* **For more information see** <http://www.icmje.org/>.

\*\* Last updated in **March 2010**.

**Communication**

Nilay ERCAN ŞAHİN

Seher BAŞARAN

Çiğdem CANBOLAT SEYMAN

Journal of Hacettepe University Faculty of Nursing Editorial Secretary

Address: Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Samanpazarı, 06100  
Ankara

Tel : +90 312 305 15 80

E.mail: [hbdergi@hacettepe.edu.tr](mailto:hbdergi@hacettepe.edu.tr)

Web : <http://www.hacettepehemsirelikdersisi.org/>

## YAYIN İZİNİ (Taahhütname)

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

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

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

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

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

Çalışmanın yapıldığı kişi ve kurumlardan gerekli izinler alınmıştır.

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

**Makalenin Numarası:**

**Makalenin Başlığı:**

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

Adres: Hacettepe Üniversitesi  
Hemşirelik Fakültesi Bölümü  
06100 Ankara

