

Hacettepe Üniversitesi

Hemşirelik Fakültesi

Dergisi

Journal of Hacettepe University Faculty
of Nursing

Cilt/Vol 3 • Sayı/No 3 • Eylül-Aralık/September-December 2016

Sahibi

Hacettepe Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi Adına
Prof. Dr. Leyla DİNÇ

Sorumlu Yazı İşleri Müdürü

Doç.Dr. Sergül DUYGULU

Yayın Kurulu

Başkan
Başkan Yardımcısı
Sekreterler:

Doç. Dr. Sergül Duygulu
Yard. Doç. Dr. İmatullah Akyar
Arş. Gör. Dr. Nilay Ercan Şahin
Arş. Gör. Dr. Seher Başaran
Arş. Gör. Çiğdem Canbolat Seyman
Yard. Doç. Dr. Duygu Hiçdurmaz
Doç. Dr. Sevgisun Kapucu
Arş. Gör. Funda Aslan
Arş. Gör. Sevil Çınar
Arş. Gör. Rabiye Akın

İngilizce Düzeltme:
Baskıya Hazırlama ve Dağıtım:

Yayın Türü:
Yayın Dili:
Yayınlanma Biçimi:
Basım Tarihi:
Yönetim Yeri:

Yerel Süreli Yayın
Türkçe, İngilizce
Dört ayda bir yayımlanır
23 Aralık 2016
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.hacettepehemsirelikdergisi.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.

BASILI 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 Ocaççı | 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 |
| Yrd. 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 |
| Doç. Dr. Duygu Vefikuluçay | Mersin Üniversitesi |
| Yrd. Doç. Dr. Ebru Akgün Çıtak | Başkent Üniversitesi |
| Doç. Dr. Elif Gürsoy | Eskişehir Osmangazi 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 | Acıbadem 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 |
| Yrd. Doç. Dr. Fatoş Korkmaz | Hacettepe 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 |
| Doç. Dr. Funda Özdemir | Ankara 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 |
| Doç. Dr. Gülten Güvenç | GATA |
| 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 |
| Yrd. Doç. Dr. İknur Gönenç | Ankara 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 Owayolu | 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 Yılmaz Kapucu | Hacettepe Üniversitesi |
| Dr. Sevilay Karahan | Hacettepe Üniversitesi |
| Doç. Dr. Sevinç Taştan | GATA |
| Doç. Dr. Simge Zeyneloğlu | Gaziantep Üniversitesi |
| 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 |
| Doç. Dr. Tülay Yavan | GATA |
| 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. Yurdağül Erdem | Kırıkkale Üniversitesi |
| Yrd. Doç. Dr. Zahide Tuna | Hacettepe Üniversitesi |
| Doç. Dr. Zehra Gölbaşı | Cumhuriyet Üniversitesi |
| Prof. Dr. Zeynep Özer | Akdeniz Üniversitesi |
| Prof. Dr. Zuhul Bahar | Dokuz Eylül Üniversitesi |
| Prof. Dr. Zümrüt Başbakkal | Ege Üniversitesi |

*İsimler isme göre alfabetik sırayla dizilmiştir.

Değerli Okurlarımıza

2016 yılı Cilt 3, Sayı 3'ü sizlerle paylaşmaktan mutluluk duyuyoruz. Türkiye Cumhuriyeti'nin kuruluşunun 93. yılını kutladığımız şu günlerde, bilimsel bilgi ve bilimin ne kadar önemli olduğu ortaya çıkmaktadır. Nitekim, Cumhuriyetimizin kurucusu Ulu Önder Gazi Mustafa Kemal Atatürk'ün "Dünyada her şey için, maddiyat için, maneviyat için, muvaffakiyet için, en hakiki mürşit ilimdir, fendir; ilim ve fennin haricinde mürşit aramak gaffettir, cehalettir, dalâlettir. Yalnız, ilim ve fennin yaşadığımız her dakikadaki safhalarının tekâmülünü idrak etmek ve terakkiyatını zamanında takip eylemek şarttır. Bin, iki bin, binlerce yıl önceki bilim ve fen dilinin çizdiği genel kuralları, şu kadar bin yıl sonra bugün aynı biçimde uygulamaya kalkışmak, elbette bilim ve fennin içinde bulunmak değildir." sözleri bir millet ve ülke için akıl, mantık ve bilimle hareket etmenin, aynı zamanda bilimi sürekli geliştirmenin önemini ortaya koymaktadır. Ulu Önder Atatürk'ün bu değerli sözleri herkese olduğu kadar biz hemşirelere de büyük sorumluluklar yüklemektedir. Toplum sağlığının geliştirilmesi ve sağlıklı nesiller için hemşirelerin bilimsel bilgi üretmesi ve bu bilimsel bilginin sürekli yeni bilimsel bilgiler yolu ile doğrulanması ya da yanlışlanması elzemdir. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi olarak, üretilen bilimsel bilginin paylaşılması ve bilimin gelişimine katkı amacıyla dergimizin bu yeni sayısında da dört araştırma makalesini, bir olgu sunumunu ve iki derleme makaleyi sizlerle paylaşmaktan mutluluk duyuyoruz.

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 ederiz.

Ayrıca, Cumhuriyetimizin 93. ve Ulu Önder Gazi Mustafa Kemal Atatürk'ün ölümünün 78. yıldönümünde, Cumhuriyetimizi bize emanet eden Ulu Önder Mustafa Kemal Atatürk'ü, aziz şehitlerimizi ve kahraman gazilerimizi şükran ve minnetle anıyoruz.

Saygılarımızla

Doç.Dr. Sergül DUYGULU

Sorumlu Yazı İşleri Müdürü

İçindekiler

Editörden Okura _____ V

Doç. Dr. Sergül DUYGULU

Sorumlu Yazı İşleri Müdürü

Araştırma Makaleleri

Waterlow Basınç Ülseri Risk Değerlendirme Ölçeği'nin Türkçeye Uyarlanması, Geçerlik-Güvenirlilik Çalışması _____ 1

Pınar AVŞAR, Ayişe KARADAĞ

Human Papilloma Virus Aşısı Bir Üniversite Hastanesi Hemşireleri İçin Ne İfade Ediyor? _____ 16

Nüket ERBAYDAR, Nesrin ÇİLİNGİROĞLU, Can KESKİN, Merve ALTUNBAŞ,

Elif ARSLANOĞLU, Orkun AYDIN, Esra ÇETİN, Gülsüm Gamze GÜNDÜZ

İnmeli Hastaya Bakım Veren Aile Bireylerinin Gereksinimleri: Sistemik İnceleme _____ 28

Fadime Hatice İNCİ, Ayla BAYIK TEMEL

Bireylerin Akılcı İlaç Kullanımıyla İlgili Bilgi Ve Uygulamaları _____ 44

Şükrü EKENLER, Deniz KOÇOĞLU

Derleme Makaleleri

Cerrahi Hastasında Hasta Kontrollü Analjezi Kullanımı _____ 56

Dilek ÇİLİNGİR, Ceyda UZUN ŞAHİN

İz Bırakan Bir Lider, Eren Kum _____ 70

Şenay TAKMAK, Nevin KUZU KURBAN

Olgu Sunumu

Tip II Diyabetli Hastaya Klinikte Bütüncül Yaklaşımla Sunulan Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu _____ 77

G.Deniz BULUCU-BÖYÜKSOY, Gökçe DEMİR, Hacer DURMUŞ,

Nursu DAZIROĞLU

Yazar Dizini _____ 83

Konu Dizini _____ 84

Yazarlara Bilgi _____ 86

Information for Authors _____ 91

Yayın İzni (Taahhütname) _____ 96

Waterlow Basınç Ülseri Risk Değerlendirme Ölçeği'nin Türkçeye Uyarlanması, Geçerlik-Güvenirlilik Çalışması*

Turkish Adaptation and Validity-Reliability Study of the Waterlow Pressure Ulcer Risk Assessment Scale

(Araştırma)

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2016, 3(3), 1-15

Pınar AVŞAR¹, Ayişe KARADAĞ²

¹Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Ankara, Türkiye

²Koç Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İstanbul, Türkiye

*VI. Ulusal Yara Bakım Kongresi'nde sözel bildiri olarak sunulmuştur, 1-4 Aralık 2011 Antalya.

Geliş Tarihi: 09 Şubat 2015

Kabul Tarihi: 26 Mart 2016

ÖZ

Amaç: Bu araştırma, Waterlow Basınç Ülseri Risk Değerlendirme Ölçeği (W-BÜRDÖ)'nin Türkçeye uyarlanması, geçerlik-güvenirliliğini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Metodolojik tipteki bu çalışmada ölçeğin Türkçeye uyarlanması iki aşamada gerçekleştirilmiştir. Birinci aşamada dil geçerliği, ikinci aşamada geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır. W-BÜRDÖ'nün geçerlik çalışması; sağlık bilimleri fakültesi hemşirelik bölümünden (3), tıp fakültesinden (2) ve klinikte (2) çalışan hemşirelerden olmak üzere toplam 7 uzmanın görüşüne başvurularak 1-31 Ocak 2011 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. W-BÜRDÖ'nün güvenirlik çalışması; 1 Şubat-15 Mayıs 2011 tarihleri arasında, 150 hasta üzerinde, bağımsız gözlemciler arası uyum ile gerçekleştirilmiştir.

Bulgular: Çalışmada, ölçeğin sınıf içi korelasyon katsayısı 0.95 bulunmuştur. Ölçeğin alt boyutları için güvenirlik düzeyleri; Beden Kitle İndeksi için %91; Riskli Bölgelerdeki Deri Tipi için %69,5; Cinsiyet-Yaş için %100; Malnütrisyon Tarama Aracı için %71-%87; Kontinans için %92; Hareket için %84; Doku Malnütrisyonu için %74; Nörolojik Bozukluk için %90; Majör Cerrahi veya Travma için %98 ve İlaç Tedavisi için %71 değerlerini almıştır.

Sonuç: Ölçeğin Türkçe uyarlaması geçerli ve güvenilirdir.

Anahtar Kelimeler: Basınç ülseri, Risk Değerlendirme Ölçeği, geçerlik-güvenirlilik

ABSTRACT

Aim: This study was conducted to adapt Waterlow Pressure Ulcer Risk Assessment Scale (W-PURAS) into Turkish and to determine its validity and reliability.

Material and Methods: In this methodological research, adaptation of the scale into Turkish was performed in two stages. At the first stage, language validity has been carried out, and at the second stage, validity and reliability study has been completed. The validity of W-PURAS was performed between January 1-31, 2011 by consulting seven expert nurses from faculty of health sciences nursing department (3), faculty of medicine (2) and clinics (2). Reliability study of W-PURAS has been carried out on 150 patients with concordance among independent observers between 1 February-15 May, 2011.

Results: W-PURAS's intraclass correlation coefficient has been found as 0.95. Reliability levels for sub-dimensions of W-PURAS have been; 91% for Body-Mass Index, 69.5% for Skin Type/Visual Risk Areas, 100% for Sex-Age, 71%-87% for Malnutrition Screening Tool, 92% for Continence, 84% for Mobility; 74% for Tissue Malnutrition; 90% for Neurological Deficit; 90% for Major Surgery or Trauma and 71% for Medication.

Conclusion: Turkish version of the scale is valid and reliable.

Key Words: Pressure ülcer, Risk Assessment Scale, validity-reliability

GİRİŞ

Basınç ülseri, akut veya kronik hastalığı olan tüm bireylerde sık karşılaşılan önemli bir sağlık problemidir¹. Basınç ülseri, bakım ve tedavisinin güç olması, uzun sürmesi ve tedavi maliyetinin yüksek olması gibi boyutları ile güncelliğini sürdürmektedir. Basınç ülseri, tedaviye harcanan maliyeti yükseltmekte ve hastaların hastanede kalma sürelerini uzatmaktadır. Kalite, maliyet ve hemşirelik açısından değerlendirildiğinde; basınç ülserini önlemenin, tedaviden daha önemli ve ucuz olduğu belirtilmektedir²⁻³. Basınç ülseri sağlık bakım sisteminde kalite göstergelerinden biridir ve günümüzde, sağlık kurumlarında, uzun süreli bakım alanlarında ve evde yatan hastalarda basınç ülserinin önlenmesi öncelikli konulardan biri olmuştur⁴⁻⁷.

Bireylerde, basınç ülseri gelişimini önleyici girişimlerin planlanmasında ilk adım, risk değerlendirme ölçeklerinin kullanılmasıdır^{3,8-1}. Hemşirelerin basınç ülseri gelişme riski olan hastaları belirlemesi ve risk düzeyine uygun hemşirelik bakımı vermesiyle maliyet etkinlikli önlemlerin alınması ve riskin azaltılması sağlanır^{2,7}. Ayello ve Braden, risk değerlendirmesinin sistemli olarak yapılması, risk düzeyi ile ilişkili önleyici bakımın uygulanması durumunda, basınç ülseri görülme sıklığının %60 oranında düştüğünü ve bakımın maliyetinde önemli ölçüde azalma olduğu bildirmişlerdir¹⁰. Hemşireler bakım verirken risk değerlendirme ölçeklerden herhangi birini seçip kullanabilecekleri gibi kendileri de yeni bir risk değerlendirme ölçeği geliştirebilirler¹¹⁻¹⁵.

Basınç ülseri gelişme riski olan hastaların tanılanması amacıyla birçok araştırmacı basınç ülseri risk değerlendirme ölçekleri (BÜRDÖ) geliştirmişlerdir¹⁰⁻¹¹. Yeni bir ölçek geliştirmek, uluslararası tanınan bir ölçeği Türkçeye uyarlamaktan daha uzun bir süre alır, araştırmacının alanındaki kuramsal ve uygulamalı çalışmalara ayıracağı zamanını azaltır¹⁰⁻¹¹. Bu nedenle klinikte çalışan hemşireler için literatürde geliştirilmiş olan ölçekleri kullanmak daha pratik olabilir. Ayrıca, evrensel ve daha önce geçerlik ve güvenilirliği kanıtlanmış ve yaygın olarak kullanıma giren ölçme araçlarını kullanmak literatürle karşılaştırma yapma olanağı sağlar. Hemşire, kullanacağı risk değerlendirme

ölçeğini seçerken söz konusu ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliğinin yapılmış olmasına dikkat etmelidir¹⁵. Hemşirelerin basınç ülseri risk değerlendirme ölçeklerine ilişkin görüşlerinin belirlendiği bir çalışmada, katılımcıların %80.7'si, basınç ülserini önlemede, geçerlik güvenilirlik çalışması yapılmış risk değerlendirme ölçeklerinin kullanılması gerektiğini belirtmişlerdir.¹² İlk BÜRDÖ, 1962 yılında, Doreen Norton tarafından, hastanede yatan yaşlı hastaların değerlendirilmesi amacıyla oluşturulmuştur. 1980'li yıllarda çok sayıda yeni BÜRDÖ geliştirilmiştir. Günümüzde ise en az 40 tane alternatif BÜRDÖ olduğu belirtilmektedir². Bu ölçeklerden en çok bilinenleri; Norton (1962), Gosnell (1973), Waterlow (1985) ve Braden (1987) Basınç Ülseri Risk Değerlendirme Ölçekleri'dir. Bunlar arasında Norton ve Braden Basınç Ülseri Risk Değerlendirme Ölçekleri tüm dünyada yaygın bir şekilde kullanılmaktadır¹¹⁻¹⁵. Söz konusu ölçeklerin tümünde risk değerlendirmesine ilişkin temel kriterler benzer olmakla birlikte uygulandıkları gruplar, anlaşılır ve pratik olma gibi özellikler açısından farklılıklar vardır. Bu nedenle de ölçeklerin kullanım yaygınlıkları birbirinden farklıdır. Örneğin Braden Basınç Ülseri Risk Değerlendirme Ölçeği, geçerlik- güvenilirlik çalışması en fazla yapılan ve kullanımı yaygın olan bir ölçektir. Farklı sayı ve özellikteki örneklem grupları üzerinde yapılan birçok çalışmada, ölçeğin geçerlik ve güvenilirliğini iyi düzeyde olduğu ve ölçeğin basınç ülseri riskini değerlendirmede etkili olduğu anlaşılmıştır^{2,10,13,16,17}. W-BÜRDÖ sınırlı sayıda geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmasına karşın, dahili ve cerrahi alanlarda kullanılmak üzere geliştirilmiş olması özellikle diğer ölçeklerden farklı olarak cerrahiye bağlı risk faktörlerini vurgulaması, Malnütrisyon Tarama Aracı alt boyutuyla hastanın beslenmesini ayrıntılı değerlendirmesi, hastanın risk düzeyini belirlemekle kalmayıp aynı zamanda basınç bölgelerinin sınıflandırılması ve basınç ülserini önleme, hemşirelik bakımına ilişkin bilgileri içermesi sebebiyle dünya genelinde yaygın olarak kullanılan bir ölçektir^{2,8,9,10,11}.

Ülkemizde ilk kez 1997 yılında, Braden Basınç Ülseri Risk Değerlendirme Ölçeği (B-BÜRDÖ)'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır⁶. Pınar ve Oğuz 1998 yılında ise Norton ve Braden Basınç Ülseri Risk Değerlendirme Ölçekleri'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını tekrar gerçekleştirmişlerdir. Her iki çalışmada da ölçeklerin geçerlik ve güvenilirlikleri yüksek bulunmuştur¹⁷.

Literatürde BÜRDÖ'leri kullanmanın ve önleyici bakım girişimlerinin önemi sıklıkla vurgulanmakla birlikte ülkemizde sadece Braden ve Norton Basınç Ülseri Risk Değerlendirme Ölçekleri'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapıldığından bu iki ölçek bilimsel olarak kullanıma uygundur. W-BÜRDÖ ise ülkemizde geçerlik ve güvenilirlik uyarlaması yapılmadığı halde bazı sağlık kurumlarında kullanılmaktadır. Bu bağlamda ülkemizde evde bakımda, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti veren kurumlarda, basınç ülseri açısından risk altında olan bireylerin değerlendirilmesine katkı sağlayacak farklı risk değerlendirme ölçeklerine de ihtiyaç duyulmaktadır. Bu araştırma, W-BÜRDÖ'nün geçerlik ve güvenilirlik uyarlamasını gerçekleştirmek amacıyla yapılmıştır.

GEREÇ ve YÖNTEM

Araştırmanın Türü

Araştırma, W-BÜRDÖ'yü Türkçeye uyarlayıp, geçerlik ve güvenilirlik analizlerini yapmak amacıyla metodolojik olarak gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın Yapıldığı Yer

W-BÜRDÖ'nün geçerlik-güvenirlik çalışması, bu ölçeği kullanan bir askeri hastane ve bir özel hastanede yapılmıştır.

Evren ve Örneklem

Literatürde basınç ülserinin en fazla görüldüğü alanların yoğun bakım üniteleri, nöroloji, ortopedi, fizik tedavi ve rehabilitasyon bölümleri ve yaşlı bakım evleri olduğu belirtilmektedir^{11,18-19}. Bu bilgiye dayanılarak araştırma bir özel hastanenin dahiliye, kalp damar cerrahisi, beyin cerrahisi ve genel yoğun bakım servisleri; bir askeri hastanenin akut bakım, beyin hasarı ve omurilik hasarı bölümlerinde gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın evrenini, bir özel hastanenin dahiliye, kalp damar cerrahisi, beyin cerrahisi ve genel yoğun bakım servisleri; bir askeri hastanenin akut bakım, beyin hasarı ve omurilik hasarı bölümlerinde tedavi gören hastalar oluşturmuştur. W-BÜRDÖ'nün dil ve içerik geçerliliği yapıldıktan sonra bu ünitelerde çalışan hemşireler, çalışmanın amacı ve yöntemi hakkında bilgilendirilmiştir. W-BÜRDÖ'yü, iki hemşire aynı hasta üzerinde, aynı anda birbirlerinden bağımsız şekilde uygulamışlardır. W-BÜRDÖ'nün geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasının örnekleme, evrendeki bireylerin sayısının bilindiği durumlarda olayın görülüş sıklığına göre örnekleme bir birey sayısını belirlemek amacı ile kullanılan formüle göre hesaplanmış olup²⁰; güvenilirlik düzeyini yüksek tutmak amacıyla askeri hastaneden 50 hasta ve özel hastanede tedavi gören 100 hasta olmak üzere toplam 150 hasta alınmıştır. Ayrıca ölçek çalışmalarında örneklem hacminin belirlenmesinde ölçek madde sayısının 5-10 katı olması önerilmektedir⁶. Bu bağlamda 10 alt boyutu olan W-BÜRDÖ'nün uyarlaması için seçilen örneklem sayısı bu koşulu sağlamaktadır.

Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında literatüre dayanılarak oluşturulan "Hastalara İlişkin Tanıtıcı Özellikleri Formu", "Hemşirelere İlişkin Tanıtıcı Özellikleri Formu" ve "Waterlow Basınç Ülseri Risk Değerlendirme Ölçeği" kullanılmıştır^{5,19-26}.

Hastalara İlişkin Tanıtıcı Özellikler Formu: Bu formda, hastaların sosyo-demografik özellikleri (yaş, cinsiyet vb.) ve sağlık durumlarını özellikle basınç ülseri gelişimi ile ilişkili risk faktörlerini sorgulayan (tıbbi tanı, beslenme şekli, basınç ülseri durumu vb.) 14 soru yer almaktadır.

Hemşirelere İlişkin Tanıtıcı Özellikler Formu: Bu form, hemşirelerin tanıtıcı özelliklerini sorgulayan (yaş, en son tamamlanan hemşirelik programı vb.) 10 soru ve hemşirelerin basınç ülserini önlemeye ilişkin görüşlerini sorgulayan üç sorudan oluşmaktadır.

Waterlow Basınç Ülseri Risk Değerlendirme Ölçeği: İngiltere' de Musgrove Park Üniversitesi Hastanesi' nde yapılan çalışmalar sonucunda dâhili ve cerrahi alanlarda kullanılmak üzere Judy Waterlow tarafından 1985 yılında geliştirilmiştir. Waterlow'a göre bir BÜRDÖ hastanın risk düzeyini belirlemekle kalmamalı, aynı zamanda basınç ülserinin sınıflandırılması, önlenmesi ve hemşirelik bakımına ilişkin bilgileri de içermelidir. Bu görüşten hareketle Waterlow, W-BÜRDÖ'yü ön yüzü risk düzeyini

belirleyen skora sistemini; arka yüzünü basınç ülserini önleme, hemşirelik bakımı ve basınç ülserinin sınıflandırılmasını içerecek şekilde geliştirmiştir^{8,9}.

WBÜRDÖ 1985 yılında; beden kitle indeksi, riskli bölgelerdeki deri tipi, kontinans, hareket, yaş- cinsiyet, iştah, özel riskler bölümünden oluşan bir ölçek olarak geliştirilip, 2005 yılında beden kitle indeksi, riskli bölgelerdeki deri tipi, cinsiyet-yaş, malnütrisyon tarama aracı, kontinans, hareket, doku malnutrisyonu, nörolojik bozukluk, majör cerrahi veya travma, ilaç tedavisi olmak üzere 10 alt boyuttan oluşmak üzere revize edilmiştir. Her bir alt kategori 0-8 arasında değişen risk puanlarını içerir. Ölçekten elde edilen toplam risk puanı 10-14 arasında ise hasta risk altında, 15-19 arasında ise yüksek risk, 20 ve üzerinde ise çok yüksek risk grubunda kabul edilir^{8,9}.

Kottner'in bildirdiğine göre; W-BÜRDÖ'nün gözlemciler arası korelasyon katsayısı, Pang ve Wong'un yaptıkları çalışmada, 0.99; Hale ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada 0.97; Jalali ve Reza'i'nin yaptığı çalışmada 0.95 olarak hesaplanmıştır²⁷. Hidalgo'nun bildirdiğine göre; W-BÜRDÖ'nün basınç ülseri gelişenleri belirlemedeki duyarlılığı %75.8 ile %100 arasında; seçiciliği %10.3 ile %38 arasında; pozitif kestirim değeri %5.3 ile %33.3 arasında; negatif kestirim değeri %65.7 ile %100 arasında değişen değerler almaktadır²⁸.

Araştırmanın Uygulanması

W-BÜRDÖ'nün Türkçe uyarlaması ve geçerlik-güvenirlik çalışmasını yapabilmek için Judy Waterlow'dan ölçeğin orijinali istenmiş ve uyarlama izni alınmıştır. W-BÜRDÖ'nün Türkçeye uyarlanması, geçerlik ve güvenirlik çalışması 13.10.2010-15.05.2011 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Türkçeye uyarlama, geçerlik ve güvenirlik çalışması kapsamında aşağıda belirtilen uygulamalar gerçekleştirilmiştir.

Ölçeğin Dil Geçerliği Çalışması

W-BÜRDÖ'nün dil geçerliği çalışması kapsamında W-BÜRDÖ, iyi düzeyde İngilizce bilen hemşirelik bölümünden iki öğretim üyesi ve Yabancı Diller Yüksekokulu'nda görevli bir öğretim elemanı tarafından İngilizceden Türkçeye çevrilmiştir. W-BÜRDÖ'nün çevirileri İngilizceyi iyi bilen bir hemşirelik öğretim üyesi tarafından birleştirilmiş ve tek bir araç haline getirilmiştir. Tek araç haline getirilen W-BÜRDÖ'nün Türkçeye uygunluğu Türk Dili ve Edebiyatı uzmanı tarafından değerlendirilmiş ve öneriler doğrultusunda düzenlenmiştir. Türkçeye uygunluk değerlendirilmesi yapılan W-BÜRDÖ'nün, Türkçeden tekrar İngilizceye çevirisi bir tıbbi çevirmen tarafından yapılmıştır. İngilizceye tekrar çevirisi yapılan W-BÜRDÖ'de anlam değişikliği olup olmadığının saptanması açısından orijinal ölçek ile karşılaştırılmış ve karşılaştırma sonrası W-BÜRDÖ'nün dil uygunluğu ve anlaşılabilirliği hemşirelik bölümünde görev yapan ve basınç ülseri konusunda çalışmaları olan üç öğretim üyesinin görüşüne sunulmuştur. Uzmanların önerileri doğrultusunda yapılan düzenlemeler sonucunda W-BÜRDÖ'ye son şekli verilmiştir.

Ölçeğin Geçerlik Çalışması

Dil geçerliği tamamlanan W-BÜRDÖ'nün içerik geçerliği çalışması 1-31 Ocak 2011 tarihleri arasında yapılmıştır. Bu aşamada, W-BÜRDÖ'de bulunan soruların ölçülmek

istenen alanı temsil edip etmediğini, ölçme amacına uygun olup olmadığını, tespit edilen sorun ile ilgili olup olmadığını ve amacın dışında farklı kavramları barındırıp barındırmadığını belirlemek amacı ile sağlık bilimleri fakültesi hemşirelik bölümünden (3), tıp fakültesinden (2) ve klinikte çalışan hemşirelerden (2) olmak üzere toplam 7 uzmanın görüşüne sunulmuştur. Uzman görüşlerinin değerlendirilmesinde, Waltz ve Bausell (1981) tarafından geliştirilmiş İçerik Geçerlik İndeksi (Content Validity Index -CVI) kullanılmıştır²⁹. Bu indekse göre, uzmanların ölçek maddelerine ilişkin verdiği puanlar 1 ile 4 arasında değişmektedir (1= Uygun Değil; 2= Maddenin Uygun Şekle Getirilmesi Gerek; 3= Uygun Ancak Ufak Değişiklik Gerekliyor; 4= Çok Uygun). Araştırmada uzmanların puan ortalamalarının yanı sıra maddelerin ifade şekli ve içeriği konusundaki önerileri de değerlendirilmiştir.

Bir ölçme aracının geçerliğini sınamaya yönelik birçok ölçüt bulunmakla birlikte, bunlar genel olarak İçerik/ Kapsam Geçerliği, Ölçüt - Bağımlı Geçerliği ve Yapı Geçerliği olmak üzere üç başlık altında toplanmaktadır. Ölçüt - Bağımlı geçerliği en objektif ve en pratik olan geçerlik sınavıdır. Bu geçerlikte ölçek puanlarının bazı dış ölçütlerle ilişkisi aranır. Bir testin diğer bir testle elde edilen sonuçları verme yeteneğidir. Bu geçerlik türü, ölçüt puanlarının elde ediliş şekline ve zamanına göre ikiye ayrılmaktadır. Bunlar eşzaman ve yordama geçerliğidir. Eş zaman geçerliğinde daha önceden geçerliği saptanmış olan bir ölçekle ölçme aracından elde edilen puanlar arasındaki korelasyona bakılır. Yordama, belirli bilgilere dayanarak ve belirli istatistiksel teknikler uygulayarak geleceğe ilişkin tahminde bulunmaktır. Yordama geçerliğinde ölçekten elde edilen bir yordayıcı puan ile gelecekteki durumlarla ilgili bir ölçüte ilişkin değerler arasındaki korelasyon katsayısı belirlenir.²⁹⁻³⁰ Araştırmada kullanılan “Hastalara İlişkin Tanıtıcı Özellikleri Formu”nda yer alan “Cinsiyet, Basınç Ülseri Durumu, Basınç Ülseri Gelişen Bölge” soruları dış ölçüt olarak alınmış, W-BÜRDÖ'nin risk puanları arasındaki korelasyona bakılmıştır. Elde edilen sonuçlar anlamlı olduğundan ölçek, ölçüt bağımlı geçerliğe sahiptir.

Ölçeğin Güvenirlik Çalışması

W-BÜRDÖ'nün güvenirlik çalışması bağımsız gözlemciler arası uyum ile gerçekleştirilmiştir. Verilerin toplanmasına başlanmadan önce çalışmaya katılan hemşireler çalışmanın amacı ve yöntemi hakkında bilgilendirilmiştir. İki hemşire aynı hasta üzerinde, aynı anda birbirlerinden bağımsız şekilde W-BÜRDÖ'yü uygulamışlardır. Hemşireler tarafından doldurulan veri toplama formları araştırmacı tarafından toplanmıştır.

Verilerin Analizi

Araştırmadan edilen veriler, SPSS 15.0 paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Hemşirelere ve hastalara ait tanıtıcı özellikleri içeren sorular sınıflandırılarak frekans ve yüzdelikleri hesaplanmıştır. W-BÜRDÖ'nün geçerlik çalışması t-Testi, Mann-Whitney U Testi, Kruskal-Wallis H Testi ile değerlendirilmiştir. W-BÜRDÖ'nün güvenirlik katsayısı olarak sınıf içi korelasyon katsayısı ve alt boyutları için gözlemciler arası uyum yüzdesi hesaplanmıştır.

Araştırmanın Sınırlılıkları

W-BÜRDÖ' nün geçerlilik ve güvenilirlik sonuçları akut bakım, beyin hasarı ve omurilik hasarı, dahiliye, kalp damar cerrahisi, beyin cerrahisi ve genel yoğun bakım servislerinde tedavi gören hasta grupları üzerinde yapılmıştır. Diğer hasta gruplarını kapsamamıştır.

Araştırmanın Etik Yönü

W-BÜRDÖ'nün Türkçeye uyarlanması geçerlilik ve güvenilirlik çalışması için ölçeği geliştiren Judy Waterlow'dan izin alınmıştır. Gülhane Askeri Tıp Akademisi Komutanlığı Etik Kurulu'ndan ve Özel Bayındır Hastanesi'nden yazılı izin alınmıştır. Araştırmaya katılan hemşirelerden yazılı izin alınmıştır.

BULGULAR

Tablo 1'de araştırmaya katılan hastalara ait tanıtıcı ve sağlık durumları ile ilgili özelliklerin dağılımı yer almaktadır. Hastaların %56.7'si erkek, %27.3'ü 50-64 yaş aralığında, %26.7'si yoğun bakım ünitesinde tedavi görmektedir. Araştırmaya katılan hastaların sağlık durumlarına ilişkin özellikleri verilmiştir. Hastaların %42.0'sinde nörolojik sisteme ilişkin tıbbi tanı mevcuttur. Hastaların %78.0'i oral yolla beslenmektedir, %9.3'ü ventilatöre bağlıdır ve %14'ünde basınç ülseri gelişmiştir. Basınç ülseri gelişen hastaların %57.0'sinde sakrumda, %19.0'unda topuklar ve sakrumda basınç ülseri gelişmiş olup basınç ülseri gelişme süresi $\bar{X}\bar{X}$ = 5.6±3.7 gündür.

Araştırmaya katılan hemşirelerin (n=62) %80.6'sı lisans programı mezunu olup %25.81'i yoğun bakım ünitesinde çalışmaktadır. Hemşirelerin %64.5'inin daha önce basınç ülseri gelişme riski yüksek olan hastaların yattıkları serviste çalışmıştır. Hemşirelerin %54.9'u haftada ortalama 1-2 basınç ülseri olan hastaya bakım verdiğini ifade etmiştir. Hemşirelerin çoğunluğu (%88.7) mezuniyetten sonra basınç ülserinin önlenmesi/tedavisi ile ilgili bilimsel bir programa katılmamış, %83.9'u basınç ülserini önlemeye/tedaviye yönelik gelişmeleri takip etmediğini belirtmiştir. Çalışmaya katılan hemşirelerin %93.5'i basınç ülserinin iyi bir hemşirelik bakımı ile önlenileceğini düşünmektedir.

Ölçeğin Geçerliliğine İlişkin Bulgular

İçerik Geçerlik İndeksi'ne göre (Content Validity Index -CVI) uzmanların ölçek maddelerine ilişkin verdiği puanlar 1 ile 4 arasında değişmektedir. Uzmanlar tarafından verilen puanların ortalamasına göre; Riskli Bölgelerdeki Deri Tipi alt boyutunda "İnce kâğıt gibi" madde 0.7, "Bütünlüğü bozulmuş/ Benekli Evre 2-4" madde 0.8 ve Hareket alt boyutunda "Hareketi kısıtlanmış/sınırlandırılmış" madde 0.8 olarak hesaplanmıştır. Diğer alt boyutlarda ölçek maddeleri tüm uzmanlar tarafından uygun görülmüş ve görüş uyumu 1.00'dir.

Tablo 2 incelendiğinde, hastaların risk puanlarının cinsiyete göre anlamlı bir farklılık gösterdiği görülmektedir ($t = 5.01, p < .05$). Bayan hastaların risk düzeyi ($\bar{X}\bar{X}$ = 20.1±20.1), erkek hastalara ($\bar{X}\bar{X}$ = 14.9±4.8) göre daha yüksektir.

Tablo 1. Hastaların Tanıtıcı ve Sağlık Durumları ile İlgili Özelliklerine Göre Dağılımı

| Tanıtıcı özellikler | Sayı | % |
|--|-------------|----------|
| Hastanın Yattığı Klinik (n:150)* | | |
| Yoğun Bakım | 40 | 26.7 |
| Dahiliye Servisi | 34 | 22.7 |
| Akut Bakım | 20 | 13.3 |
| Omurilik Hasarı Servisi | 19 | 12.7 |
| Kalp Damar Cerrahisi Servisi | 18 | 12.0 |
| Beyin Hasarı Servisi | 11 | 7.3 |
| Beyin Cerrahisi Servisi | 8 | 5.3 |
| Cinsiyet (n:150)* | | |
| Erkek | 85 | 56.7 |
| Kadın | 65 | 43.3 |
| Yaş (n:150)* | | |
| 19-49 | 35 | 23.3 |
| 50-64 | 41 | 27.3 |
| 65-74 | 32 | 21.3 |
| 75-80 | 28 | 18.7 |
| 81 ve üzeri | 14 | 9.4 |
| Tıbbi Tanının Ait Olduğu Sistemler (n:150)* | | |
| Nörolojik Sistem | 63 | 42.0 |
| Kardiyovasküler Sistem | 41 | 27.3 |
| Solunum Sistemi | 23 | 15.3 |
| Endokrin Sistem | 14 | 9.4 |
| Gastrointestinal Sistem | 5 | 3.3 |
| Hemotopoetik Sistem | 4 | 2.7 |
| Beslenme Şekli (n:150)* | | |
| Oral | 117 | 78.0 |
| Parenteral | 19 | 12.7 |
| Enteral | 14 | 9.3 |
| Ventilatöre Bağlı Olma Durumu (n:150)* | | |
| Bağlı Değil | 136 | 90.7 |
| Bağlı | 14 | 9.3 |
| Basınç Ülseri Varlığı (n:150)* | | |
| Yok | 129 | 86.0 |
| Var | 21 | 14.0 |

| Tanıtıcı özellikler | Sayı | % |
|---|------|------|
| Basınç Ülseri Bölgeleri (n:21)* | | |
| Sakrum | 12 | 57.0 |
| Topuklar/ Sakrum | 4 | 19.0 |
| Topuklar/Diz Mediali | 1 | 4.8 |
| Kostalar/Sakrum | 1 | 4.8 |
| Diz Mediali/Sakrum | 1 | 4.8 |
| İskium/Sakrum/Trokanterler | 1 | 4.8 |
| Topuklar | 1 | 4.8 |
| Basınç Ülseri Gelişme Süresi (Gün) $\bar{X} = 5.6 \pm 3.7$, min =1 ve max=120 | | |

*Yüzdeler "n" üzerinden hesaplanmıştır.

Tablo 3'e göre, hastaların risk puanları basınç ülseri gelişip gelişmeme durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermiştir ($U = 742.0$, $p < .05$). Basınç ülseri olan hastaların risk düzeyleri daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 4'e göre, hastaların risk puanları basınç ülseri gelişen bölge sayısına göre anlamlı bir farklılık göstermiştir ($X^2 = 14.3$, $p < .05$). Basınç ülseri gelişen bölge sayısı fazla olan hastaların risk düzeyleri daha yüksek bulunmuştur.

Ölçeğin Güvenirliğine İlişkin Bulgular

Araştırmada W-BÜRDÖ'nün sınıf içi korelasyon katsayısı 0.95 olarak hesaplanmıştır. Ölçek kategorik bir ölçüm yaptığından iki hemşirenin uygulamasında ne kadar uyum olduğuna bakılmış ve aralarındaki uyum yüzdesi hesaplanmıştır. W-BÜRDÖ'nün alt boyutları için her bir alt boyuta ilişkin iki gözlemcinin aynı hasta üzerinde verdikleri puanlar üzerinden gözlemciler arası uyum yüzdesi hesaplanmıştır. Araştırmaya 62 hemşire katılmıştır. Uyum yüzde değeri olarak, Beden Kitle İndeksi için uyum yüzdesi %91; Riskli Bölgelerdeki Deri Tipi %69.5; Cinsiyet-Yaş %100, Malnütrisyon Tarama Aracı-A sütunu %71; B" sütunu %75; C sütunu %87; Kontinans %92; Hareket %84; Doku Malnütrisyonu %74; Nörolojik Bozukluk %90; Majör Cerrahi veya Travma %98; İlaç Tedavisi %71 olarak hesaplanmıştır.

TARTIŞMA

W-BÜRDÖ'nün geçerliğine ilişkin tartışma

Araştırmamızda kullanılan W-BÜRDÖ'ye göre; 14-49 yaş grubu hastalar 1 risk puanı, 50-64 yaş grubu hastalar 2 risk puanı, 65-74 yaş grubu hastalar 3 risk puanı, 75-80 yaş grubu hastalar 4 risk puanı, 81 ve üzeri 5 risk puanı almaktadır. Benzer şekilde literatürde yaş ilerledikçe alınan puanın arttığına ilişkin olarak, Hoshowsky ve Schramm, 12

Tablo 2. Waterlow Basınç Ülseri Risk Değerlendirme Ölçeği'nin Risk Puanlarının Cinsiyete Göre Dağılımları

| Cinsiyet | N | \bar{X} | SS | t | p |
|----------|----|-----------|-----|------|------|
| Kadın | 65 | 20.1 | 7.2 | 5.01 | .001 |
| Erkek | 85 | 14.9 | 4.8 | | |

Tablo 3. Waterlow Basınç Ülseri Risk Değerlendirme Ölçeği'nin Risk Puanlarının Basınç Ülseri Gelişme Durumuna Göre Dağılımları

| Basınç Ülseri Gelişme Durumu | N | Sıra Ort. | Sıra Top. | U | p |
|------------------------------|-----|-----------|-----------|-------|------|
| Gelişen | 21 | 102.6 | 2156.0 | 742.0 | .001 |
| Gelişmeyen | 129 | 69.8 | 8870.0 | | |

Tablo 4. Waterlow Basınç Ülseri Risk Değerlendirme Ölçeği'nin Risk Puanlarının Basınç Ülseri Gelişen Bölge Sayısına Göre Dağılımları

| Basınç Ülseri Sayısı | N | Sıra Ort. | χ^2 | serbestlik derecesi | p |
|----------------------|-----|-----------|----------|---------------------|------|
| Yok | 134 | 71.1 | 14.3 | 3 | .002 |
| 1 | 13 | 111.8 | | | |
| 2* | 8 | 148.7 | | | |

*Üç bölgede basınç ülseri olan bir hasta bu gruba dahil edilmiştir.

yaş üstü 505 hastayla yaptıkları çalışmalarında; 40 yaşın altındaki hastalara göre 40 yaşın üstündeki hastalarda basınç ülserinin iki kat, 70 yaşın üstünde üç kat arttığını ortaya koymuşlardır³¹. İleri yaşın deri tabakalarındaki değişikliklerle beraber, basınç ülseri açısından bir risk faktörü oluşturması nedeniyle, ölçek risk puanında da artış gerçekleşmesi beklenmektedir.

Araştırma kapsamında her iki cinsiyet benzer sayıda bulunmakta olup, hastaların risk puanları cinsiyete göre anlamlı bir farklılık göstermiştir. Kadın hastaların risk düzeyi, erkek hastalara göre daha yüksektir (Tablo 2). W-BÜRDÖ'nün cinsiyet alt boyutunda kadın iki puan alırken erkek bir puan almaktadır. Literatürde benzer sonuçları içeren çalışmalar mevcuttur. Margolis ve arkadaşlarının ayakta tedavi olan hastalarda basınç ülseri risk faktörlerini inceledikleri çalışmalarında, 44.814 bayan hastanın %1.8'inde, 30.354 erkek hastanın %1.4'ünde basınç ülseri saptanmış olup, sonuçlar istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur³³. Ancak bulgularımızın tersine EPUAP'ın 2002-2004 yılları arasında uyguladığı basınç ülseri prevalans çalışmasında cinsiyet açısından gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır³⁴. Şahin ve arkadaşlarının 121 yoğun bakım hastası üzerinde yaptıkları basınç ülseri insidans çalışmasında; kadınların %41.6'sında, erkeklerin %58.4'ünde basınç ülseri geliştiği saptanmış, basınç

ülseri gelişimi ile cinsiyet arasında anlamlı bir istatistiksel farklılık bulunamamıştır³⁵. Kadınların anatomik farklılıklarından dolayı üriner inkontinans açısından daha fazla risk taşıması, bayan hastalarda sonucun anlamlı çıkmasında bir faktör olarak düşünülebilir.

Bu çalışmadaki örneklem grubunda ortalama 6 günde basınç ülseri geliştiği saptanmıştır (Tablo 1). Literatürde hastanede kalma süresi ile basınç ülseri gelişmesi açısından farklı sonuçlar mevcuttur. Carlson ve arkadaşları, W-BÜRDÖ'yü kullanarak yoğun bakım ünitesinde yatan hastalarda, basınç ülseri gelişme durumunu değerlendirdikleri çalışmalarında; basınç ülseri gelişen vakaların %82'sinde basınç ülserinin üniteye yatıştan yaklaşık 72 saat sonra ortaya çıktığını belirlemişlerdir³⁶. Hug ve arkadaşlarının çalışmalarında; basınç ülserinin oluşma süresini, ortalama 13.3 ± 13.1 gün olarak saptamış olup basınç ülseri gelişmesi ile yatış süreleri arasında anlamlı ilişki olduğunu belirtmişlerdir³⁷. Basınç ülserlerinin kısa sürede gelişiyor olması ve geliştikten sonra ilerlemesinin hızlı olması göz önünde bulundurulursa, oluşmadan önlenmesi için risk düzeyini belirlemek amacıyla risk değerlendirme ölçeği kullanılması önemlidir.

W-BÜRDÖ'nün güvenilirliğine ilişkin tartışma

W-BÜRDÖ'nün hastaların aldıkları toplam puanı temsil eden risk düzeyine göre güvenilirlik katsayısı olarak sınıf içi korelasyon katsayısı 0.95 olarak hesaplanmıştır (Tablo 5). İki değişken için hesaplanan korelasyon katsayısı (r_{yx}), -1.0 ile 1.0 arasında değişen değerler alabilir. Korelasyon katsayısının 1.00 olması, mükemmel pozitif bir ilişkiyi; -1.00 olması mükemmel negatif bir ilişkiyi; 0.00 olması ilişkinin olmadığını gösterir. Korelasyon katsayısının mutlak değer olarak, 0.70-0.99 arasında olması yüksek, 0.69-0.30 arasında olması orta, 0.29-0.01 arasında olması düşük düzeyde bir ilişki olarak tanımlanmaktadır³⁸. Bu çalışmada W-BÜRDÖ'nün güvenilirlik ölçütünü kabul edilebilir ölçüde karşıladığı görülmektedir. Literatürde bulgularımızı destekleyen çalışmalar mevcuttur. W-BÜRDÖ'nün korelasyon katsayısı; Kottner ve arkadaşlarının bildirdiğine göre²⁷, Hale ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada 0.97; Pang ve Wong'un yaptıkları çalışmada 0.99; Jalali ve Reza'i'nin 2005 yılında yaptığı çalışmada 0.95 olarak hesaplanmıştır³⁹.

W-BÜRDÖ'nün beden kitle indeksi alt boyutu için bağımsız gözlemciler arası uyum yüzdesi %91 olarak hesaplanmıştır (Tablo 6). Edwards'ın 40 yaşlı hasta üzerinde W-BÜRDÖ'nün güvenilirliğine ilişkin çalışmasında, beden kitle indeksi için uyum yüzdesi %78 olarak bulunmuştur⁴⁰. Bu çalışmada beden kitle indeksi için uyum yüzdesi literatür ile paraleldir.

Çalışmamızda Malnütrisyon Tarama Aracı (MTA) alt boyutu için uyum yüzdesi %71- %87 arasında değişen değerler almıştır. Literatürde W-BÜRDÖ'nün bir alt boyutu olan MTA'nın açıklamasının açık ve net olmamasından dolayı farklı yorumlamalara neden olacağı belirtilmektedir⁸. MTA'nın bu özelliğinin çalışmamızdaki düşük güvenilirlik oranında etkili olduğu düşünülmektedir. Literatürde bu alt boyutun düşük ve yüksek olduğunu gösteren çalışma sonuçları mevcuttur. Edwards'ın çalışmasında⁴⁰ uyum yüzdesi %93, Cook ve arkadaşlarının⁴¹ güvenilirlik çalışmasında medyan değeri 2.0, Kottner ve arkadaşlarının bildirdiğine göre; Hale ve arkadaşlarının çalışmasında ise medyan değeri 4.7 olarak saptanmıştır²⁷. Kottner ve arkadaşlarının bildirdiğine göre Cook ve Hale'in çalışmasında 0.1-2 medyan değeri yüksek uyumu, 2-4 medyan

Tablo 5. Waterlow Basınç Ülseri Risk Değerlendirme Ölçeği'nin Toplam Risk Puanına Göre Korelasyon Katsayısı Sonucu

| | Risk Puan 1 | Risk Puan 2 |
|------------------------|-------------|-------------|
| Risk Puan 1 Korelasyon | 1 | ,95*** |
| Sig. (2-tailed) | , | ,000 |
| N | 150 | 150 |
| Risk Puan 2 Korelasyon | ,95*** | 1 |
| Sig. (2-tailed) | , | ,000 |
| N | 150 | 150 |

Tablo 6. Waterlow Basınç Ülseri Risk Değerlendirme Ölçeği'nin Beden Kitle İndeksi İçin Bağımsız Gözlemciler Arası Uyum Yüzdesi

| | | 1. Gözlemci | | | | |
|-------------|---------------|-------------|---------------|------|---------------|-------|
| | | Normal | Normalin üstü | Obez | Normalin altı | Total |
| 2. Gözlemci | Normal | 57 | 3 | 0 | 0 | 60 |
| | Normalin üstü | 2 | 58 | 1 | 0 | 61 |
| | Obez | 0 | 0 | 21 | 0 | 21 |
| | Normalin altı | 1 | 0 | 0 | 7 | 8 |
| | Total | 60 | 61 | 22 | 7 | 150 |

değeri orta uyumu, 4-6 medyan değeri düşük uyumu göstermektedir²⁷. Korelasyon katsayısı bağlamında mutlak değer olarak, 0.70-0.99 arasında olması yüksek, 0.69-0.30 arasında olması orta, 0.29-0.01 arasında olması düşük düzeyde bir ilişki olarak tanımlanmaktadır. Literatürle benzer şekilde MTA alt boyutunun yüksek olmaması, MTA'nın anlaşılmasına bağlı farklı yorumlanmasından kaynaklanabileceğini düşündürmektedir.

W-BÜRDÖ'nün kontinans alt boyutu için uyum yüzdesi %92 olarak hesaplanmıştır. Edwards'ın çalışmasında⁴⁰ kontinans için uyum yüzdesini %85, Cook ve arkadaşlarının çalışmasında⁴¹ medyan değeri 1.0, Kottner ve arkadaşlarının²⁷ bildirdiğine göre Hale ve arkadaşlarının çalışmasında 0.7 olarak saptanmıştır. Sonuçlar literatür ile uyumludur.

W-BÜRDÖ'nün hareket alt boyutu için uyum yüzdesi %84 olarak hesaplanmıştır. W-BÜRDÖ'ye getirilen eleştirilerden biri de hareket alt boyutunun güvenilirliğine ilişkindir. Lyne ve arkadaşlarına göre hareket alt boyutunda hastanın sandalyeye bağımlı olduğu durumda en yüksek değer olan 5 puan verilir. Ancak obezite, kardiyak yetmezliği nedeniyle hareketi kısıtlanmış bir hastaya 3 puan verilmektedir. Oysa bu hastalar sandalyeye bağımlı olup pozisyon değiştirebilen bir hastaya göre ilave risk faktörlerini de taşımaktalar⁴². Edwards'ın çalışmasında⁴⁰ hareket için uyum yüzdesi %73, Cook ve arkadaşlarının çalışmasında⁴¹ medyan değeri 2.9, Kottner ve arkadaşlarının²⁷ bildirdiğine göre Hale ve arkadaşlarının çalışmasında medyan değeri 3.1 olarak saptanmıştır. Doku malnütrisyonu alt boyutu için uyum yüzdesi %74 olarak hesaplanmıştır. Bu oran uyumun iyi olduğunu göstermekle birlikte bulgularımızın

tersine Edwards'ın çalışmasında⁴⁰ uyum yüzdesi %90 olarak saptanmıştır. Çalışmamızda literatüre göre daha düşük sonuç elde edilmiştir. WBÜRDÖ'nün nörolojik bozukluk alt boyutu için uyum yüzdesi %90 olarak hesaplanmıştır. Edwards⁴⁰ uyum yüzdesini %88, Cook ve arkadaşları⁴¹ medyan değerini 0.2 olarak saptamışlardır. Çalışmamızda literatürle benzer sonuçlar elde edilmiştir.

Majör cerrahi veya travma alt boyutu için uyum yüzdesi %90 olarak hesaplanmıştır. Bu alt boyutun seçeneklerinin objektif ve anlaşılır olması bu oranda etkilidir. Cook ve arkadaşlarının çalışmasında⁴¹ medyan değeri 0.1, Kottner ve arkadaşlarının²⁷ bildirdiğine göre Hale ve arkadaşlarının çalışmasında 0.4 olarak saptanmıştır. Çalışmamızın sonucu literatür bulguları ile paralellik göstermektedir.

W-BÜRDÖ'nün ilaç tedavisi alt boyutu için uyum yüzdesi %71 olarak hesaplanmıştır. Papanikolaou ve arkadaşlarına göre W-BÜRDÖ'nün ilaç tedavisi alt boyutu açık ve net açıklanmadığından farklı yorumlamalara neden olabilmektedir¹³. Bu durum, çalışmada bu güvenilirlik oranının diğer alt boyutlara göre düşük çıkmasının nedeni olarak yorumlanmıştır. Bulgularımızın tersine Edwards'ın çalışmasında⁴⁰ güvenilirlik katsayısı 0.86, Cook ve arkadaşlarının çalışmasında⁴¹ medyan değeri 0.6, Kottner ve arkadaşlarının²⁷ bildirdiğine göre Hale ve arkadaşlarının çalışmasında 1.6 olarak saptanmıştır. İlaç tedavisi alt boyutunun yüksek olmaması, yorumlama içermesi açık ve net boyut puanlamalarının gerekliliğini göstermiştir.

Çalışmamızda en düşük uyum W-BÜRDÖ'nün riskli bölgelerdeki deri tipi alt boyutundan elde edilmiştir (%69.5). Bu değer, literatürde iyi uyum olarak belirtilen %70'in biraz altında ancak benzer amaçla yapılan çalışmalardaki değerlerin üzerindedir. Uyum yüzdesinin %70'in altında çıkmasının nedenleri olarak hemşirelerin deriyi değerlendirirken subjektif olmaları, birden fazla riskli bölgeyi işaretlemiş olmaları ve deri tipi hakkında farklı görüşlere sahip olmaları düşünülmüştür. Literatürde de W-BÜRDÖ riskli bölgelerdeki deri tipi için düşük güvenilirlik katsayısı açısından eleştirilmektedir¹³. Edwards'ın çalışmasında⁴⁰, riskli bölgelerdeki deri tipi için uyum yüzdesi %45, Cook ve arkadaşlarının⁴¹ 15 hasta üzerinde gerçekleştirdiği güvenilirlik çalışmasında medyan değeri 3.7, Kottner ve arkadaşlarının bildirdiğine göre Hale ve arkadaşlarının 52 hasta üzerinde yaptığı çalışmada medyan değeri 2.5 olarak hesaplanmıştır²⁷. Literatüre benzer olarak, düşük uyum yüzdesiyle riskli bölgelerdeki deri tipi alt boyutu hemşirelerin yorumlarına dayanması, deri değerlendirmesinde objektif yaklaşımın sağlanması gerekliliğini göstermiştir.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu araştırmada, W-BÜRDÖ'nün Türkçe uyarlaması, geçerlik ve güvenilirliği yapılmıştır. W-BÜRDÖ'nün yapılan istatistiksel analizler sonucunda geçerlik ve güvenirliliğinin sağlandığı ve Türk toplumunda kullanılabileceği saptanmıştır. Araştırma sonucuna göre; W-BÜRDÖ'nün risk değerlendirme ölçeği olarak kliniklerde kullanılması ve geçerlik ve güvenilirlik çalışmasının farklı örneklem gruplarıyla ve Braden ve Norton basınç ülseri risk değerlendirme ölçekleriyle karşılaştırılarak tekrarlanması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Tel H, Özden D, Güneş Çetin P. Yatağa bağımlı hastalarda basınç yarası gelişme riski ve hemşirelerin bu hastalara uyguladıkları önleyici bakım. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 2006; 1(2): 35-45.
2. Defloor T, Grypdonck M. Pressure ulcers: validation of two risk assesment scales. Journal of Clinical Nursing 2005; 14: 373-382.
3. Brandeis GH, Berlowitz DR, Katz P. Are pressure ulcers preventable? A survey of experts. Adv. in Skin & Wound Care 2001; 14: 244-248.
4. Maida V, Ennis M, Christopher K. Clinical Parameters associated with pressure ulcer healing in patients with advanced illness. Journal of Pain and Symptom Management. 2014; 47(6): 1035-1042.
5. Dellefield ME, Magnabosco J. Pressure ulcer prevention in nursing homes: Nurse descriptions of individual and organization level factors. Geriatric Nursing 2014; 35:97-104.
6. Sving E, Idvall E, Gunningberg L. Factors contributing to evidence-based pressure ulcer prevention. A cross-sectional study. International Journal of Nursing Studies 2014; 51: 717-725.
7. Mallah Z, Nassar N, Badr L. The effectiveness of a pressure ulcer intervention program on the prevalence of hospital acquired pressure ulcers: Controlled before and after study. Applied Nursing Research 2015; 28: 106-113.
8. Waterlow J. Prevention is cheaper than cure. Nursing Times 1988; 22(84):69-70.
9. Waterlow J. Pressure sores: A risk assessment card. Nursing Times 1985; 81:49-55.
10. Ayello EA, Braden B. How and why to do pressure ulcer risk assessment. Advances in Skin & Wound Care 2002; 15:125-131.
11. Schoonhoven L, Defloor T, Grypdonck MHF. Incidence of pressure ulcers due to surgery. Journal of Clinical Nursing 2002; 11:479-487.
12. Aşvar P. Hemşirelerin Braden ve Waterlow basınç ülseri risk değerlendirme ölçekleri'ne ilişkin görüşleri. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara. 2012.
13. Papanikolaou P, Lyne P, Anthony D. Risk assesment scales for pressure ulcers: A methodological review. International Journal of Nursing Studies 2007; 44:285-296.
14. Aksayan S, Gözüm, S. Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber I: Ölçek uyarlama aşamaları ve dil uyarlaması. Hemşirelik Araştırma Dergisi 2002; 4(1): 9-14.
15. Karadağ A. Basınç ülserleri: değerlendirme, önleme ve tedavi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2003; 7(2):41-46.
16. Oğuz S, Olgun N. Braden Ölçeği ile Hastaların risklerinin belirlenmesi ve planlı hemşirelik bakımının bası yaralarının önlenmesindeki etkinliğinin saptanması. Hemşirelik Forumu Dergisi 1998; (3)1:131-135.
17. Pınar R. Oğuz S. Norton ve Braden Bası Yarası Değerlendirme Ölçeklerinin yatağa bağımlı aynı hasta grubunda güvenilirlik ve geçerliliklerinin sınanması. VI. Ulusal Hemşirelik Kongre Kitabı 1998; 172-175.
18. Ramanelli M. Science and Practice of Pressure Ulcer Management. Chapter 4 and Chapter 8. Springer-Verlag London Limited 2006.
19. Beğer T. Yoğun bakımda dekübit ülserleri: Risk faktörleri ve önlenmesi. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp fakültesi. Yoğun Bakım Dergisi 2004; 4(4).244-253.
20. Sümbüloğlu K, Sümbüloğlu V. Biyoistatistik. Hatiboğlu Basım.9.Baskı; 2006. s.265-267.
21. Şencan H. Sosyal ve davranışsal ölçümlerde güvenilirlik ve geçerlilik. Ankara: Seçkin Yayınevi. 1.Baskı; 2005. s.107-113, s.166-169, s.381-390.
22. Waterlow Score Card.[online]. [19.10.2011]. Elektronik adresi : <http://www.judy-waterlow.co.uk/the-waterlow-score-card.htm>

23. Ayello EA, Thomas DR, Litchford MA. Nutritional aspects of wound healing home healthcare nurse. *Wound Care* 1999; 17(11): 719-729.
24. Takahashi PY, Kiemele LJ, Jones JP. Wound care for elderly patients: Advances and clinical applications for practicing physicians. *Mayo Clin. Proc.* 2004; 79: 260-267.
25. Capon A, Pavoni N, Mastromattei A, Di Lallo D. Pressure ulcer risk in long-term units: prevalence and associated factors. *Journal of Advanced Nursing* 2007; 58: 263-272.
26. Sayar S, Turgut S, Doğan H, Ekici A, Yurtsever S, Demirken F ve ark. Incidence of pressure ulcers in intensive care unit patients at risk according to the Waterlow scale and factors influencing the development of pressure ulcers. *Journal of Clinical Nursing* 2008; 18: 765-774.
27. Kottner J, Tannen A, Dassen T. Inter-and intrarater reliability of the Waterlow pressure sore risk scale: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies* 2009; 46:369-379.
28. Hidalgo P, Fernandez P, Lopez I, Alvarez C. Risk assessment scales for pressure ulcer prevention: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing* 2005; 94-110.
29. Erefe İ. Hemşirelikte Araştırma İlke, Süreç ve Yöntemler. İstanbul: Odak Ofset. 2002. s.169- 187.
30. Karip E, Demircioğlu G, Çepni S, Bayrakçeken S, Yılmaz A, Yücel C ve ark. Ölçme ve Değerlendirme. *Pegem Akademi. 3. Baskı* 2009. s.91-101.
31. Hoshowsky VM, Schramm CA. Intraoperative pressure sore prevention: an analysis of bedding materials. *Research in Nursing & Health* 1994; 17: 333-39.
32. Chalian AA, Kagan SH. Backside first in head and neck surgery?: Preventing pressure ulcers in extended length surgeries. *Head & Neck* 2001; 23:25-28.
33. Margolis D, Knaus J, Bilker W, Baumgarten M. Medical conditions as risk factors for pressure ulcers in an outpatient setting. *Age and Ageing* 2003; 32:259-264.
34. Gunninberg L. The EPUAP Pressure Ulcer Prevalence Survey – A comparison between data collected in 2002 and 2004. *J. Wound Ostomy Continence Nurs.* 2006; 33(258): 3.
35. Shahin SM, Dassen T, Halfens JG. Incidence, prevention and treatment of pressure ulcers in intensive care patients: A longitudinal study. *International Journal of Nursing Studies* 2009; 46:413-421.
36. Carlson EV, Kemp M, Shott S. Predicting the risk of pressure ulcers in critically ill patients. *American Journal of Critical Care* 1999; 8(4): 262-269.
37. Hug E, Ünalın H, Karamehmetoğlu SS, Tüzün S, Gürgöze M, Tüzün F. Bir eğitim hastanesinde bası yarası prevalansı ve bası yarası gelişiminde etkili risk faktörleri, *Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi* 2001; Aralık sayısı.
38. Büyükoztürk Ş, Çakmak E, Akgün Ö, Karadeniz Ş, Demirel F. Bilimsel Araştırma Yöntemleri, *Pegem Akademi. 8.Baskı*; 2011.s.109-117.
39. Jalali R, Rezaie M. Predicting pressure ulcer risk: comparing the predictive validity of 4 scales. *Advances in Skin and Wound Care* 2005; 18 (2): 92-97.
40. Edwards M. Reliability of the Waterlow Score: The author replies. *Journal of Wound Care* 1995; 4(10):475-87.
41. Cook M, Hale C, Watson B. Interrater reliability and the assessment of pressure-sore risk using an adapted Waterlow Scale. *Clinical Effectiveness in Nursing* 1999; 3(2):66-74.
42. Lyne P, Papanikolaou P, Lycett E. Pressure sore assesment and prevention: the need for change. *Clinical Effectiveness in Nursing* 1999; 3(3):136-138.

Human Papilloma Virus Aşısı Bir Üniversite Hastanesi Hemşireleri İçin Ne İfade Ediyor?

What Does Human Papilloma Virus Vaccine Mean to University Hospital Nurses?

(Araştırma)

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2016, 3(3), 16–27

Nüket ERBAYDAR¹, Nesrin ÇİLİNGİROĞLU¹, Can KESKİN¹, Merve ALTUNBAŞ², Elif ARSLANOĞLU², Orkun AYDIN², Esra ÇETİN², Gülsüm Gamze GÜNDÜZ²

¹Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

²Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara, Türkiye

Geliş Tarihi: 06 Ocak 2015

Kabul Tarihi: 01 Temmuz 2016

ÖZ

Amaç: Bu çalışmada, bir üniversitenin hastanelerinde çalışan hemşirelerin serviks kanseri ve Human Papilloma Virus (HPV) aşısı hakkındaki mesleki bilgi ve uygulamalarının, HPV aşısına yönelik algılarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı karşılaştırmalı tipteki bu araştırmanın evrenini üç hastanede çalışan 528 kadın hemşire oluşturmuştur. Araştırma 246 hemşirenin katılımı ile tamamlanmıştır (%46,5). Çalışmanın verileri 33 soruluk bir anket formu ile toplanmıştır. Verilerin analizinde değişkenlerin yüzde dağılımları, ortalama ve yaygınlık ölçütleri hesaplanmış, değişkenler arası farklılıklar Ki-kare testi, Mann Whitney-U testi ve Kruskal Wallis testi ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya katılan hemşirelerin %89,9'u HPV aşısının yan etkisini, %76,2'si doz sayısını, %83,5'i doz şemasını, %72,5'i uygulama yolunu bilmemektedir. Hemşirelerin %73,5'i HPV aşısı yaptırma konusunda ya olumsuz düşünmekte ya da kararsızdır. Hemşirelerin %6,5'i HPV aşısına yönelik danışmanlık vermiş, %5,7'si ise en az bir kez HPV aşısı uygulamıştır.

Sonuç: Hastanelerde hizmet içi eğitimlerde konu ile ilgili gerekli bilgilerin ve aşıya yönelik danışmanlık eğitimlerinin verilmesiyle hemşirelerin HPV aşısıyla ilgili bilgi ve uygulamalarının geliştirilmesi, aşıya yönelik daha olumlu düşüncelere sahibi olmalarının desteklenmesiyle aşının öneminin toplum tarafından anlaşılmasına, toplumda serviks kanseri sıklığının azaltılmasına katkı sağlanabilecektir.

Anahtar Kelimeler: Cinsel yolla bulaşan hastalıklar, hemşire, Human Papilloma Virüs aşısı, kanser

ABSTRACT

Aim: In this study, determining professional knowledge and practice of nurses working in hospitals of a university about cervix cancer and Human Papilloma Virus (HPV) vaccine, and their perceptions towards HPV vaccine was aimed.

Material and Methods: The population of this descriptive comparative study was composed of 528 woman nurses who were working in three hospitals. The study was completed with the participation of 246 nurses (%46.5). The data of the study were obtained via a questionnaire including 33 questions. In data analysis, the percentage distributions, mean and tendency measures were calculated and the differences between variables were analyzed by Chi-square test, Mann Whitney-U test and Kruskal Wallis test.

Results: Of the participant nurses, 89.9% didn't know the side effects of HPV vaccine, 76.2% didn't know the number of doses, 83.5% didn't know the scheme of dose and 72.5% didn't know the route of administration. Of the nurses, 73.5% were uncertain or had negative perceptions about having vaccine. Of the nurses, 6.5% had provided consultation about HPV vaccine and 5.7% administered HPV vaccination at least once.

Conclusion: Developing nurses' knowledge and practices towards HPV vaccine by providing necessary information and counseling education towards the vaccine during in-service trainings in hospitals, supporting more positive opinions towards the vaccine may contribute better understanding towards the importance of the vaccine and reducing frequency of cervix cancer in society.

Key Words: Cancer, Human Papilloma Virus vaccine, nurse, sexually transmitted diseases

GİRİŞ

Human Papilloma Virus (HPV) esas olarak cinsel yolla (vajinal, anal, oral) bulaşır. Koruyucu önlem alınmaması ilk cinsel aktivite sonrası dahi HPV bulaşmasına neden olabilir. HPV'nin yüzden fazla tipi bulunur. Bu viruslar kansere yol açma özellikleri açısından düşük ve yüksek riskli olarak gruplanır. Düşük riskli HPV'ler vücudun farklı bölgelerinde siğillere (condylomata accuminata) yol açar ancak kanser yapmazlar. Yüksek riskli grupta yer alan ve vücutta inatçı enfeksiyonlara yol açan HPV'nin 13 türü tedavi edilmez ise uzun vadede kanser gelişimine yol açabilir. HPV enfeksiyonları penis, vulva, vajina, anüs, ağız ve orofarenksde kanser öncesi lezyonlara ve kanserlere, genital bölge, el, ayak ve diğer vücut bölgeleri ile ilgili siğillere ve yenidoğanda respiratuvar papillomatozis gibi hastalıklara neden olabilmektedir^{1,2}. HPV'nin 16 ve 18 genotipleri servikal kanserle en fazla ilişkili tiplerle olmakla birlikte 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59 ve 66 genotipleri de kansere neden olma özellikleri açısından yüksek riskli genotiplerdir^{1, 2}.

Serviks kanseri kadınlar arasında sık görülen ve ölümlere yol açan önemli bir halk sağlığı ve kadın sağlığı sorunu olma özelliğini günümüzde de korumaktadır. Dünyada 2012 yılında yaklaşık 445000 serviks kanseri olgusu ortaya çıkmış ve serviks kanserine bağlı yaklaşık 270 000 ölüm olmuştur³. Serviks kanseri alt ve orta gelir grubu ülkelerde yaşayan kadınların sorunudur ve kanser olgularının %85'i yoksul ülkelerde görülmüştür. Örneğin, Asya'daki düşük ve orta gelirli ülkeler ile Afrika ve Latin Amerika'da, kadınlar arasındaki erken ölümlerin en önemli nedenlerinden biridir. Türkiye'de 2010 yılında serviks kanseri insidansı %4 olarak belirlenmiş olup T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumu Kanser Savaş Dairesi Başkanlığına göre en sık görülen sekizinci kanser türüdür⁴. Bu veriler birçok ülkede HPV'ne bağlı gelişen

serviks kanserine yönelik hem korunmanın hem de erken tanıyla ilgili uygulamaların yetersiz olduğunu göstermektedir¹.

HPV'nin neden olduğu enfeksiyonlardan korunmak amacıyla bireysel düzeyde kullanılabilir tek yöntem kondom olmakla beraber, diğer bazı önlemlerle de enfeksiyon riski azaltılabilmektedir. Bu önlemler arasında ilk cinsel ilişki yaşının geciktirilmesi ve birlikte olunan cinsel partner sayısının azaltılmasının yanı sıra tüm kanserlerde olduğu gibi sigara kullanımının önlenmesi sayılabilir⁵ HPV enfeksiyon riski cinsel ilişkinin başlama yaşı ile doğrudan ilişkilidir. Bu dönemden önce enfeksiyona karşı etkili, güvenilir ve uygulanabilir bir aşı olan HPV aşısı ile bağışıklamanın sağlanması korunmada oldukça etkilidir³ Amerikan Bağışıklama Uygulamaları Danışma Komitesi (The Advisory Committee on Immunization Practices-ACIP) kız çocuklarının rutin olarak 11-12 yaş civarında aşılanmasını, hatta bu sınırın dokuz yaşa çekilmesini önermektedir. Hedef yaş gruplarında yer alan tüm kişilerin önceki aşılanma ve hastalık durumlarına bakılmaksızın aşılandığı catch-up aşılması ile kız çocukları ve kadınlara 13-26 yaş arasında aşı uygulanması da ACIP tarafından önerilmektedir⁵.

Yapılan çalışmalarda aşı uygulandığında önemli yan etkilerinin bulunmadığı, uygulanan bölgede kızarıklık, şişlik ve ağrının daha çok lokal yan etkiler olduğu belirlenmiş olup, önceden HPV enfeksiyonu ile karşılaşmış kişilerde aşının koruyucu özelliğinin düşük olduğu ve enfeksiyonu almış kişilerin tedavi edilmesi yönünden aşının yararlı etkisi olmadığı sonucuna varılmıştır^{1,6}.

HPV aşısının rutin olarak uygulanması serviks kanserinin insidans ve mortalitesinde önemli düşüşler sağlayabilir. Aşı uygulanması ile serviks kanseri insidansının azalmasına bağlı olarak, izlenen anormal smear sayısında, kolposkopi ve biyopsi gibi ileri tanı hizmetlerine yönlendirilen hasta sayısında ve serviks kanseri olan hastaların tedavi hizmetlerinin maliyetinde azalmalar olabilir. Pap smear taraması yaptırmayan kadınlardaki serviks kanseri görülme sıklığı da azalabilir⁷.

Türkiye'de HPV aşısının uygulanması ile ilgili bazı sorunlar bulunmaktadır. Bu sorunların başında tek doz aşının eczanelerdeki satış fiyatının yüksekliği ve üç doz yapılması nedeniyle maliyetinin yüksekliği⁷. Yapılan çalışmalarda da aşının koruyuculuk düzeyinin %90 civarında olup beş yıl etkili oluşu nedeniyle, aşı uygulanan kişilerin tarama yaptırmaya devam etmeme, aşı uygulanan kişilerde güvensiz cinsel ilişkilerin artması, aşının toplum tarafından kabul görmeme gibi önemli sorunlara yol açabilme olasılıklarından bahsedilmektedir⁷. HPV aşısı Türkiye'de halen uygulanmakta olan Sağlık Bakanlığı Ulusal Aşı Programı kapsamında değildir ve bedeli de Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından karşılanmamaktadır.

Serviks kanseri hakkında bilgi düzeyi en yüksek ve en bilinçli kişilerin sağlık çalışanları olması doğal bir beklentidir. Toplumda olumlu sağlık davranışlarının geliştirilmesinde sağlık çalışanlarının, özellikle hemşirelerin bilgi, mesleki uygulamaları ve yaklaşımları oldukça önemlidir. Hemşireler kendi sağlıklarının yanı sıra bakım verdikleri bireylerin sağlığını koruma ve geliştirme sorumluluğu taşımaktadırlar⁸ HPV aşısı konusunda gerekli bilgi ve beceriye sahip hemşireler, hizmet sundukları kişilerde serviks kanseri risk faktörlerini izler, saptar, birey ve ailesine yönelik eğitim, danışmanlık ve yönlendirme yapabilirler⁹ Bağışıklamada temel personel konumundaki hemşirelerin, aşıların koruyuculuğunu, ne zaman, hangi dozda ve nasıl uygulanacağını bilmeleri, olabilecek komplikasyonları tanıyabilmeleri, aşıların soğuk zincir kurallarına uygun

olarak saklanmasına özen göstermeleri ve bağışıklama konusunda halkla iletişim kurarak onları eğitmeleri bağışıklama hizmetlerinin başarısını artırmaktadır^{10, 11, 12}

Bu çalışmada, bir üniversitenin tıp fakültesi hastanelerinde çalışan hemşirelerin serviks kanseri ve HPV aşısı hakkındaki bazı bilgilerinin ve mesleki uygulamalarıyla HPV aşısına yönelik bazı düşüncelerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ ve YÖNTEM

Araştırmanın tipi ve yapıldığı yer ve zamanı

Araştırma, Kasım-Aralık 2012 tarihlerinde bir tıp fakültesinin hastanelerinde (onkoloji hastanesi, erişkin hastanesi ve çocuk hastanesi) yapılmış tanımlayıcı karşılaştırmalı tipte bir çalışmadır.

Araştırmanın evreni ve çalışma grubu

Araştırmanın evrenini bir üniversitenin eğitim ve araştırma hastanelerinin yoğun bakım, ameliyathane ve acil servisleri dışında kalan bölümlerinde çalışan 528 kadın hemşire oluşturmuştur. Bu çalışmada örnek seçilmemiş, araştırmanın yapıldığı dönemde iş başında olan ve araştırmaya katılmayı kabul eden bütün hemşireler çalışmaya alınmıştır. Hemşirelerden 137'sine çalışmanın yapıldığı dönemde izinli olmaları nedeniyle ulaşılamamış, ulaşılan 393 hemşireden de, 246'sı araştırmaya katılmayı kabul etmiştir. Araştırmaya katılım düzeyi %46,5 olmuştur.

Veri toplama aracı

Araştırmanın veri toplama aracı araştırmacılar tarafından literatüre dayalı olarak geliştirilen 33 soruluk bir anket formudur. Anket formunda yer alan sekiz soru hemşirelerin sosyodemografik özelliklerini, 11 soru HPV ile ilgili bazı algı ve düşüncelerini ve dokuz soru bazı uygulamalarını belirlemeye yöneliktir. Anket formunun aşıyla ilgili bilgileri içeren bölümü ise dokuz sorudan oluşmaktadır. Anket formu, çalışmanın yapıldığı hastaneye benzer başka bir hastanede yapılan çalışma ile denenmiş, gerekli değişiklikler yapıldıktan sonra uygulanmıştır.

Araştırma etiği

Bu araştırmanın yapılabilmesi için üniversitenin Klinik Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan ve Sağlık Hizmetleri Birimleri Yönetim Kurulu Başkanlığı ve Hemşirelik Hizmetleri Direktörlüğü'nden yazılı izin alınmıştır. Hemşirelere anket formu verilmeden önce araştırmanın amacı ve içeriği konusunda bilgi verilmiş, katılmayı kabul edenler araştırmaya dahil edilmiş, isimleri sorulmamıştır.

Verilerin toplanması

Hemşirelere çalıştıkları servislerde ulaşılmış, anket formlarını kendi kendilerine doldurmaları beklenmiş ve formlar doldurulduktan sonra geri alınmıştır.

Verilerin analizi

Araştırmanın verileri SPSS 16.0 istatistik paket programı kullanılarak bilgisayara yüklenmiştir. Katılımcıların bilgi sorularına verdiği her doğru yanıtı “1 puan”, “yanlış” ve “bilmiyorum” yanıtına “0 puan” verilerek toplam “9 puan” üzerinden bilgi puanları hesaplanmıştır. Analizde değişkenlerin yüzde dağılımları, ortalama ve yaygınlık ölçütleri hesaplanmış, değişkenler arası karşılaştırmalar Ki-kare testi, Mann Whitney-U testi ve Kruskal Wallis testleri kullanılarak yapılmıştır.

Araştırmanın sınırlılığı

Araştırmanın yanıt hızının beklenenden düşük olması, hedef hemşire grubunun tamamına dair çıkarımda bulunulmasına imkan vermemektedir.

BULGULAR

Çalışmaya hemşirelerin yaklaşık yarısı katılmıştır (%46,4) ve katılanların yaş ortalamaları $34,2 \pm 8,0$ 'dır (Alt-üst sınır=22-63, ortanca=32). Hemşirelerin %37,8'i 30-39 yaş grubunda, %61,3'ü üniversite mezunu, %61,8'i evlidir. Katılımcıların %54,1'inin en az bir çocuğu olup, %47,8'i kız çocuk sahibidir. Hemşirelerin %57,7'si erişkin, %26,8'i çocuk, %15,4'ü de onkoloji hastanesinde çalışmaktadır. Araştırmaya katılanların meslekte çalışma sürelerinin ortalaması $149 \pm 106,5$ aydır (alt-üst sınır=14-486 ay, ortanca=120 ay), %24,1'i de beş yıldan daha az süredir çalışmaktadır.

Hemşirelere HPV aşısı ile ilgili “doğru”, “yanlış”, “bilmiyorum” seçenekleri bulunan dokuz bilgi sorusu yöneltilmiştir. Tablo 1’de görüldüğü üzere, hemşireler tarafından en iyi bilinen konu HPV’nin cinsel yolla bulaştığıdır (%93,1). En az bilinen konu ise HPV aşısının Sağlık Bakanlığı Aşı Programı kapsamında olup olmadığıdır (%58,1). HPV aşısının rahim ağzı kanserinden koruyucu özelliği olduğunu hemşirelerin %83,3'ü bilmektedir. HPV bulaşmasından kondom gibi bariyer yöntemlerle korunulabileceğini hemşirelerin %75,2’si doğru bilmektedir. Hemşirelerin bilgi puanı ortalaması $6,7 \pm 2,1$ [GA=6,5-7,0], ortancası 7 olup en düşük bilgi puanı 0, en yüksek bilgi puanı 9 olmuştur. Hemşirelerin %2,0’i (5 kişi) hiç bir soruya doğru yanıt verememiş, %19,5’i (48 kişi) tüm soruları doğru yanıtlamıştır. Hemşirelerin %10,2’si (25 kişi) 0-3 puan aralığında, %24’ü (59 kişi) 4-6 puan aralığında, %65,8’i (162 kişi) 7-9 puan aralığında puan almıştır.

Çalışmada, hemşirelerin HPV aşısı ile ilgili algıları da değerlendirilmiştir. Bu kapsamda araştırmacılar tarafından geliştirilen önermelerden bazıları içerikleri itibarıyla, örneğin aşının uygulaması önerilen yaş aralığının dışında olma ve kız çocuğu sahibi olmama gibi nedenlerle bazı hemşireler için uygun olmadıklarından, atlanabilmeleri için katılımcılara “Bu cümlemin benimle ilgisi yok” seçeneği sunulmuştur. Bu nedenle her önermeye verilen yanıt sayıları birbirinden farklıdır. Tablo 2’de görüldüğü gibi, hemşirelerin %73,5’i HPV aşısı yaptırma konusunda ya olumsuz düşünmekte ya da kararsızdır. HPV aşısının fiyatının daha ucuz olması halinde aşığı yaptıracaklarını belirtenlerin payı %53,9 iken, aşı yaptırma düşüncesi sağlık sigortası kapsamına girmesi halinde bile çok fazla olumlu yönde değişmemekte, aşının sağlık sigortası kapsamına alınması durumunda aşığı yaptırmak isteyenlerin payı %57,0’a çıkmaktadır. Katılımcıların %17,3’ü aşının kişileri genç yaşta riskli cinsel ilişkiye yönlendirebileceğini

Tablo 1. Araştırmaya katılan hemşirelerin Human Papilloma Virus enfeksiyonu konusundaki bazı bilgileri *

| Bilgiler [n=246] | Doğru Yanıt Verenler | |
|--|----------------------|------|
| | n | % |
| HPV enfeksiyonu cinsel yolla bulaşan bir hastalıktır. [D] | 229 | 93,1 |
| HPV enfeksiyonundan oral kontraseptif ve aylık enjeksiyon gibi doğum kontrol yöntemleri ile korunulabilir. [Y] | 201 | 81,7 |
| HPV enfeksiyonundan prezervatif gibi bariyer yöntemler ile korunabilir. [D] | 185 | 75,2 |
| HPV enfeksiyonu genital siğil yapabilir. [D] | 164 | 66,7 |
| HPV aşısının rahim ağzı kanserinden koruyucu özelliği vardır. [D] | 205 | 83,3 |
| HPV aşısı cinsel yolla bulaşan bütün hastalıklara karşı koruma sağlar. [Y] | 192 | 78,0 |
| HPV aşısı yapılmış kadınlarda PAP smear yöntemiyle tarama gereksizdir. [Y] | 181 | 73,6 |
| HPV aşısı uygulaması için önerilen yaş grubu 9-26 yaş grubudur. [D] | 153 | 62,2 |
| HPV aşısı Sağlık Bakanlığı aşı programındadır. [Y] | 143 | 58,1 |

*Doğru ve yanlış cevaplar parantez içinde belirtilmiştir.

Tablo 2. Araştırmaya katılan hemşirelerin Human Papilloma Virus Aşısına ilişkin bazı düşünceleri (%)

| Düşünceler | Katılmayan | Kararsız | Katılan |
|---|------------|----------|---------|
| HPV aşısının etkili olduğu yaş grubundayım, HPV aşısı yaptırırım, (n=151) | 33,8 | 39,7 | 26,5 |
| HPV aşısının etkili olduğu yaş grubunda olsa kızıma HPV aşısı yaptırırım, (n=225) | 15,1 | 35,6 | 49,3 |
| HPV aşısı sağlık sigortası kapsamına alınması durumunda HPV aşısı yaptırırım, (n=233) | 14,2 | 28,8 | 57,0 |
| HPV aşısının fiyatı daha ucuz olması durumunda HPV aşısı yaptırırım, (n=230) | 14,4 | 31,7 | 53,9 |
| HPV aşısı genç yaşta riskli cinsel ilişkiye yönlendirebileceği için adölesanlara yapılmasını önermem, (n=237) | 55,3 | 27,4 | 17,3 |
| HPV aşısı yaptırmış olsam bile düzenli jinekolojik muayenelerimi, pap smear taramalarımı yaptırırım, (n=230) | 10,4 | 12,6 | 77,0 |
| HPV aşısı zorunlu olsa bile kendime/çocuğuma yaptırmam, (n=240) | 65,8 | 28,0 | 6,2 |

düşünmektedir. Hemşirelerin kız çocuklarının yaşlarını bilmememiz ve hemşirelerin HPV aşısı için uygun yaş aralığını bilmiyor olabileceği araştırmamızın kısıtlı yönlerindedir. Ayrıca, HPV aşısı zorunlu olsa bile, kendime/çocuğuma yaptırmam diyenlerin payının %6,2 olması HPV aşısına karşı belirgin bir direnç bulunmadığını göstermektedir. HPV aşısının etkili olduğu yaş grubunda kıza HPV aşısı yaptırmak isteyenlerin ise grubun %49,3'ü olduğu görülmüştür. Çalışmamızda HPV aşısı yaptırmış olsa bile düzenli jinekolojik muayene ve PAP smear taraması yaptırılmasını destekleyenlerin oranı %77,0'dır.

Hemşirelerin bilgi puanlarının ortalamasına bakıldığında öğrenim durumu, meslekte çalışma süresi, çalışılan hastane, daha önce HPV konusunda danışmanlık vermiş olma gibi değişkenlerin dokuz soruluk bilgi grubundan alınan puanları etkilemediği görülmüştür [Tablo 3]. Sadece 20-29 yaş grubundaki hemşirelerin bilgi puanı ortalamasının diğer yaş gruplarındaki hemşirelere göre daha düşük olduğu bulunmuştur (6,3±2,1) (p<0,05). Aşıyla ilgili bilgiye ulaşma yolu ile toplam bilgi puanı ortalaması karşılaştırıldığında, bu konuda herhangi bir eğitim almayanların puan ortalaması 4,7±2,7; mezuniyet öncesi eğitimde bilgi alanların bilgi puanı ortalaması 6,9±1,8; meslek içi eğitimde bilgi alanların bilgi puanı ortalaması 7,4±1,6; internet, medya vb. yollarla bilgi alan grubun bilgi puanı ortalaması ise 7,3±1,7'dir. Bunlar dışında diğer seçeneğini işaretleyen grubunun (arkadaş ortamından, doktordan, farmakolojik ilaç rehberinden, klinik uygulamalardan, ilaç mümessilinden) bilgi puanı ortalaması 6,5±1,4 olarak bulunmuştur. Aşıyla ilgili bilgiye ulaşma yolu ile bilgi puanı ortalaması arasında fark vardır (KW=38,663, p<0,0001, fark bu konuda herhangi bir eğitim almayan gruptan kaynaklanmaktadır). Hemşirelerin HPV ile ilgili bilgiye ulaşmada temel başvuru kaynağı internet ve medyadır. Bunu ikinci sırayla meslek içi eğitim takip etmektedir. Dokuz soruluk bilgi bölümünden, aşıyla ilgili herhangi bir kaynaktan bilgi edinmiş olanlar, hiç bilgi almamış olanlara göre belirgin şekilde daha yüksek puan almıştır. Hemşirelerin %6,5'i HPV aşısı ile ilgili danışmanlık vermiş, sadece %5,7'si ise en az bir kez HPV aşısı uygulamıştır. Hemşirelerin büyük bir kısmı ise aşının yan etkisini, doğru doz sayısını, doz şemasını ve uygulama yolunu bilmemektedir (sırasıyla %89,9, %76,2, %83,5 ve %72,5).

"HPV aşısı zorunlu olsa bile kendime/çocuğuna yaptırmam" önermesine verilen yanıtlar ile bilgi puanı ortalamaları karşılaştırıldığında "katılıyorum" cevabını veren hemşirelerin ortalaması 5,8±2,5, "kararsızım" cevabını verenlerin ortalaması 6,4±2,5, "katılmıyorum" cevabını verenlerin ortalaması ise 7,0±1,7 olup istatistiksel yönden anlamlı değildir. (KW=4,431, p=0,109) Hemşirelerden aşı zorunlu olsa bile kendime/çocuğuma yaptırmam düşüncesinde olanların en düşük bilgi puanına sahip oldukları görülmektedir [Tablo 3].

Zorunlu olsa bile kendine/çocuğuna HPV aşısı yaptırmayacak olan hemşirelerden %28,6'sı bu konuda kararsız olanların %26,9'u; bu önermeye katılmayanların %12,4'ü HPV aşısının genç yaşta riskli cinsel ilişkiye yönlendirebileceği için adölesanlara yapılmasını tavsiye etmeme önermesine katılmıştır (KW=31,774, p<0,0001) [Tablo 4].

TARTIŞMA

Uluslararası Kanser Araştırma Merkezi (International Agency for Research on Cancer; IARC) tarafından kesinlikle serviks, vulva, vajina, penis, anüs, oral kavite ve orofarenks

Tablo 3. Araştırmaya katılan hemşirelerin bazı özelliklerine göre toplam bilgi puanlarının dağılımı

| Özellik | Bilgi puanı Ortalama±SS | Bilgi puanı Ortancası | İstatistik Analiz |
|---|-------------------------|-----------------------|---------------------------------|
| Yaş grubu | | | |
| 20-29 | 6,3±2,1 | 7,0 | * $\chi^2 = 9,558$ P=0,023 |
| 30-39 | 6,8±2,0 | 8,0 | |
| 40-49 | 7,2±2,1 | 8,0 | |
| 50 ve üzeri | 6,8±2,0 | 7,0 | |
| Öğrenim durumu | | | |
| Lise-Ön Lisans | 6,6±2,3 | 7,0 | **M-WU=-6259,500 P= 0,627 |
| Üniversite ve üzeri | 6,8±2,0 | 7,0 | |
| Meslekte çalışma süresi | | | |
| 12-60 ay | 6,5±2,1 | 7,0 | * $\chi^2 = 2,363$ P=0,501 |
| 61-120 ay | 6,6±2,3 | 7,0 | |
| 121-180 ay | 6,9±2,1 | 8,0 | |
| 181 ve üzeri | 6,9±2,0 | 7,0 | |
| Çalıştıkları hastane | | | |
| Erişkin | 6,7±2,2 | 7,0 | * $\chi^2 = 0,018$ P=0,991 |
| Pediyatri | 6,7±2,2 | 7,0 | |
| Onkoloji | 6,8±2,0 | 7,0 | |
| Aşıyla ilgili bilgiye ulaşma yolu | | | |
| Hiç bilgi almayanlar | 4,7±2,7 | 5,0 | * $\chi^2 = 38,663$ P<0,0001 |
| Mezuniyet öncesi eğitim | 6,9±1,8 | 7,0 | |
| Meslek içi eğitim | 7,4±1,6 | 8,0 | |
| İnternet, medya vb | 7,3±1,7 | 8,0 | |
| Diğer*** | 6,5±1,4 | 7,0 | |
| Danışmanlık verme | | | |
| İstenmemiş | 6,7±2,1 | 7,0 | * $\chi^2 = 3,885$ P=0,143 |
| İstenmiş ancak vermemiş | 6,3±2,3 | 7,0 | |
| İstenmiş, vermiş | 7,6±1,3 | 8,0 | |
| "HPV aşısı zorunlu olsa bile kendime/çocuğuma yaptırmam" | | | |
| Katılıyor | 5,8±2,5 | 6,0 | * $\chi^2 = 3,969$ P=0,137 |
| Kararsız | 6,4±2,5 | 7,0 | |
| Katılmıyor | 7,0±1,8 | 7,0 | |

*Kruskal Wallis testi

**Mann-Whitney-U testi

***Arkadaş ortamından, doktordan, farmakolojik ilaç rehberinden, klinik uygulamalardan, ilaç mümessilinden

Tablo 4. “HPV aşısını genç yaşta riskli cinsel ilişkiye yönlendirebileceği için adolesanlara yapılmasını tavsiye etmem” düşüncesine göre “HPV aşısı zorunlu olsa bile kendime/çocuğuma yaptırmam” görüşünün dağılımı (%)

| “HPV aşısı zorunlu olsa bile kendime /çocuğuma yaptırmam” | “Aşı genç yaşta riskli cinsel ilişkiye yönlendirebilir, adolesanlara yapılmasını tavsiye etmem” | | | Toplam | İstatistik Analiz |
|---|---|----------|-----------|--------|-------------------------------|
| | Katılmıyor | Kararsız | Katılıyor | | |
| Katılmıyor | 68,0 | 19,6 | 12,4 | 65,4 | * $\chi^2=31,774$ P<0,0001 |
| Kararsız | 34,3 | 38,8 | 26,9 | 28,6 | |
| Katılıyor | 14,3 | 57,1 | 28,6 | 6,0 | |

*Ki-kare testi

kanseri yaptığı belirlenen HPV 16; kesinlikle serviks kanseri yaptığı belirtilen HPV 18, 31,33, 35, 39, 45, 52, 56, 58, 59 ve 66 tiplerinden en sık görülen tipler olan 16, 18’i içerecek şekilde geliştirilen HPV aşuları serviks kanserinin ve diğer ilişkili kanserlerin önlenmesinde son derece önemli bir gelişmedir¹³.

Bu önemli gelişmeden hareketle bu çalışmada, bir üniversitenin tıp fakültesi hastanelerinde çalışan kadın hemşirelerin serviks kanseri ve HPV aşısı hakkındaki bazı bilgilerinin, HPV aşısı konusundaki bazı mesleki uygulamalarının ve HPV aşısına yönelik düşüncelerinin saptanması amaçlanmıştır.

HPV aşısına yönelik düşünceler açısından bakıldığında, katılımcı hemşirelerin %61,7’si (%17,9’u 27 yaşından küçük) HPV aşısı yapılabilecek yaş grubuna girmektedir. Bu gruba girenlerin sadece %26,5’i HPV aşısı yaptırabileceğini ifade etmiş, bağışıklama açısından uygun yaş grubunda kız çocuğu olsa HPV aşısı yaptırabileceğini belirtenlerin payı ise %49,3’te kalmıştır. Oysa diğer bazı çalışmalarda bu sıklık daha yüksektir. Örneğin, Beydağ ve arkadaşları tarafından yapılan bir araştırmada hemşirelerin %78,1’inin aşıyı yaptırmak istediği sonucu çıkmıştır¹⁴. Nganwai ve arkadaşlarının çalışmasında ise hemşirelerin %66,2’sinin aşıyı yaptırmayı istediği saptanmıştır¹⁵. Başkent Üniversitesi’nde 2007’de yapılan bir çalışmada ise araştırmaya katılan hemşirelerin düzenli olarak PAP smear taraması yaptırmadıkları belirlenmiştir¹⁶. Bu çalışmada ise HPV aşısı yaptırmış olsa bile düzenli jinekolojik muayene ve PAP smear taraması yaptırmaya yaklaşımını destekleyenler %76,6 olarak bulunmuştur. Bu durum araştırmamıza katılan hemşireler arasında PAP smear taramalarının öneminin oldukça farkında olunmasına rağmen çeşitli nedenlerle HPV aşısına yönelik sınırlı düzeyde destek bulunduğunu göstermektedir. Ancak hemşirelerin kız çocuklarının yaşlarını bilmememiz ve hemşirelerin HPV aşısı için uygun yaş aralığını bilememe olasılığı nedeni ile bu kapsamdaki bulguları dikkatli yorumlamak gereklidir.

Bu araştırmada HPV aşısının sağlık sigortası kapsamında olması ya da fiyatının ucuz olması aşı yaptırmayı önemli ölçüde etkilememektedir (sırasıyla %57,0; %53,9). Kanada’da 2007 yılında 946 hemşirenin HPV aşısı ile ilgili bilgi düzeyi, tutum ve davranışlarının değerlendirildiği bir çalışmada hemşirelerin %93,0’i HPV aşısı bedeli ödenen aşılardan kapsama girerse aşı olmayı destekleyeceklerini belirtmişlerdir⁹.

Bizim çalışmamızda zorunlu olduğu takdirde kendine ya da kız çocuğuna HPV aşısı yaptırabileceğini belirtenlerin payı %65,8, HPV aşısının genç yaşta riskli cinsel ilişkiye yönlendirebileceği için adölesanlara yapılmasını önermeyen hemşirelerin payı ise %17,3 olarak bulunmuştur.

Hemşirelerin HPV aşısı konusundaki bazı bilgileri puanlandığında, 40-49 yaş grubundakilerin en yüksek, aşıyla ilgili olarak daha önce hiç bir bilgisi olmadığını ifade edenlerin ise en düşük puan ortalamasına sahip oldukları ve diğer kategorilerle aralarında istatistiksel açıdan farkın önemli olduğu bulunmuştur (sırasıyla $p=0,017$ ve $p<0,0001$). Tayland'da hemşireler arasında yapılan bir çalışmada HPV aşısının rahim ağzı kanserinden koruyucu olduğunu katılımcıların yarısından azı doğru olarak cevaplamıştır (%47,0)¹⁷ Nijerya'da yapılan bir diğer çalışmada ise hemşirelerin sadece %25,3'ü HPV aşısını duymuş olup, %26,7'si HPV aşısının servikal kanserden koruyuculuğu olduğunu bilmektedir¹⁸ Kamerun'da Wamai ve arkadaşlarının yaptığı bir araştırmada, hemşirelerin %40,8'i "HPV geçişinden kondom ile korunulabilir" önermesine olumlu cevap vermiştir¹⁹ Bu bulgular bizim çalışma grubumuza benzer şekilde HPV aşısının çoğu gelişmekte olan ülkede sağlık çalışanları tarafından sınırlı düzeyde bilinen bir konu olduğunu düşündürmektedir.

"HPV aşısı zorunlu olsa bile kendime/kız çocuğuma yaptırmam" önermesi ile "Aşı genç yaşta riskli cinsel ilişkiye yönlendirebilir, adölesanlara tavsiye etmem" önermesi arasındaki ilişkiye bakıldığında hemşirelerin yaklaşık üçte biri ne aşığı yaptırmak ne de başka bir adölesana tavsiye etmek düşüncesini benimsemektedir ($p<0,0001$). Bu durum merkezi konumdaki hastanelerde bile yeni bilgi ve müdahalelerle ilgili objektif bilgiye erişim ve olumlu düşünce geliştirilmesi konusunda güçlükler olduğunu, bu minvaldeki görüşlerin başvuranların bilgi ve hizmete erişiminde engel oluşturabileceğini düşündürmektedir.

Bu çalışma, Türkiye'de bu konuda yapılmış az sayıdaki çalışmadan biridir. Merkezi konumdaki bir üniversite hastanesi çalışanlarına yönelik olması nedeniyle sonuçları bağışıklama hizmetlerinin sunumu açısından kritik bir konumda bulunan hemşirelerin HPV aşısına yönelik bazı düşünce ve uygulamaları konusunda ipuçları vermekte ve daha ileri çalışmaların yapılmasının gereğine işaret etmektedir.

Bu çalışmanın bazı kısıtlılıkları vardır. Araştırma, yapıldığı kurumdaki bütün hemşireleri temsil etmemektedir. Bu nedenle sonuçlar sadece araştırmaya katılanlar için geçerlidir. Araştırma metodolojisi değişkenler arasında bir neden sonuç ilişkisi kurulmasına izin vermemektedir. Araştırmada kullanılan önermeler ve bilgi sorularının soruluş biçimi taraf tutmaya yol açmış ve konunun ancak bir kısmını ele aldığından hemşirelerin bilgi ve görüşlerini tam olarak yansıtmıyor olabilir.

Türkiye'de HPV aşısı "Ulusal Bağışıklama Programı"nda değildir. Ancak, özellikle kadınlara yönelik sağlık hizmeti sunumunda önemli rolleri olan hemşirelerin, serviks kanserinden korunma yolları ve bu kapsamda yer alan en önemli birincil korunma yöntemi olan HPV aşısı hakkında doğru, yansız, güvenilir, güncel bilgiye sahip olmaları ve bunu topluma uygun yaklaşımlarla sunmalarını sağlayacak biçimde desteklenmeleri gerekmektedir. Konunun gelecekte daha fazla önem kazanacağı düşüncesinden hareketle bu konuda daha fazla çalışma yapılmasına gereksinim vardır.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Çoğu çalışma, bireylerin, hemşirelerin aşılama programları hakkındaki bilgilerine güvendiklerini göstermektedir^{20,21,22}. Araştırmanın bulgularından görüleceği üzere çalışmaya katılan hemşireler genelde HPV aşısı hakkında bilgi sahibi olmakla birlikte, aşığı yaptırmak konusunda çok da istekli değillerdir. Bunun nedeni aşının fiyatının yüksekliği, araştırmaya katılan hemşirelerin HPV aşısı hakkındaki bazı bilgi ve uygulamalarındaki eksiklikler olabilir. Bu nedenle hemşirelere HPV aşısı ile ilgili daha kapsamlı bilgi ve danışmanlık eğitimi hizmet içi eğitimlerle aktarılmalıdır. Yakın bir gelecekte rutin bağışıklama programına da eklenme olasılığı nedeniyle HPV aşısıyla ilgili hemşirelerin bilgi ve uygulamalarının geliştirilmesi, daha olumlu düşünce sahibi olmalarının desteklenmesi, HPV aşısının toplum tarafından öneminin anlaşılmasında ve kabul edilmesinde ve nihayetinde serviks kanseri insidansının düşürülmesinde etkili rol oynayacaktır.

KAYNAKLAR

1. Human papillomavirus and HPV vaccines: technical information for policy-makers and health Professional. World Health Organization, 2007: 1-44.
2. Giuntoli R, Bristow RE. Çeviri: Ayhan A, Çoban G, Serviks Kanseri. In: Gibbs RS, Karlan BY, Honey AF, Nygaard Ingrid Çeviri Editörü: Ayhan A .[eds]. Danforth's Obstetrik ve Jinekoloji. 10. Baskı. İstanbul; Güneş Tıp Kitabevleri, 2010: 971-988.
3. Cervical Cancer. Estimated Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012 <http://globocan.iarc.fr/old/FactSheets/cancers/cervix-new.asp>. [Erişim Tarihi: 28 Ocak 2016].
4. Serviks Kanseri (Rahim Ağzı Kanseri). <http://kanser.gov.tr/kanser/kanser-turleri/56-serviks-kanseri.html>. Erişim tarihi 28.01.2016.
5. Giuliano AR, Sedjo RL, Roe DJ, Harri R, Baldwi S, Papenfuss MR et al. Clearance of oncogenic human papillomavirus .[HPV] infection: effect of smoking .[United States]. Cancer Causes and Control 2002; [13]:839-846.
6. Bilir N, Serviks Kanseri Kontrolü Çalışmaları ve HPV Aşısı. Halk Sağlığı Uzmanları Derneği Teknik Raporları. No: 03 / 2007.
7. Kaya M. Serviks kanseri tarama programları. In: Akın A. .[ed]. Halk Sağlığı Yaklaşımı ile "Servikal Kanseri". 1. Baskı. Ankara; 2009. s. 27-28.
8. http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&task=view&id=745&Itemid=33. [Erişim Tarihi: 26 Ağustos 2013].
9. Duval B, Gilca V, Boulianne N, Pielak K, Halperin B, Simpson MA et. al. Cervical cancer prevention by vaccination: nurses' knowledge, attitudes and intentions, J Adv Nurs. 2009 Mar; 65.[3]:499-508.
10. Bozkurt G, Erdim L. Güvenli bağışıklamada ebe ve hemşirelerin sorumlulukları. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokul Dergisi 2005; 8.[3]:119-126.
11. Farren E, McEven M. The basic of pediatric immunizations. Newborn and infant Nursing reviews 2004; 4.[1]:5-14.
12. West AR, Kopp M. Making a difference: immunizing infants and children. The American Nurse 1999; 31.[1]:A2.
13. World Health Organization International Agency for Cancer Research. IARC Monograph on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans Volume 90 Human Papillomaviruses. Lyon, France 2007. p.476.

14. Beydağ KD. Knowledge and applications of the midwives and nurses at an educational hospital on the early diagnosis of cervix cancer. *Asian Pac J Cancer Prev* 2011; 12.[2]:481-5.
15. Nganwai P, Truadpon P, Inpa C, Sangpetngam B, Mekjarasnapa M, Apirakarn M, et al. Knowledge, attitudes and practices vis-a-vis cervical cancer among registered nurses at the Faculty of Medicine, Khon Kaen University, Thailand. *Asian Pac J Cancer Prev* 2008; 9.[1]:15-8.
16. Pınar G, Algier L, Çolak M, Abbasoğlu A, Hemşirelerin Serviks Kanseri ve HPV Aşısı Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi. *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi*. Aralık 2007; 10.[4]:94-98.
17. Phianmongkhol Y, Suwan N, Srisomboon J, Kietpeerakool C. Knowledge about human papillomavirus infection and cervical cancer prevention among nurses in Chiang Mai University Hospital, Thailand. *Asian Pac J Cancer Prev* 2011; 12.[3]:823-5.
18. Makwe CC, Anorlu RI. Knowledge of and attitude toward human papillomavirus infection and vaccines among female nurses at a tertiary hospital in Nigeria. *Int J Womens Health* 2011; 3:313-7.
19. Wamai RG, Ayissi CA, Oduwo GO, Perlman S, Welty E, Welty T et al. Awareness, knowledge and beliefs about HPV, cervical cancer and HPV vaccines among nurses in Cameroon: An exploratory study. *Int J Nurs Stud* 2013 Feb 7. pii: S0020-7489.[12]00462-2. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2012.12.020
20. Dinh TA, Rosenthal SL, Doan ED, Trang T, Pham VH, Tran BD et al. Attitudes of mothers in Da Nang, Vietnam toward a human papillomavirus vaccine. *Journal of Adolescent Health*. 2007; 40.[6]:559-563.
21. Matin M, LeBaron S. Attitudes toward cervical cancer screening among Muslim women: a pilot study. *Women and Health* 2004; 39.[3]:63-77.
22. Smith PJ, Kennedy AM, Wooten K, Gust DA, Pickering LK. Association between health care providers' influence on parents who have concerns about vaccine safety and vaccination coverage. *Pediatrics* 2006; 118.[5]:1287-1292.

İnmeli Hastaya Bakım Veren Aile Bireylerinin Gereksinimleri: Sistemik İnceleme

Stroke Patient Family Caregiver's Needs: Systematic Review

(Araştırma)

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2016, 3(3), 28-43

Fadime Hatice İNCİ¹, Ayla BAYIK TEMEL²

¹Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Denizli, Türkiye

²Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

Geliş Tarihi: 27 Mayıs 2016

Kabul Tarihi: 10 Ağustos 2016

ÖZ

Amaç: Bu sistemik incelemenin amacı, inmeli hastaya bakım verenlerin gereksinimlerini inceleyen çalışmalarını analiz etmektir.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışmanın evrenini, EBSCOhost, Medline, PubMed, CINAHL, Scopus, Web of Science, ULAKBİM Ulusal Veri Tabanı ve Türkiye Atıf Dizini veri tabanları taranarak ulaşılan 2359 makale oluşturmuştur. İncelemede; "inme" (stroke, cerebral stroke, cerebrovascular stroke), "bakım veren" (caregivers, family caregivers), "gereksinim" (need, needs) anahtar kelimeleri kullanılarak son on yılda yayınlanmış (Ocak 2004- Aralık 2014), yayın dili Türkçe ya da İngilizce olan ve tam metni bulunan makaleler seçilmiştir. Bu makalelerden, araştırmaya dahil etme ölçütlerine uyan 16 çalışma örneklemini oluşturmuştur.

Bulgular: Bakım verenlerin yaşının ortalama 31-90 olduğu, %46.2-%92.5'inin kadın, %7.5-%53.8'inin erkek olduğu ve bakım verenlerin %20-%83'ü hastanın eşi ya da partneri olduğu saptanmıştır. Yedi araştırma nitel, sekiz araştırma nicel, bir araştırma miks tiptedir. İnmeli hastaya bakım verenlerin gereksinimleri; eğitim, emosyonel, ekonomik, sosyal, enstrumental ve bakıma ilişkin gereksinimler olarak gruplandırılmıştır.

Sonuç: İnmeli hastaya bakım verenlere yönelik girişimler planlanırken, öncelikli gereksinimlerin belirlenmesi ve bu gereksinimleri karşılamaya yönelik programların geliştirilmesi önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Bakım veren, gereksinim, inme

ABSTRACT

Aims: The aim of this systematic review is to analyze the studies investigating the needs of stroke patients' family caregivers.

Material and Methods: The framework of this study is consisted of 2359 articles found by scanning of the databases including EBSCOhost, Medline, PubMed, CINAHL, Scopus, Web

of Science, ULAKBİM and Turkey Citation Index. During the scanning, the articles that were published in last 10 years (January 2004-December 2014), in Turkish or English and in full text were chosen for the study by using the key words of "stroke", "cerebral stroke", "cerebrovascular stroke", "caregivers", "family caregivers", "need", "needs". Of these articles, 16 articles meeting the inclusion criteria constituted the study sample.

Results: The average age of the caregivers were 31-90, 46.2%-92.5% of them were female, 7.5%-53.8% of them were male and 20%-83% of them were found to be a spouse/partner of the patient. Seven studies were qualitative, eight studies were quantitative, one study was mixed type. Needs of the caregivers of stroke patients were grouped as educational, emotional, economic, social, instrumental and care-related.

Conclusion It is advisable to determine the top priority needs and to develop programs towards meeting these needs.

Key Words: Caregiver, need, stroke

GİRİŞ

Dünyada sık görülen bir hastalık olan inme öldürücü hastalıklar arasında üçüncü sırada yer almaktadır. Hastanelere her yıl yapılan on başvurudan yaklaşık biri inmeye bağlıdır¹. İnme geçiren hastaların %50'si taburcu olmakta, %20'si hastanede ölmekte ve %30'u ise uzun süreli evde bakım ya da kurumsal bakım gereksinimi duymaktadır². Hastanede yattıktan ya da rehabilitasyon gördükten sonra eve dönen inmeli hastaların %80'i günlük yaşamlarını sürdürmede bilgilendirme, duyuşsal ve araçsal açıdan destek almak üzere aile üyelerinin bakımına gereksinim duymaktadır³. İnmeli hastalar çoğu zaman eşinden, ailesinden ya da arkadaşlarından destek almaktadırlar⁴. İnmeli hastanın evde aile üyeleri tarafından bakımı hasta ve bakım verenler açısından oldukça uzun ve zorlu bir süreçtir⁵. Bu dönemde bakım ve tedavinin sürdürülmesinde bakım verenlere önemli sorumluluklar düşmektedir. Bu açıdan aile üyelerinin taburculuk sonrasında inmeli hastanın evde bakımını, rehabilitasyonunu sürdürmesinde bu sorumluluklarını yerine getirebilmesi için de kendi sağlığını koruması ve geliştirmesi önemlidir. İnmeli hastaya bakım veren aile bireylerinin güçlenmesine yönelik girişimler planlanırken, öncelikle gereksinimlerin belirlenmesi ve yapılacak bütün planlamalarda bu gereksinimlerin göz önünde bulundurulması önemlidir. Bu zorlu süreçte bakım verenlerin desteklenmesi, bakım verenin kendi sağlığını geliştirmesine fırsat vermesi yanı sıra, inmeli hastanın yaşam kalitesini de artırır⁵.

İnmeli hastaya bakım veren bireylerin gereksinimlerini belirlemeye yönelik yapılmış çok çalışma bulunmaktadır^{3,5,6}. Bu çalışmalar incelendiğinde; bakım verenlerin gereksinimlerinin çok boyutlu olduğu görülmektedir. Pierce ve arkadaşları (2004) bakım verenlerin inmeli bireyin öz bakımı konusunda bilgi gereksinimlerini belirlemeye yönelik çalışmalarında düşmeyi önleme, yeterli beslenmeyi sağlama, aktif yaşamı sürdürme, stresi yönetme ve emosyonel değişikliklere yönelik konuları öncelikli konular olarak seçtiklerini belirlemişlerdir⁷. Schure ve arkadaşları (2006) ise, inmeli hastaya bakım verenleri desteklemek için ele alınması gereken konuları; inmenin tanımı, inmede risk faktörleri, hastayı kaldırma ve hastaya yardım etme teknikleri, iletişim becerileri, stres ve stresle baş etme, gevşeme teknikleri ve egzersiz, problem çözme, zaman yönetimi, finansal sorunlar olarak saptamışlardır³. Bakas ve arkadaşlarının (2009a) çalışmasında, inmeli hastaya bakım veren bireyler öğrenme gereksinimlerini; inme hakkında bilgi, inmeli hastanın duygu ve davranışlarının

yönetimi, hastaya fiziksel bakım verme, enstrumental bakım ve bakım verenin tepkileri olmak üzere beş temel alanda belirlemiştir. Aynı çalışmada bakım verenlerde geliştirilmesi gereken beceriler kapsamında; var olan becerilerin güçlendirilmesi, depresif semptomların fark edilmesi, gerçekçi beklentilerin sürdürülmesi, problem çözme, sağlık profesyonelleri ile iletişim ve stres yönetimi belirlenmiştir⁸. Bakas ve arkadaşları (2009b) yaptıkları bir başka çalışmada, taburculuktan altı ay sonraki dönemde bakım verenlerin gereksinimlerini saptamışlardır⁹. Bu gereksinimleri; bilgi alma ihtiyacı, hastalarıyla ilgili duygusal ve davranışsal endişeler, hastalarının fiziksel bakım gereksinimi, bakımda cihazları kullanma bilgi ve becerisi, bakım vermede kişisel sorumluluklar olarak belirlemiştir. Hafsteinsdóttir ve arkadaşlarının (2010) alan yazın incelemesinde, bakım veren bireylerin eğitim gereksinimleri kapsamında; inme belirtileri, inme nedenleri, risk faktörleri, inme sonuçları, inmenin önlenmesi, sağaltım ve ilaç kullanımı, fiziksel bakım, hareket ettirme, egzersiz, beslenme sorunları, stres yönetimi, iletişim problemleri, hastayla iletişim, ev güvenliği gibi konular ele alınmıştır⁶.

Bakım verenlerin gereksinimlerinin belirlenmesi, konuyla ilgili eğitim materyallerinin geliştirilmesinde sağlık profesyonellerine yardımcı olmaktadır⁷. Yapılan çalışmalarda eğitim/danışmanlık programlarının hasta ve hasta yakınının; anksiyete, depresif belirti düzeyi ve bakım verici yükünü azalttığı, uygun baş etme yöntemlerini öğrenmesini sağladığı, bakım memnuniyetini arttırdığı, yaşam kalitesini arttırdığı, dolayısıyla hasta bakım/televizyon sonuçlarına olumlu etkileri olduğu, hastane ve rehabilitasyon ünitelerinde yatış süresini ve tekrarlayan yatışları azalttığı, dolayısı ile maliyetleri azalttığı belirtilmektedir^{7,10}.

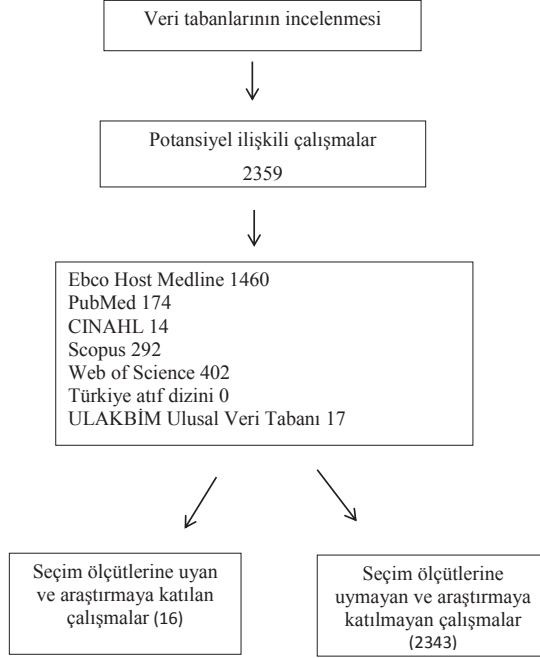
Bu sistematik incelemenin amacı, inmeli hastaya bakım verenlerin gereksinimlerini inceleyen çalışmaları analiz etmektir.

YÖNTEM

Aralık 2014-Şubat 2015 tarihinde EBSCOhost, Medline, PubMed, CINAHL, Scopus, Web of Science, ULAKBİM Ulusal Veri Tabanı ve Türkiye atf dizini veri tabanlarında literatür taraması yapılmıştır. Türkiye Bilim Terimleri ve Medical Subject Headings'e uygun anahtar sözcükler kullanılarak, tarama yürütülmüştür. Anahtar sözcükler;

- İnme / Stroke, Cerebral Stroke, Cerebrovascular Stroke ,
- Bakım veren / Caregivers, Family Caregivers,
- Gereksinim/ need, needs olarak belirlenmiştir.

İzlenen yol, dâhil edilen ve edilmeyen çalışmalar Şekil 1' de açıklanmıştır. Tarama sonunda 2359 araştırma belirlenmiştir. Elektronik arama ile saptanan ilgili tüm yazıların başlık ve özetleri, araştırmacılar tarafından bağımsız olarak gözden geçirilmiştir. Başlık ya da özet açık değilse, çalışmanın dahil olma ölçütlerine uyup uymadığının araştırılması için çalışmanın tam metni incelenmiştir. Konuyla ilgili yapılan derlemeler, tez çalışmaları, kongrelerde sunulan sözel ya da poster bildiriler ve araştırma dahil etme ölçütlerine uymayan yayınlar araştırma kapsamı dışında tutulmuştur. Kalan 16 çalışma, araştırma kalite özellikleri yönünden değerlendirilerek inceleme kapsamına alınmıştır. Çalışmaların değerlendirilmesinde kantitatif çalışmalar için STROBE ölçütleri (The Strengthening The Reporting of Observational Studies in Epidemiology), kalitatif çalışmalar için SRQR ölçütleri (Standards for Reporting Qualitative Research) kullanılmıştır. STROBE ölçütleri; başlık ve özet (1 madde), giriş (2 madde), yöntem (9



Şekil 1. Çalışmada İzlenen Yol

madde), bulgular (5 madde), tartışma (4 madde) ve diğer bilgiler (1 madde) olmak üzere 6 alt bölümde 22 maddeden oluşmaktadır¹¹. SRQR ölçütleri; başlık ve özet (2 madde), giriş (2 madde), yöntem (11 madde), bulgular (2 madde), tartışma (2 madde) ve diğer bilgiler (2 madde) olmak üzere 6 alt bölümde 21 maddeden oluşmaktadır¹². STROBE ve SRQR kriterlerine uygun olanlar 1, uygun olmayanlar 0 olarak değerlendirmiştir. STROBE ölçütlerinden 11, SRQR ölçütlerinden 10 ve üzeri puan alan çalışmalar gözden geçirme kapsamına alınmıştır.

Araştırmaya dahil etme ölçütleri

- Araştırma yazım dilinin İngilizce ve Türkçe olması,
- Ocak 2004- Aralık 2014 yılları arasında yayınlanmış olması,
- Ücretsiz, tam metne ulaşılması,
- Çalışmanın araştırma deseninde yürütülmesi.

Verilerin Analizi

Veri özetleme formu hazırlanmış, araştırmalarla ilgili veriler özetlenerek bu forma kayıt edilmiş ve değerlendirilmiştir. Araştırmacılar birbirinden bağımsız olarak, çalışmalarını veri özetleme formuna özetleyerek, kayıt ettikten sonra özetler karşılaştırılmış ve araştırmacılar arasında fikir birliği oluşturulmuştur.

Veri özetleme formunun içeriğinde araştırmalarla ilgili aşağıdaki özellikler yer almıştır;

- Örneklem grubunun sayısı, yaş ortalaması, cinsiyeti, hasta ile yakınlık derecesi gibi sosyodemografik özellikleri,
- Çalışmaların tipi (deseni),
- Veri toplamada kullanılan soru formu ve ölçekler,
- Çalışmanın yapıldığı yer/ alanlar,
- Gereksinimlerin sorgulandığı zaman dilimi,
- Gereksinimlerin türü,

Bu sistematik inceleme çalışmasına dahil edilen araştırmalar örneklem grubunun özellikleri, gereksinimlerin türü, kullanılan soru formu ve ölçekler boyutuyla benzer olmadığından meta-analiz yapılmamıştır.

BULGULAR

Bu sistematik incelemede 2004-2014 yılları arasında yayınlanan 16 çalışma gözden geçirilmiştir. On altı çalışma toplam 992 bakım verenden oluşan bir örnekleme hacmine sahiptir.

Çalışmalarda yer alan örneklem grubunun özellikleri

Bakım verenlerin tanımlayıcı özellikleri Tablo 1’de verilmiştir. Çalışmalarda örnekleme alınan bakım verenlerin 31-90 yaş aralığında olduğu görülmektedir. Bir çalışmada tüm bakım verenlerin kadın olduğu, diğer çalışmalarda ise kadın bakım verenlerin oranının %45-%92,5, erkek bakım verenlerin oranının %7,5-%55 olduğu görülmektedir. Bakım verenlerin %20-%83’ü hastanın eşi ya da partneridir.

Çalışmaların özellikleri

Yedi araştırma nitel, sekiz araştırma nicel, bir araştırma miks tiptedir. Nicel araştırma türlerine bakıldığında; iki araştırmanın survey diğerlerinin ise kohort, karşılaştırmalı tasarım, tanımlayıcı, tanımlayıcı korelasyonel, kesitsel ve deneysel olmayan tasarım olduğu belirlenmiştir. Dokuz araştırmanın 2004-2009 yılları arasında yedi araştırmanın ise 2010 yılı sonrasında yapıldığı görülmektedir (Tablo 2).

Çalışmaların yürütüldüğü alanlar

Araştırmaların altısı ev ortamında, dördü rehabilitasyon merkezi/hastanesinde, dördü hastanede, biri gündüz bakım evinde yürütülmüş, bir çalışmada ise alan belirtilmemiştir (Tablo 2).

Kullanılan soru formu ve ölçekler

Çalışmalardan ikisinde derinlemesine kalitatif görüşme, bir çalışmada görüşme, bir çalışmada açık uçlu sorular, iki çalışmada yarı yapılandırılmış görüşme, bir çalışmada odak grup, bir çalışmada yarı yapılandırılmış görüşme, derinlemesine görüşme ve açık uçlu görüşme bir arada kullanılmıştır. Sekiz çalışmada standart ölçme araçları kullanılmıştır. Standart ölçme aracı olarak; Bakım Veren Bilgi Gereksinimleri, Sağlık Bilgi Gereksinimleri, Aile Gereksinimleri Anketi, Bakım Veren Değerlendirme Ölçeği kullanılmıştır (Tablo 2).

Tablo 1. İncelenen Araştırmalarda Örneklem Grubunun Özellikleri

| Yazar adı | Bakım veren birey sayısı | Yaş ortalaması | Cinsiyet | Hasta ile yakınlık |
|---------------------------|--------------------------|-----------------------------------|---------------------------|--|
| Cameron et al. 2013 | 24 | ortanca 65.5 (36-77) | %70.8 kadın | %75.0 eşi |
| Creasy et al. 2013 | 17 | 65 | %59 kadın | %76 eşi %24 diğer, |
| Hinojosa and Rittman 2007 | 120 | 61.6 | %92.5 kadın %7.5 erkek | %73.3 eşi/partneri, %26.7 diğer |
| Hinojosa and Rittman 2009 | 276 | 65 | %90.9 kadın %9.1 erkek | |
| Jullamate et al. 2006 | 20 | 53.10 | %75 kadın %25 erkek | %35 kızı, %45 eşi, %20 diğer |
| Kim and Moon 2007 | 193 | % 48.8 40-60 yaş aralığında | %61 kadın %39 erkek | %54.4 eşi, %34.1 çocuğu, %11.5 diğer |
| Lin 2010 | 20 Toplum-1 | 56-70 Yaş aralığı | %85 kadın %15 erkek | %35 ebeveyni, %60 eşi, %5 arkadaşı |
| | 20 toplum-2 | 51-87 Yaş aralığı | %90 kadın %10 erkek | %25 ebeveyni, %60 eşi, %15 arkadaşı |
| Perry and Middleton 2011 | 21 Sydney | 60.56 | %62 kadın %38 erkek | %81 eşi, %19 çocuğu |
| | 11 Brisbane | 56.7 | %45 kadın %55 erkek | %64 eşi, %27 çocuğu, %9 ebeveyni |
| Maclsaac et al. 2011 | 10 | 55.7 (40-72) | %80 kadın %20 erkek | %50 eşi, %50 çocuğu |
| Mackenzie et al. 2007 | 42 | 61.7 ±13.9 | %69 kadın %31 erkek | %57 eşi, %12 partneri, %31 diğer |
| Mak et al.2007 | 40 | 48.95 (28-70) | %75 kadın %25 erkek | %47 eşi, %47 kızı, %6 torunu %70 oğlu, %20 eşi %10 torunu |
| El Masry et al. 2013 | 20 | 31-90 yaş aralığı | %80 kadın %20 erkek | %75 eşi, %25 diğer |
| Oliveira et al. 2011 | 6 | 25-67 yaş aralığı | Tümü kadın | %83 eşi, %17 kızı |
| Park 2008 | 119 | 60±13.2 | %62 kadın %38 erkek | %53 eşi, %47 diğer |
| Pierce et al. 2004 | 24 | 56 (47-82) | %54 kadın %46 erkek | %58 eşi, %16 kızı, oğlu, torunu %26 diğer |
| Smith et al. 2008 | 5 genç grup, | 45.6 (36-52) | %60 kadın %40 erkek | %60 eşi, %40 çocuğu |
| | 4 yaşlı grup | 68.8 (58-77) | %75 kadın %25 erkek | %75 eşi, %25 kardeş/diğer |

Tablo 2. Dahil Edilen Araştırmaların Özellikleri, ve İnnmeli Hastaya Bakım Verenlerin Gereksinimleri

| Yazar adı | Araştırmanın tipi | Ölçme aracı | Yer | Zaman | Sonuç |
|---------------------------|----------------------------------|---|---|----------------------------|---|
| Cameron et al. 2013 | Nitel | Derinlemesine görüşme | Rehabilitasyon merkezi, Toplum tabanlı afazi prog. Kırsal nüfus için toplum bakım organizasyonu | İnme sonrası 1-12 ay arası | Bilgi gereksinimi Sekonder inmeyi önleme, evde rehabilitasyon, ayaktan tedavi, iyileşme ile gerçekçi beklentiler, toplumla yeniden bütünleşme, toplum tabanlı programlar, bakım verene destek hizmetler Emosyonel gereksinim Bakım veren bir birey olma duygusunu akrabaları ile paylaşma Instrumental gereksinim Vaka yöneticisi, ev güvenliği, evde bakım hizmetleri, geçici bakım, gündüz programları, evde yardımcı, sağlık personeli desteği, akraba ve arkadaş ziyaretleri, uzun dönem bakımla ilgili belgelerin düzenlenmesi Eğitim gereksinimi Evde rehabilitasyon yönetimi, iletişim sorunu (afazi), hastanın mental sağlığı, toplumla yeniden bütünleşmek için destek, beklenmedik durumların yönetimi (problem çözme becerisi) Değerlendirme gereksinimi Bakım verme becerileri hakkında geri bildirim alma gereksinimi |
| Creasy et al. 2013 | Nitel araştırma (Grounded teori) | Görüşme | Rehabilitasyon merkezi | Taburculuk sırasında | Fiziksel bakım, ilaç uygulaması, diyet, sigorta sorunları, taburculuk sonrası terapi, bakım verenlerin emosyonel destek gereksinimi, hastaya emosyonel destek sağlama |
| Hinojosa and Rittman 2007 | Kohort | Bakım verenin bilgi gereksinimleri ölçüğü | Ev | 2003, 2004, 2005 yılında | Bakım vermeye ilgili klinik gereksinimler İnme, risk faktörleri, ilaç ya da reçete, davranış yönetimi /ev güvenliği, fonksiyonel değişiklikler, iletişim, hastayı hareket ettirme ve kaldırma, özel sorunlar hakkında bilgi gereksinimi Bakım vermenin sosyal yönlerine ilişkin gereksinimler Duyusal iniş çıkışlar hakkında bilgi, finansal yardım, hastayı koruma, aile ilişkilerinde değişim hakkında bilgi gereksinimi |

Tablo 2. Devamı...

| Yazar adı | Araştırmanın tipi | Ölçme aracı | Yer | Zaman | Sonuç |
|----------------------------|-------------------------|--|---------|---|---|
| Hinojosa and Rittman, 2009 | Survey | Sağlık bilgi gereksinimleri ölçeği | | | Bakım vermenin fiziksel yönlerine ilişkin gereksinimler zorlu davranışların yönetimi (düşme gibi), evde hasta güvenliğini sağlama, banyo ve temizlik gibi özel sorunların yönetimi, hastayı hareket ettirme ve kaldırma, inme sonrası beklenen fonksiyonel değişiklikler Bakım vermenin sosyal yönlerine ilişkin gereksinimler hastayla iletişim konusunda diğerlerine yardım edebilme, inmeden sonra duygusal iniş çıkışların yönetimi, hasta için parasal yardım, hastayla ilişkilerdeki değişimler, aileyle hasta ilişkilerinde değişimler, inme ve tekrarlayan inme risklerini anlama, ilaçların yan etkilerini anlama |
| Jullamate et al. 2006 | Nitel | Açık uçlu sorular | Ev | | Hastanın mobilite, özbakım, iletişim gereksinimleri, hastanın bilişsel bozulma, depresyon, kişilik değişimi gibi alanlarda gereksinimi bulunmaktadır. Evde bakım verme ve hastalıkla ilgili bilgi, sosyal destek, finansal yönetim |
| Kim and Moon 2007 | Karşılaştırmalı tasarım | Yapılandırılmış anket Aile gereksinimleri anketi | Hastane | | Bakım verenlerin akut inme döneminde post akut inme dönemine göre daha fazla bilgi gereksinimi olduğu bulunmuştur. |
| Lin 2010 | Nitel | Yarı yapılandırılmış ve derinlemesine görüşme, açık uçlu görüşme | Ev | | Sosyal aktivite eksikliği, toplum desteği aramada başarısızlık, fiziksel ve zihinsel stres, ağır kaldırma, giyinme günlük aktivitelerle rehberlik etme, depresyon, sosyal grup eksikliği, iş, sosyal aktivite, aile ekonomisinin etkilenmesi, tüm normal aile aktivitelerinde kesintiye uğrama ya a durma |
| Perry and Middleton 2011 | Tanımlayıcı | Bakım vereni değerlendirme ölçeği | Ev | Hastaneden taburculuk sonrası 1 ve 3. aylar | Sınırlı sosyal yaşam, inmeyi önlemeye yönelik bilgi, hastada distres, bakım verenin yorgunluğu, hastadaki duygu durum dalgalanmaları, günlük yaşam aktivitelerine yardım eksikliği, hizmetler hakkında bilgi alma, koopere olmayan davranışlar, geçici hizmetlerin eksikliği, parasal sorunlar, rol çatışması, iletişim, araç gereç, aileye yardım eksikliği, arkadaş desteği eksikliği, bakım verenin kendi sağlığı, boşaltım problemleri |

Tablo 2. Devamı...

| Yazar adı | Araştırmanın tipi | Ölçme aracı | Yer | Zaman | Sonuç |
|-----------------------|--|--|---------|---|--|
| MacIsaac et al. 2011 | Mixed-method | Odak grup | Hastane | | Psikososyal gereksinimler Stres ve anksiyete ile baş etme, üzüntü ve keder, tekrarlayan inmeden korkma Uygulama ile ilgili gereksinimler Rutin ve yaşam tarzı değişimleriyle baş etme, taburculuk sonrası innmeli bireyin bakımı ile ilgili konular |
| Mackenzie et al. 2007 | Survey | Bakım vereni değerlendirme ölçeği | Ev | Taburculuk sonrası 4 – 6 hafta | iletişim, duyu urum dalgalanmaları, boşaltım gereksinimleri, koopere olmayan davranışlar, GYA'nde yardım, evde araç gereç gereksinimi |
| Mak et al. 2007 | Tanımlayıcı korelasyonel | Bakım vereni değerlendirme ölçeği, açık uçlu sorular | Ev | Taburculuk öncesi e taburculuktan iki hafta sonra | Bakım vereni değerlendirme ölçeğinden ortalama 19.68 (SD 7.97) puan almışlardır. Finansal zorluklar, Yorgunluk, Hastanın sorumlulukları nedeniyle iç çatışma, eğitim gereksinimi, tekrarlayan inmeyi önleme, diyet, egzersiz, ilaç kullanımı, inmenin erken belirtilerini tanıma, dizfasi ve bilişsel durum nedeniyle oluşan iletişim problemlerine yardım, konstipasyon ve idrar kaçırma gibi boşaltım problemlerinin çözümü, çiğneme ve yutma güçlüğü gibi beslenme problemleriyle baş etme, hastanın bilişsel ve fiziksel durumunun bozulmasını önleme, hastanın değişen duygularını yönetme, diabeti izleme ve diyet kontrolü, ilaçların yan etkilerini anlama, ekstra destek gereksinimi, hastanın rehabilitasyonuna yardımcı ekstra destek gereksinimi, evde bakım tekniklerini öğrenmede destek, bakım ile ilgili hayal kırıklıkları ve duyguları paylaşma gereksinimi |
| ElMasry et al. 2013 | Nitel | Yarı yapılandırılmış niteliksel görüşme | Hastane | | Beş ana tema: 1.ilişkilerdeki değişim ve destek hizmetler, 2. bakım verenin özellikleri ve baş etme stratejileri, 3. hastanın sınırlılıkları, 4. bakım verenin dışarda çalışması ve maddi güçlükler, 5.ilişkilerde ve önceliklerde beklenmeyen olumlu değişimler |
| Oliveira et al. 2011 | Açıklayıcı, tanımlayıcı nitel yaklaşım | Yarı yapılandırılmış görüşme | Hastane | | Yapısal ve ekonomik kaynaklar, hastanın nakli için başka birinin yardımı, yeni duruma uyum sağlama ve baş etme için emosyonel destek gereksinimi |

Tablo 2. Devamı...

| Yazar adı | Araştırmanın tipi | Ölçme aracı | Yer | Zaman | Sonuç |
|--------------------|---------------------------|--|--------------------------------|-----------------------------|---|
| Park 2008 | Kesitsel tanımlayıcı | Anket Uyarlanmış bakım veren doyum ölçeği | Gündüz sağlık bakım hizmetleri | | Sosyal etkinlikler, ilaç uygulamaları, yemek, ulaşım, günlük yaşam aktivitelerinde yardım, kişisel bakım, terapötik aktiviteler, sağlık eğitimi, aile eğitimi & destek, sağlık yönetimi |
| Pierce et al. 2004 | Deneysel olmayan tasarımı | Posta yolu ile soru formu uygulaması | Rehabilitasyon hastanesi | | Öz bakım gereksinimleri: düşmeyi önleme, uygun beslenmeyi sürdürme, aktif kalma, stres yönetimi, duygusal ve emosyonel değişimlerle baş etme |
| Smith et al. 2008 | Nitel | Derinlemesine kalitatif görüşme | Rehabilitasyon merkezinde | inmeden sonraki ilk altı ay | Bilgi desteği ve sosyal destek gereksinimi |

Gereksinimlerin sorgulandığı zaman dilimi

Çalışmalarda gereksinimlerin sorgulandığı zaman dilimi inmeden (taburculuktan) sonraki 1-12 ay arasında değişmektedir. On çalışmada her herhangi bir zaman dilimi belirtilmemiştir (Tablo 2).

Gereksinimlerin türü

Cameron ve arkadaşları (2013) bakım verenlerin gereksinimlerini bilgi, emosyonel, enstrumental, eğitim ve değerlendirme olmak üzere beş başlık altında ele almışlardır¹³.

Creasy ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında; hastanın fiziksel bakımı, ilaç uygulaması, diyeti, sigorta sorunları, taburculuk sonrası terapi, bakım verenlerin emosyonel destek gereksinimi, hastaya emosyonel destek sağlama belirlenen gereksinimlerdir¹⁴.

Hinojosa ve Rittman'ın (2007-2009) yaptıkları çalışmalarda, gereksinimleri bakım vermenin klinik yönlerine ve sosyal yönlerine ilişkin gereksinimler olmak üzere iki başlık altında incelemiştir^{15,16}.

Jullamate ve arkadaşlarının (2006) çalışmasında bakım verenlerin hastayı hareket ettirme, hastanın öz bakımını sağlama, iletişim problemlerinin çözümü, hastada bilişsel bozukluk ve depresyonun önlenmesi, kişilik değişimi, evde bakım verme ve hastalıkla ilgili bilgi, sosyal destek, finansal yönetim gibi alanlarda bilgi gereksinimi olduğu saptanmıştır¹⁷.

Kim ve Moon'un (2007) yürüttükleri çalışmada bakım verenlerin akut inme döneminde post akut inme dönemine göre daha fazla bilgi gereksinimi olduğunu ortaya koymuşlardır¹⁸. Lin (2010) bakım verenlerin yaşam tarzının etkilenmesi, bakım vermeye uyum, sosyal aktivite eksikliği, toplum desteği aramada başarısızlık, fiziksel ve zihinsel stres, ağır kaldırma, giyinme, günlük aktivitelerle rehberlik etme, depresyon, sosyal grup eksikliği, iş, sosyal aktivite, aile ekonomisinin etkilenmesi, aile aktivitelerinin kesintiye uğraması ya da durması gibi konularda sorun yaşadığını ve bu alanlarda yardıma gereksinimlerinin olduğunu belirlemiştir¹⁹.

Perry ve Middleton (2011) yaptıkları çalışmada; sınırlı sosyal yaşam, inmeyi önlemeye yönelik bilgi, hastanın distressi, bakım verenin yorgunluğu, hastada duygu durum değişimleri, günlük yaşam aktiviteleri için yardım eksikliği, hizmetler hakkında bilgi alma, işbirlikçi olmayan davranışlar, geçici hizmetlerin eksikliği, finansa konuları, rol çatışması, iletişim, araç gereç, aileye yardım eksikliği, arkadaş desteği eksikliği, bakım verenin kendi sağlığı, hastanın boşaltım problemleri konularında bakım verenlerin gereksinimleri olduğunu saptamışlardır²⁰.

Maclsaac ve arkadaşları (2011) bakım verenlerin psikososyal gereksinimler kapsamında stres ve anksiyete ile baş etme, üzüntü ve keder, tekrarlayan inmeden korunma, uygulama ile ilgili gereksinimler arasında ise rutin ve yaşam biçimi değişimleriyle baş etme, taburculuk sonrası inmeli bireyin bakımı ile ilgili sorunları saptamışlardır²¹. Mackenzie ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında iletişim, duygu durum dalgalanmaları, eliminasyon gereksinimleri, işbirlikçi olmayan davranışlar, günlük yaşam aktivitelerine yardım, evde araç gereç gereksinimi bakım verenlerin belli başlı gereksinimleri arasında belirlenmiştir²².

Mak ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında gereksinimler hastalık, hastanın bakımı ve yaşadığı sorunların çözümü, bakım verme nedeniyle oluşan diğer gereksinimler

üzerinde yoğunlaşmıştır²³.

El Masry ve arkadaşları (2013) gereksinimleri beş ana tema altında tanımlamışlardır. Bu beş ana tema; ilişkilerdeki değişim ve destek hizmetler, bakım verenin özellikleri ve baş etme stratejileri, hastanın sınırlılıkları, bakım verenin çalışması ve maddi güçlükler, ilişkilerde ve önceliklerde beklenmeyen değişimlerle ilgilidir²⁴. Oliveira ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında bakım verenlerin gereksinimleri yapısal ve ekonomik kaynaklara ulaşmada yardım, yeni duruma uyum sağlama ve baş etme için emosyonel destek gereksinimi olarak belirlenmiştir²⁵.

Park'ın 2008 yılında yaptığı çalışmada bakım verenler sosyal etkinlikler, ilaç uygulamaları, yemek, ulaşım, günlük yaşam aktivitelerinde yardım, kişisel bakım, terapötik aktiviteler, sağlık eğitimi, aile eğitimi ve desteği, sağlık yönetimi gibi alanlarda gereksinimi olduğunu bildirmişlerdir²⁶. Pierce ve arkadaşlarının (2004) çalışmasında ilk beş sırada düşmeyi önleme, uygun beslenmeyi sürdürme, aktif kalma, stres yönetimi, duygusal ve emosyonel değişimlerle baş etme yer almaktadır⁷.

Smith ve arkadaşlarının (2008) bakım veren beş genç, dört yaşlı bireyi kapsayan bir grupla yaptığı çalışmada genç bakım verenlerin bilgi ve sosyal destek gereksinimi, yaşlı bakım verenlerden daha fazla bulunmuştur²⁷.

TARTIŞMA

Çalışmalarda Yer Alan Örneklem Grubunun Özellikleri

Bakım verenlerin yaşının 31-90 yaşları arasında olması, yapılan diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir²⁹⁻³². Bakım verenlerin çoğunluğu kadındır. Konu ile ilgili yürütülen çalışmalarda da inmeli hastaya bakım verenlerin cinsiyetinin büyük oranda kadın olduğu fark edilmektedir^{29,32,33}. İncelenen araştırmalarda bakım verenlerin %20-%83'ü hastanın eşi ya da partneridir. Başka çalışma sonuçları da bu bulguyu desteklemektedir^{29,32}. Geleneksel toplumlarda genellikle kadının erkeklere göre ev dışında daha az oranda çalışması, çocuk ve hasta bakımının kadına ait bir rol olarak kabul edilmesi gibi nedenlerle hastanın kızı, gelini hastanın bakımında daha çok sorumluluk üstlenmek zorunda kalmaktadır^{34,35}. Bu çalışmada da benzer sonuçlarla karşılaşmıştır. Ancak, toplumsal değişimler nedeniyle kadının iş gücüne katılımı giderek artmaktadır³⁴. Bu nedenle de ileriki yıllarda kadınların bu yükü üstlenemeyecekleri açıktır. Evde bakım hizmetleri ve toplumsal hizmetlerin ve bu hizmetlerde görev alacak hemşirelik hizmetlerinin planlanmasının gereği açıkça görülmektedir.

Çalışmaların Özellikleri

Yedi araştırma nitel, sekiz araştırma nicel, bir araştırma miks tiptedir. Hafsteindóttir ve arkadaşlarının (2011) inmeli hastaya bakım verenlerin eğitim gereksinimlerini saptamaya yönelik hazırladıkları derleme çalışmasında 1996-2007 yılları arasında yürütülen 22 makaleden 15'inin nicel, beşinin nitel, ikisinin de miks tipte planlandığını saptamışlardır⁶. Mantzoukas çalışmasında (2009), 2000-2006 yılları arasında gerçekleştiren çalışmaları incelemiş ve bu çalışmaların %51'inin nicel, %37'sinin nitel ve %2'sinin miks tipte araştırmalar olduğunu belirlemiştir³⁶. Son yıllarda konunun incelenmesi amacıyla yürütülen çalışmalarda nitel yöntemlerin de kullanıldığı

söylenbilir. On araştırmanın 2004-2009 yılları arasında sekiz araştırmanın ise 2010 yılı sonrasında yapılması belirli zaman dilimlerinde artma ve azalma olmadığını göstermekle birlikte yıllar içinde konunun güncelliğini koruduğu düşünülebilir.

Çalışmanın Yürütüldüğü Alanlar

İnmeli hastaya bakım verenlerin gereksinimlerinin sorgulandığı alanlar ev ortamı (altı çalışma) rehabilitasyon merkezi/hastanesi (beş çalışma), hastane (dört çalışma), gündüz bakım evi (bir çalışma) olarak belirlenmiştir. Genellikle hastaneden taburcu olup eve gelen hastanın bakımı aile bireyleri için büyük sorunları da beraberinde getirmekte olup, klinik ortamda sağlık personelinin varlığı ve desteği aile için rahatlatıcı olmaktadır. Bu nedenle çalışmaların genellikle ev ortamındaki gereksinimler üzerine yoğunlaşmış olduğu düşünülmüştür.

Kullanılan Soru Formu ve Ölçekler:

Derlemede yer verilen araştırmalardan sekiz çalışmada standart ölçme araçları, iki çalışmada derinlemesine kalitatif görüşme, bir çalışmada görüşme, bir çalışmada açık uçlu soru, iki çalışmada yarı yapılandırılmış görüşme, bir çalışmada odak grup görüşmesi, bir çalışmada yarı yapılandırılmış görüşme, derinlemesine görüşme ve açık uçlu görüşme bir arada kullanılmıştır. Çok farklı görüşme yöntemlerinin ve veri toplama araçlarının kullanılması nedeniyle çalışmaların sonuç değişkenleri birbirinden farklıdır.

Gereksinimlerin Sorgulandığı Zaman Dilimi

Bakım verenlerin gereksinimlerinin inmeden sonraki 1-12 ay arasındaki zaman diliminde incelendiği fark edilmektedir. Hasta inme geçirdikten sonra aile bireyleri kendini hazırlıksız olarak bakım verici rolde bulmaktadır. Bakım verenlerin en fazla gereksinimlerinin olduğu dönem hastanın hastanede yattığı akut dönem, taburculuk dönemi ve eve geçişten sonraki ilk aylardır. Hastaya iyi bir bakımın verilmesi, bakım verici rolünün kabullenilmesi, yaşanan sıkıntıların az olması amacıyla hastalığın erken evrelerinde bakım verenlerin gereksinimlerin saptanması ve uygun girişimlerin planlanması oldukça önemlidir. Pek çok ülkede inmeli hastalar rehabilitasyon bakım aldıktan sonra eve transfer olmadan transition care (geçiş bakımı) almaktadırlar. Bu bakımda hasta ev koşullarına benzer ortamda günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmek üzere beceriler kazandırılır, evin koşulları sağlık personelinin rehberliğinde düzenlendikten sonra hasta taburcu edilir ve izlemlerle evde hemşire, fizyoterapist ve sosyal çalışmacılar tarafından desteklenir³⁷. Böylece ailede bakım verenlerin yükü azaltılarak, dayanma gücü artırılır.

Gereksinimlerin Türü

Bakım verenlerin gereksinim duydukları alanların belirlenmesi, hastanede ya da evde bakım hizmetleri sunan birimlerinde çalışan hemşire ve diğer sağlık ekibi üyelerine verecekleri hizmeti geliştirmede yardımcı olabilir. İnmeli hastaya bakım veren aile bireylerine yönelik taburculuk aşamasında gereksinim türlerine uygun

programların sunulması, evde bakım sürecinde ise gereksinimler doğrultusunda hemşirelik girişimlerinin devamlılığının sağlanması, bakım verenlerin bakım yükünü azaltılabilir, hastanın ve bakım verenin yaşam kalitesi artırılabilir. Bu yüzden inmeli hastaya bakım verenlerin gereksinimleri ve bu gereksinimlerin türünün belirlenmesi önem taşımaktadır.

İncelenen çalışmaların geneli göz önüne alınarak inmeli hastaya bakım verenlerin gereksinimleri; eğitim, emosyonel, ekonomik, sosyal, enstrumental ve bakıma ilişkin gereksinimler olarak gruplandırılarak tartışılmıştır.

On bir çalışmada gereksinimler **eğitimsel gereksinimler** üzerinde yoğunlaşmıştır. Eğitim gereksinimleri arasında; inme ve sekonder inmeyi önleme, inmenin erken belirtilerini anlama, hizmetler hakkında bilgi alma, sağlık eğitimi, ailenin eğitimi en çok belirlenen gereksinimlerdenidir^{13,16,17,20,21,23,26,27}.

Hafsteinsdóttir ve arkadaşlarının (2011) yapmış olduğu derlemede ise, bakım veren bireylerin eğitim gereksinimleri kapsamında; inme belirtileri, inme nedenleri, risk faktörleri, inme sonuçları, inmenin önlenmesi, sağaltım ve ilaç kullanımı, fiziksel bakım, hareket ettirme, egzersiz, beslenme sorunları, stres yönetimi, iletişim problemleri, hastayla iletişim, ev güvenliği gibi konular ele alınmış olup, bu derlemenin bulguları ile benzerlik göstermektedir.

Emosyonel gereksinimler arasında; aile ilişkilerini düzenleme, iletişim problemlerinin çözümü, rol çatışması, iç çatışma, iletişim, üzüntü ve keder, rutin ve yaşam tarzı değişimleriyle baş etme stres, anksiyete ve depresyon, hastanın ve bakım verenin duyu durum dalgalanmaları, hastada bilişsel bozulma ve depresyonun önlenmesi, hastada kişilik değişimi ve distres, bakım ile ilgili hayal kırıklıklarını ve duyguları paylaşma gereksinimi yer almaktadır^{13,14,16,17,19-24}.

Ekonomik gereksinimler arasında; bakım verme nedeniyle yaşanan parasal ve sigorta sistemi ile ilgili sorunlar, iş, sosyal aktivite, aile ekonomisinin etkilenmesi yer almaktadır^{14,17,19,20,23,24}.

İnmeli hastaya bakım veren aile bireylerinin **sosyal gereksinimleri** kapsamında ise; sınırlı sosyal yaşam, sosyal aktivite eksikliği, toplum desteği aramada başarısızlık, sosyal destek gereksinimi saptanmıştır^{17,19,20,26,27}.

Enstrumental gereksinimler arasında ise; vaka yöneticisi, ev ortamının güvenliği, evde bakım hizmetleri, geçici bakım, gündüz bakım programları, evde yardımcının olması, hasta ve bakım verenin sorularına yanıt vermek üzere sağlık personelinin iletişim kurması, akraba ve arkadaşlara ev ziyaretleri, uzun dönem bakımla ilgili resmi evraklarının düzenlenmesi, araç gereç sağlanması, aileye yardım, ailenin arkadaş desteği, ekstra destek gereksinimi, evde bakım tekniklerini öğrenme gibi gereksinimler yer almaktadır^{13,20,22-24}.

İnmeli hastaya bakım verenlerin; hastayı hareket ettirme ve kaldırma, hastanın ulaşımının sağlanması, beslenme ve diyetinin kontrolü, çiğneme ve yutma güçlüğü gibi beslenme problemleriyle baş etme, giyinme, banyo, eliminasyon gereksinimleri, günlük yaşam aktivitelerine yardım, egzersiz, ilaç kullanımı, disfazi ve bilişsel durum nedeniyle oluşan iletişim problemlerine yardım, hastanın bilişsel ve fiziksel durumunun bozulmasını önleme, hastanın değişen duygularını yönetme gibi gereksinimler genellikle hastanın bakımı ve yaşadığı sorunların çözümüne yönelik konular **bakıma ilişkin gereksinimleri** kapsamında da gruplanmıştır^{7,14,16,17,19-23,26}.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Sistemik incelemede saptanan gereksinimler inmeli hastaya bakım verenlere yönelik toplumsal hizmetlerin planlanmasında kullanılabilir. İnmeli hastaya bakım verenlere yönelik girişimler planlanırken öncelikli gereksinimlerin belirlenmesi ve bu gereksinimleri karşılamaya yönelik programların geliştirilmesi, inmeli hastaya bakım verenlerin gereksinimlerini belirlemeye yönelik ölçeklerin geliştirilmesi ve gereksinimleri belirlerken bu ölçeklerden yararlanılması önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Kee Lee AC, WA Tang S, Kui YU GK, Fai Cheung RT. Incidence and predictors of depression after stroke (DAS). *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice* 2007;11(3):200-206.
2. Karakurt P, Kaşıkçı M. İnmeli bir olgunun yaşam modeline göre incelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2008;11(1):76-84.
3. Schure LM, Van Den Heuvel ETP, Stewart RE, Sanderman R, Witte De LP, Meyboom-De Jong B. Beyond stroke:description and evaluation of an effective intervention to support family caregivers of stroke patients. *Patient Education and Counseling* 2006;62(1):46-55.
4. Greenwood N, Mackenzie A. Informal caring for stroke survivors:metaethnographic review of qualitative literature. *Maturitas* 2010;66(3):268-276.
5. Visser-Meily A, Heughten CV, Post M, Schepers V. and Lindeman E. Intervention studies for caregivers of stroke survivors:a critical review. *Patient Education and Counselling* 2005;56:257-267.
6. Hafsteinsdóttir TB, Vergunst M, Lindeman E, Schuurmans M. Educational needs of patients with a stroke and their caregivers:A systematic review of the literature. *Patient education and counseling* 2011;85(1):14-25.
7. Pierce LL, Gordon M, Steiner V. Families dealing with stroke desire information about self-care needs. *Rehabil Nurs* 2004;29(1):14-17.
8. Bakas T, Farran CJ, Austin JK, Given BA, Johnson EA, Williams LS. Stroke caregiver outcomes from the telephone assessment and skill-building kit (TASK). *Top Stroke Rehabil* 2009a;16:105-121.
9. Bakas T, Farran CJ, Austin JK, Given BA, Johnson EA, Williams LS. Content validity and satisfaction with a stroke caregiver intervention program. *J Nurs Scholarsh* 2009b;41(4):368-375.
10. Kalra L, Evans A, Perez I, Melbourn A, Patel A, Knapp M. and Donaldson N. Training carers of stroke patients:randomised controlled trial. *British Medical Journal* 2004;328:1099-1011.
11. Von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Götzsche PC, Vandenbroucke JP, et al. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) Statement:guidelines for reporting observational studies. *International journal of surgery* 2014;12(12):1495-9.
12. O'Brien BC, Harris IB, Beckman TJ, Reed DA, Cook DA. Standards for reporting qualitative research:a synthesis of recommendations. *Academic medicine:journal of the Association of American Medical Colleges* 2014;89(9):1245-51.
13. Cameron JI, Naglie G, Silver FL, Gignac MA. Stroke family caregivers' support needs change across the care continuum:a qualitative study using the timing it right framework. *Disability and rehabilitation* 2013;35(4):315-324.
14. Creasy KR, Lutz BJ, Young ME, Ford A, Martz C. The impact of interactions with providers on stroke caregivers' needs. *Rehabilitation Nursing* 2013;38(2):88-98.
15. Hinojosa 2007
16. Hinojosa MS, Rittman M. Association between health education needs and stroke caregiver injury. *Journal Of Aging And Health* 2009;21(7):1040-1058.

17. Jullamate P, De Azeredo Z, P ul C, Subgranon R. Thai Stroke Patient Caregivers:Who They Are and What They Need. *Cerebrovascular Diseases* 2006;21(1/2):128-133.
18. Kim JW, Moon SS. Needs of family caregivers caring for stroke patients:based on the rehabilitation treatment phase and the treatment setting. *Social work in health care* 2007;45(1):81-97.
19. Lin SH. Exploratory analysis of Chinese-American family caregivers' needs and instructional video on dressing stroke survivors. *International Journal of Consumer Studies* 2010;34(5):581-586.
20. Perry L, Middleton S. An investigation of family carers' needs following stroke survivors' discharge from acute hospital care in Australia. *Disability and rehabilitation* 2011;33(19-20):1890-1900.
21. MacIsaac L, Harrison MB, Buchanan D, Hopman WM. Supportive care needs after an acute stroke:A descriptive enquiry of caregivers' perspective. *Journal of Neuroscience Nursing* 2011;43(3):132-140.
22. Mackenzie A, Perry L, Lockhar, E, Cottee M, Cloud G, Mann H. Family carers of stroke survivors:needs, knowledge, satisfaction and competence in caring. *Disability Rehabilitation* 2007;29(2):111-121.
23. Mak AK, Mackenzie A, Lui MH. Changing needs of Chinese family caregivers of stroke survivors. *Journal of Clinical Nursing* 2007;16(5):971-979.
24. El Masry Y, Mullan B, Hackett M. Psychosocial Experiences and Needs of Australian Caregivers of People with Stroke:Prognosis Messages, Caregiver Resilience, and Relationships. *Topics in stroke rehabilitation* 2013;20(4):356-368.
25. Oliveira BC, Garanhani ML, Garanhani MR. Caregivers of people with stroke:needs, feelings and guidelines provided. *Acta Paulista de Enfermagem* 2011;24(1):43-49.
26. Park YH. Day healthcare services for family caregivers of older people with stroke:needs and satisfaction. *Journal of advanced nursing* 2008;61(6):619-630.
27. Smith SD, Gignac MA, Richardson D, Cameron JI. Differences in the experiences and support needs of family caregivers to stroke survivors:does age matter? *Topics in stroke rehabilitation* 2008;15(6):593-601.
28. Yeung EH, Szeto A, Richardson D, Lai SH, Lim E, Cameron JI.. The experiences and needs of Chinese-Canadian stroke survivors and family caregivers as they re-integrate into the community. *Health social care in the community* 2015;23(5):523-531.
29. Epstein-Lubow GP, Beevers CG, Bishop DS, Miller IW. Family functioning is associated with depressive symptoms in caregivers of acute stroke survivors. *Archives of physical medicine and rehabilitation* 2009;90(6):947-955.
30. McCullagh E, Brigstocke G, Donaldson N, Kalra L. Determinants of caregiving burden and quality of life in caregivers of stroke patients. *Stroke* 2005;36(10):2181-2186.
31. Temizer H, Gozum S. Impact of nursing care initiatives on the knowledge level and perception of caregiving difficulties of family members providing home care to stroke patients. *HealthMed* 2012;6(8):2681-2688.
32. Yu Y, Hu J, Efird JT, McCoy TP. Social support, coping strategies and health-related quality of life among primary caregivers of stroke survivors in China. *Journal of clinical nursing* 2013; 22(15-16):2160-2171.
33. Carod-Artal F, Ferreira CL, Trizotto DS, Menezes MC. Burden and perceived health status among caregivers of stroke patients. *Cerebrovascular Diseases (Basel, Switzerland)* 2008;28(5):472-480.
34. Taşdelen P, Ateş M. Evde Bakım Gerektiren Hastaların Bakım Gereksinimleri ile Bakım Verenlerin Y k n n Değerlendirilmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 2012;9(3):22-29.
35. Tekin  n r H. Toplumsal cinsiyet ekseninde yaşlı bakımı. *International Journal of Social Science* 2015;37:185-202.
36. Mantzoukas S. The research evidence published in high impact nursing journals between 2000 and 2006:A quantitative content analysis. *International Journal of Nursing Studies* 2009;46(4):479-489.
37. Naylor M, Keating SA. Transitional care:Moving patients from one care setting to another. *The American journal of nursing*, 2008;108(9 Suppl):58-63.

Bireylerin Akılcı İlaç Kullanımıyla İlgili Bilgi ve Uygulamaları

Individuals' Knowledge and Practices About Rational Drug Use

(Araştırma)

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2016, 3(3), 44-55

Şükrü EKENLER¹, Deniz KOÇOĞLU²

¹Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Konya, Türkiye

²Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Konya, Türkiye

Geliş Tarihi: 09 Ağustos 2016

Kabul Tarihi: 18 Ekim 2016

ÖZ

Amaç: Bu çalışma, bireylerin akılcı ilaç kullanımına yönelik bilgi ve uygulamalarının incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı türdeki çalışma 141 birey ile yürütülmüştür. Veriler Akılcı İlaç Kullanım Anketi ile yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı analiz yöntemleri ve ki-kare testi kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmada bireylerin %77,3'ü doktor tavsiyesi olmadan ilaç kullandıklarını, %26,2'si doktora danışmadan ilaç dozlarını artırıp/azalttıklarını, %84,4'ü doktorun önerdiği ilaç saatlerine uyduklarını, %77,3'ü de doktorun önerdiği süreden önce ilaç kullanmayı bıraktıklarını ifade etmişlerdir.

Sonuç: Akılcı ilaç kullanımı konusunda bireylerin geliştirilmesi gereken sağlık davranışları bulunmaktadır. Özellikle doktora danışmadan ilaç kullanımı ve ilacın önerilen süreden önce bırakılması en önemli sorun olarak değerlendirilmelidir. Bu sonuçlar doğrultusunda akılcı ilaç kullanma davranışlarını arttırmaya yönelik rehberlik ve danışmanlık programlarının oluşturulması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Akılcı ilaç kullanımı, bilgi, ilaçlar, uygulama

ABSTRACT

Aim: This study was carried out to examine individuals' knowledge and practices towards rational drug use.

Material and Methods: This descriptive study was conducted with 141 individuals. Data was collected with Rational Drug Use Survey in face to face interviews. Descriptive analysis methods and chi-square test were used in data analysis.

Results: In this study; 77.3% of the participants said that they used drugs without consulting a doctor, 26.2% increased/decreased their drug doses without consulting a doctor, 84.4% followed the drug-taking hours advised by their doctors, 77.3% stopped using the drugs before the time advised by their doctors.

İletişim : deniizkocoglu@gmail.com

Conclusion: Regarding to rational drug use, individuals have health behaviors that need to be improved. Especially, drug use without consulting a doctor and stopping use of drugs before advised duration should be considered as the most important problems. In the direction of these results, it is suggested to develop guidance and counseling programs towards improving rational drug use behaviors.

Key Words: Rational drug use; knowledge; drugs; practice

GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) akılcı ilaç kullanımını “bireylerin klinik bulgularına ve bireysel özelliklerine göre uygun ilacın, uygun süre ve dozda, en düşük maliyetle ve kolayca sağlanabilmesi” olarak tanımlanmıştır¹. Akılcı ilaç kullanımı (AİK) hastaya doğru tanının konmasından başlayıp, hastanın özelliklerine göre en etkin tedavinin seçilmesi, tedavinin başlanması, sonuçların izlenmesi ve değerlendirmesini içeren sistematik bir yaklaşımdır². İlaçtan beklenen en yüksek faydanın sağlanabilmesi için ilaçların bu şekilde kullanılması zorunludur.

Akılcı ilaç kullanımı dışında kalan diğer uygulamalar akılcı olmayan ilaç kullanımı olarak değerlendirilmektedir. Akılcı olmayan ilaç kullanımı hastaların ilaçtan yeterince fayda görememelerine sebep olmakta ve ekonomik açıdan bakıldığında ise ülke ekonomisine büyük bir yük getirmektedir. Türkiye’de 2002 yılında tüketilen ilaç kutu sayısı 699 milyon iken %146 artarak 2011 yılında 1 milyar 721 milyon kutuya ulaşmıştır. Aynı dönemde kamu ilaç harcaması 2011 fiyatlarıyla 13 milyar 430 milyon Türk Lirasından %18 artarak 15 milyar 865 milyon Türk Lirasına çıkmıştır³. Ülkemizde tedavi gruplarına göre ilaç tüketimini %11,6 antibiyotikler, %9,4 oranla onkoloji, %8,5 kardiyovasküler, %7,0 antiromatizmal, %5,8 nöroloji, %4,9 solunum sistemine yönelik ilaçlar oluşturmaktadır⁴.

AİK’nın bir dizi unsurun akılcılığına bağlı olduğu söylenmektedir ve bu unsurlar; ilaçların akılcı seçimi, ilaç lojistiğinin akılcılığı, reçete yazma sürecinin akılcılığı, reçete yanıtılam sürecinin akılcılığı, ilaçların akılcı tüketimi, ilaç bilgisi desteğinin ve ilaç yönetiminin akılcılığı olarak sınıflandırılmaktadır⁵. İlaç kullanımına karar veren hekim, ilacı uygun şartlarda sağlayan eczacı, ilacı uygulayan hemşire ve tedavi uygulanan hasta, AİK’da sorumluluk taşıyan tarafları oluşturmaktadır¹. AİK herhangi bir sürecinde meydana gelen sorun beraberinde akılcı olmayan ilaç kullanımını getirmektedir.

Akılcı olmayan ilaç kullanımının büyük bir bölümünü; çoklu ilaç kullanımı (Polifarmasi), ilaçların gereksiz ve aşırı kullanımı, klinik rehberlere uygun olmayan reçetelemenin yapılması, uygun olmayan kişisel tedavilere başvurulması ve yeni ilaçların uygun olmayan tercihi oluşturmaktadır. Akılcı olmayan ilaç kullanımı az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde daha fazla olmakla birlikte, tüm ülkelerin önemli bir sağlık sorunu olarak karşımıza çıkmakta ve aynı zamanda akılcı olmayan ilaç kullanımı, düzeltilmesi zor olan bir alışkanlık olarak kabul edilmektedir⁵.

Yapıcı ve arkadaşlarının (2011) yaptıkları bir çalışmada araştırmaya katılanların % 26’sının doktor tavsiyesi olmadan ilaç kullandıkları, % 15’inin evlerinde bulunan ilaçları kullandıkları, %43.7’sinin ise ilaçları kullanılması gereken süreden önce bıraktıkları tespit etmişlerdir⁶. Özçelikayın (2001) yaptığı bir çalışmada ise doktora başvurmadan

ilaç kullanım oranı %75,5 olduğu bu ilaçların % 54'luk kısmını ağrıkesiciler, %8'ini antibiyotikler, %5'ini ise soğuk algınlığı ilaçları oluşturduğu tespit edilmiştir⁷.

Sağlık hizmetlerinde önemli bir rol alan hemşirelik mesleği; insanı tanımayı ve insanın sağlık/hastalık durumlarında gereksinim duyduğu bakım ve uygulamaları gerçekleştirmeyi sağlamayı hedeflemektedir⁸. İlaç tedavisine başlanması hekimin; uygulanması ve izlenmesi ise hemşirenin görevleri arasındadır⁹. İlaçların güvenlik ölçütleri içinde kullanımını sağlama, hemşirelerin en önemli sorumlulukları arasındadır. İlaçların etkisini, yan etkisini gözlemleyen ve ortaya çıkan olumsuz bir durumda hastayı ilk değerlendiren ve hekime bilgi veren hemşireler; kullanılan ilaçların etkisini, yan etkisini, uygulama şeklini ve diğer ilaçlarla etkileşimini değerlendirerek; doğru ilacı, doğru dozda, doğru zamanda, doğru kişiye, doğru yoldan uygulamalıdır¹⁰.

İlaçlar, bireysel ve toplumsal düzeyde hastalıkların önlenmesi ve hastalıklarla mücadele konusunda büyük öneme sahip teknolojik ürünler olduğu için halk sağlığı açısından da bu değerli kaynağın akılcı kullanımı esastır¹¹. Halk sağlığı; birey, aile ve toplum sağlığını hedef almaktadır ve AİK bu üç düzeyde sağlığın sürdürülmesinde önemlidir⁸. Akılcı olmayan ilaç kullanımında; eğitimin yetersiz olmasının yanında sosyokültürel, ekonomik, yönetsel ve düzenleyici mekanizmalar gibi birçok nedeni vardır. Bu nedenlerin çoğu birbirini etkilemekte ve sorunu daha da karmaşık hale getirmektedir¹¹. Bu nedenle durumun halk sağlığı bakışı ile incelenmesi gerekmekte ve bu bakış açısı da halk sağlığı hemşirelerine bazı sorumluluklar yüklemektedir.

Ailelerin, halk sağlığı hemşireleri tarafından ilaç kullanımı yönünden periyodik olarak değerlendirilmeleri ve toplumun bu konuda etkin eğitim programlarıyla bilinçlendirilmesi gerekmektedir. Halk sağlığı hemşireleri toplumsal anlamda akılcı ilaç kullanımının yaygınlaşmasına büyük katkı sağlayabilir. Hasta poliklinikte veya hastanede tedavi sonrasında ilacının kullanımı düzenlenerek evine gönderilir. Artık hasta ilaç tedavisini evde kendisi yürütür. Ev ortamında sağlık personelinin gözlem ve desteği olmaması ilacı uygunsuz kullanım riskini artırmaktadır ve bu riskin azaltılmasında halk sağlığı hemşirelerine önemli görevler düşmektedir. Bu çalışmada hizmet alan grubun akılcı ilaç kullanımındaki davranışlarının belirlenmesine daha fazla ağırlık verilmiştir. Araştırma sonucunda elde edilen veriler bölge halkının akılcı ilaç kullanımı hakkında bilgi ve uygulamalarını ortaya koymaktadır ve halk sağlığı hemşirelerinin hizmet verdiği bireyleri akılcı ilaç kullanımı bakımından tanınmasına fırsat sağlamaktadır. Araştırma bireylerin evlerinde akılcı ilaç kullanımı hakkında bilgi ve uygulamalarının belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Araştırma Soruları

1. Bireylerin akılcı ilaç kullanımı ile ilgili özellikleri nelerdir?
2. Akılcı ilaç kullanımı ile sosyodemografik özellikler arasında ilişki var mıdır?

YÖNTEM

Araştırmanın Tipi ve Yeri

Araştırma Mayıs - Haziran 2014 tarihleri arasında Konya'nın merkez ilçelerinden birinde bulunan Aile Sağlığı Merkezi'nin (ASM) hizmet verdiği bireylerin, akılcı ilaç

kullanımına yönelik bilgi ve uygulamalarının incelenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmış bir çalışmadır.

Araştırmanın Evreni ve Örneği

Araştırmanın evrenini, Konya'nın merkez ilçesindeki bir ASM'nden hizmet alan bireyler oluşturmaktadır. ASM'nin hizmet verdiği bölgede 3847 birey ve 1099 hane vardır. Araştırmanın örnek büyüklüğünün belirlenmesinde "bir toplumdaki oranın belirli bir kesinlikle tahmininde - "Estimating a proportion with specified absolute precision-" belirlemesi için önerilen (Lwanga ve Lemeshow 1991) bir tablodan yararlanılmıştır. "Bir üniversite hastanesine başvuran hastaların hasta olduklarındaki tutumları ve ilaç kullanım alışkanlıkları" adlı araştırmada bildirdiği akılcı olmayan ilaç kullanım oranından (%25,6) yararlanılmıştır (12) Ayrıca %90 güven düzeyinde ve %6 kesinlik dikkate alınmış ve tabloda bildirilen örnek büyüklüğünün 141 olduğu bulunmuştur. Örneklemin özelliğini, yaş grubu 18 yaş ve üzerinde olan ve çalışmanın yapıldığı Mayıs - Haziran 2014 tarihleri arasında yapılan ev ziyaretlerinde evde bulunan yetişkinler ya da ASM merkezine hizmet almak için başvuran bireyler oluşturmaktadır.

Veri Toplama Araçları

Veri toplama aracı olarak, araştırmacı tarafından literatür¹⁰⁻¹² taranarak oluşturulan anket formu kullanılmıştır. Bu anket formu; sosyodemografik özellikler (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, aile tipi, aile gelir durumu, sağlık güvencesi) ve akılcı ilaç kullanımının değerlendirilmesine yönelik sorulardan (doktorun önerdiği ilaçları önerdiği süreden önce bırakma, doktor tavsiyesi olmadan ilaç kullanma, doktora danışmadan ilaç doz arttırıp ya da azaltma ve doktorun önerdiği ilaç saatlerine uyma durumları) oluşmaktadır.

Verilerin Toplanması

Veriler araştırmacı tarafından Mayıs - Haziran 2014 tarihleri arasında ev ziyaretleriyle ya da ASM'ye başvuran bireylerle yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Ev ziyaretlerinin yapılacağı evler; araştırmanın yürütüldüğü bölgedeki cadde ve sokaklarda bulunan evlerden gelişigüzel bir şekilde seçilmiştir. Her bir bireyden veri toplama işlemi yaklaşık 15 dk. sürmüştür.

Verilerin Analizi

Araştırmadan elde edilen veriler bilgisayar ortamında tanımlayıcı istatistiksel analizler (frekans, yüzde dağılım, standart sapma) ve analitik istatistikler (Ki-kare testi) kullanılarak değerlendirilmiştir.

Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler

Araştırmanın bağımsız değişkenlerini; sosyodemografik özellikler (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, aile tipi, ailede yaşayan birey sayısı ve aile gelir durumu) oluşturmaktadır. Bağımsız değişkenlerden yaş ve gelir durumunda gruplarda yeterince birey olmaması

nedeniyle karşılaştırmalarda kullanılmamıştır. Araştırmanın bağımlı değişkeni ise; ailelerin akılcı ilaç kullanımınıdır. Bu çalışmada akılcı ilaç kullanımını unsurlarından; uygun ilacın, uygun süre ve dozajda kullanımları üzerinde durulmuştur.

Etik Konular

Bu araştırmanın uygulanabilmesi için Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 26.03.2014 tarihli 2014/27 karar sayılı etik kurul izni alınmıştır. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Staj uygulaması kapsamında gerekli izinler alınarak araştırma yürütülmüştür. Veri toplama sırasında gerekli açıklamalar yapılarak bireylerden aydınlatılmış onam alınmıştır.

BULGULAR

Araştırmaya katılanların %74,5'i kadın (n=105), %25,5'i erkek (n=36) olup yaş ortalaması 41,5±16,8 olarak bulunmuştur. Araştırmaya katılan ailelerin %78,7'si çekirdek (n=111), %21,3 ise geniş aileye (n=30) sahiptir ve %73'ünün eğitim düzeyi ilköğretim ve altıdır. Araştırmaya katılanların %85,8'inin aile birey sayısı 1-5 arasında, %14,2'sinin ise birey sayısı 6-10 arasındadır. Gelirini %10,6'sı iyi (n=15), %75,9'u orta (n=107), %13,5 ise kötü (n=19) olarak algılamaktadır.

Tablo 1'de çalışmaya katılan bireylerin akılcı ilaç kullanımıyla ilgili özellikleri görülmektedir. Çalışmadaki bireylerin doktor tavsiyesi olmadan ilaç kullanma (%77,3) ve doktorun önerdiği süreden önce ilaç bırakma durumlarının (%77,3) yüksek olduğu saptanmıştır. Çalışmaya katılan bireylerin doktora danışmadan ilaç dozlarını değiştirme durumlarının (%26,2), değiştirmeme durumlarına göre (%73,8) daha düşük olduğu belirlenmiştir. Ayrıca bireylerin ilaçlarını uygun saatte kullanma durumlarının (%15,6) kullanmama durumlarına göre (%84,4) daha düşük olduğu görülmektedir.

Tablo 2'de araştırmaya katılan bireylerin ilaç kullanımı ile ilgili bazı özellikleri görülmektedir. Bireylerin akraba tavsiyesine göre ilaç kullanma oranı %66 ve kullanılan ilacın yan etkilerini bilme oranı % 76,6, doktor tavsiyesi olmadan ağrı kesici kullanma oranı %94,3, merhem kullanma oranı ise % 76,6 olarak belirlenmiştir. Bireylerin doktora danışarak; antibiyotik (%84,4), grip-soğuk algınlığı (%58,9), vitamin (%63,8), mide (%89,4), göz damlası (%95), burun spreyi (%92,9), alerji (%85,1) ilaçlarını kullanma durumları, danışmadan kullanma durumlarına göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bireylerin neredeyse tamamına yakını (%93,6) sakladıkları ilacı kullanmaktadır. Ayrıca Tablo 2'de bireylerin hastalık durumlarında ilk ne yaptıkları incelenmiştir. Tabloya göre ilk sırada alternatif tıp tedavilerini kullanımı (%38,3), daha sonra hastaların kendi deneyimlerine göre ilaç kullanımı (%24,8), bir süre bir şey yapmama durumu (%21,3), son olarak da doktora danışma (%15,6) gelmektedir.

Tablo 3'te bazı sosyodemografik değişkenler ile akılcı ilaç kullanımı arasındaki ilişki görülmektedir. Doktor tavsiyesi olmadan ilaç kullanma durumları, bireylerin cinsiyetlerine (p=0,58) ve eğitim durumlarına (p=0,24) göre oluşturulan gruplar arasında benzer bulunmuştur. (p>0,05). Bireylerin doktor tavsiyesi olmadan ilaç kullanma durumlarında aile tiplerine (p=0,01) ve ailedeki birey sayılarına (p=0,04) göre istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmıştır. Çekirdek ailede yaşayanların

Tablo 1. Araştırmaya katılan bireylerin akılcı ilaç kullanımı ile ilgili özellikleri

| Akılcı İlaç Kullanım Özellikleri | Evet | | Hayır | |
|--|------|------|-------|------|
| | Sayı | % | Sayı | % |
| Doktor tavsiyesi olmadan ilaç kullanma durumu | 109 | 77,3 | 32 | 22,7 |
| Doktorun önerdiği süreden önce ilaç bırakma durumu | 109 | 77,3 | 32 | 22,7 |
| Doktora danışmadan ilaç dozunu değiştirme durumu | 37 | 26,2 | 104 | 73,8 |
| Doktorun önerdiği saatte ilacı kullanma durumu | 119 | 84,4 | 22 | 15,6 |

Tablo 2. Araştırmaya katılan bireylerin ilaç kullanımı ile ilgili bazı özellikleri

| İlaç Kullanım Özellikleri* | Evet | | Hayır | |
|---|------|------|-------|------|
| | Sayı | % | Sayı | % |
| Akraba tavsiyesine göre ilaç kullanma durumu | 93 | 66,0 | 48 | 34,0 |
| Kullandığı ilacın yan etkilerini bilme durumu | 108 | 76,6 | 33 | 23,4 |
| Doktora danışmadan ağrı kesici kullanma durumu | 133 | 94,3 | 8 | 5,7 |
| Doktora danışmadan antibiyotik kullanma durumu | 22 | 15,6 | 119 | 84,4 |
| Doktora danışmadan grip-soğuk algınlığı ilacı kullanma durumu | 58 | 41,1 | 83 | 58,9 |
| Doktora danışmadan vitamin ilacı kullanma durumu | 51 | 36,2 | 90 | 63,8 |
| Doktora danışmadan mide ilacı kullanma durumu | 15 | 10,6 | 126 | 89,4 |
| Doktora danışmadan göz damlası kullanma durumu | 7 | 5,0 | 134 | 95,0 |
| Doktora danışmadan burun spreyi kullanma durumu | 10 | 7,1 | 131 | 92,9 |
| Doktora danışmadan alerji ilacı kullanma durumu | 21 | 14,9 | 120 | 85,1 |
| Doktora danışmadan merhem kullanma durumu | 108 | 76,6 | 33 | 23,4 |
| Sakladığı ilacı kullanma durumu | 132 | 93,6 | 9 | 6,4 |
| Hastalık Durumunda İlaç Kullanma Özellikleri** | | | | |
| Bir süre bir şey yapmam | 30 | 21,3 | | |
| Kendi tecrübelerime göre ilaç kullanırım | 35 | 24,8 | | |
| Alternatif tıp tedavilerini kullanırım | 54 | 38,3 | | |
| Doktora danışırım | 22 | 15,6 | | |
| *Satır yüzdesi alınmıştır. **Sütun yüzdesi alınmıştır. | | | | |

Tablo 3. Bazı Sosyodemografik Değişkenler ile Akılcı İlaç Kullanımı Arasındaki İlişki

| | Doktor tavsiyesi olmadan ilaç kullanma | | | | Doktora danışmadan ilaç doz artırma ya da azaltma | | | | Doktorun önerdiği ilaçları önerdiği süreden önce bırakma | | | | Doktorun önerdiği ilaç saatlerine uymama | | | | |
|--------------------------|--|------|-------|------|---|------|-------|------|--|------|-------|------|--|------|-------|------|----------------|
| | Evet | | Hayır | | Evet | | Hayır | | Evet | | Hayır | | Evet | | Hayır | | |
| | Sayı | % | Sayı | % | Sayı | % | Sayı | % | Sayı | % | Sayı | % | Sayı | % | Sayı | % | |
| Cinsiyet | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Kadın | 80 | 76,2 | 25 | 23,8 | 26 | 24,8 | 79 | 75,2 | 80 | 76,2 | 25 | 23,8 | 91 | 86,7 | 14 | 13,3 | $\chi^2=1,609$ |
| Erkek | 29 | 80,6 | 7 | 19,4 | 11 | 30,6 | 25 | 69,4 | 29 | 80,6 | 7 | 19,4 | 28 | 77,8 | 8 | 22,2 | $p=0,205$ |
| Aile tipi | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Çekirdek | 96 | 86,5 | 15 | 13,5 | 27 | 24,3 | 84 | 75,7 | 96 | 86,5 | 15 | 13,5 | 96 | 86,5 | 15 | 13,5 | $\chi^2=1,729$ |
| Geniş | 20 | 66,7 | 10 | 33,3 | 10 | 33,3 | 20 | 66,7 | 20 | 66,7 | 10 | 33,3 | 23 | 76,7 | 7 | 23,3 | $p=0,188$ |
| Aile Birey Sayısı | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1-5 kişi | 97 | 80,2 | 24 | 19,8 | 33 | 27,3 | 88 | 72,7 | 97 | 80,2 | 24 | 19,8 | 104 | 86,0 | 17 | 14,0 | $\chi^2=1,563$ |
| 6-10 kişi | 12 | 60,0 | 8 | 40,0 | 4 | 20,0 | 16 | 80,0 | 12 | 60,0 | 8 | 40,0 | 15 | 75,0 | 5 | 25,0 | $p=0,211$ |
| Eğitim Durumu | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| İlkokul ve altı | 59 | 73,8 | 21 | 26,3 | 23 | 28,7 | 57 | 71,3 | 59 | 73,8 | 21 | 26,3 | 69 | 86,3 | 11 | 13,8 | $\chi^2=0,482$ |
| Ortaokul ve üstü | 50 | 82,0 | 11 | 18,0 | 14 | 23,0 | 470 | 77,0 | 50 | 82,0 | 11 | 18,0 | 50 | 82,0 | 11 | 18,0 | $p=0,487$ |

yaşamayanlara, ailede birey sayısı 1-5 kişi olanların 6-10 olanların göre doktor tavsiyesi olmadan ilaç kullanma oranları yüksek belirlenmiştir ($p<0,05$). Bireylerin doktora danışmadan ilaç kullanım dozlarını arttırma ya da azaltma durumları cinsiyet ($p=0,49$), eğitim durumları ($p=0,43$), aile tipleri ($p=0,32$) ve ailedeki birey sayılarına ($p=0,49$) göre istatistiksel açıdan anlamlı bir fark tespit edilememiştir ($p>0,05$). Bireylerin doktorun önerdiği ilaçları önerdiği süreden önce bırakma durumları cinsiyet ($p=0,58$) ve eğitim durumlarına ($p=0,24$) göre farklılık göstermezken ($p>0,05$); aile tipleri ($p=0,01$) ve ailedeki birey sayılarına göre ($p=0,04$) istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Çalışmadaki bireylerin doktorun önerdiği ilaç saatlerine uymama durumları; cinsiyet ($p=0,20$), eğitim durumları ($p=0,48$), aile tipleri ($p=0,18$) ve ailedeki birey sayılarına ($p=0,21$) göre istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

TARTIŞMA

Akılcı ilaç kullanımı sürecinin basamaklarını; hekim, hemşire, eczacı ve hasta oluşturmaktadır¹³. Bu çalışmada bireylerden kaynaklanabilecek bazı akılcı ilaç kullanım hataları üzerinde durulmuştur.

Araştırmaya katılanların büyük bir bölümünü kadınlar (%74,5) oluşturmaktadır. Bu durumun araştırmanın yapıldığı zaman aralığının gündüz saatleri içerisinde olmasına bağlı olduğu düşünülebilir. Ayrıca kadınların akılcı ilaç kullanımı yönünden değerlendirilmesinin, aile bireylerinin hastalığı durumunda bakım sorumluluğunu kadınların daha fazla üstlenmesi nedeniyle ailelerin akılcı ilaç kullanım davranışı hakkında bilgi sağlama olasılığı vardır. Araştırmaya katılanların eğitim durumları incelendiğinde %73,0'ı ilkökul ve altı bir eğitime sahip olduğu görülmektedir. Araştırmaya katılanların algıladıkları gelir durumu incelendiğinde gelir durumunu orta-düşük olarak algılayanların oranı %89,4'tür. Araştırmanın yapıldığı bölge sosyo-ekonomik açıdan dezavantajlı bir bölge olup, araştırmadan elde edilen bulgularda, çalışmaya katılanların düşük eğitimli ve gelirli olduğunu yani toplumsal riskler bakımından dezavantajlı grupta yer aldıklarını göstermektedir. Bu nedenle sosyoekonomik yönden dezavantajlı bir bölgeye ait bu sonuçlar akılcı ilaç kullanımı ile ilgili geliştirilecek stratejiler için veri sağlamaktadır.

Araştırmaya katılanların akılcı ilaç kullanım özellikleri incelendiğinde (Tablo 1) bireylerin %77,3'ü hekim tavsiyesi olmadan ilaç kullandıklarını ifade etmişlerdir. Uskun ve arkadaşları (2004) ile Pınar ve arkadaşlarının (2013) ilaç kullanımı üzerine yaptıkları çalışmalarda da doktor tavsiyesi olmadan ilaç kullanım oranını bu çalışma ile benzer bulmuşlardır^{14,15}. Ouédraogo ve arkadaşları (2015) belirli bir sağlık sorunu olan bireyler üzerinde yaptığı çalışmalarında bireylerin yaklaşık dörtte üçünün kendi başına ilaç kullanma alışkanlıkları olduğunu göstermiştir¹⁶. Yapıcı ve arkadaşlarının (2011) yaptığı bir çalışmada ise doktor tavsiyesi olmadan ilaç kullanım oranı (%26) çalışma sonuçlarından farklılık göstermektedir⁶. Bu farklılığın araştırmanın yapıldığı bölgenin sosyo-ekonomik ve kültürel özelliklerinden kaynaklandığı düşünülmüştür. Bireylerin kendi başına ilaç kullanma oranının yüksek olması erken tanı fırsatının kaçırılmasına, antibiyotiklere direnç geliştirilmesine, bulaşıcı hastalıkların yayılmasına, tedavi olunmamasına, komplikasyon gelişmesine ve ilaç yan etkilerinden dolayı sistem ve organlarda yan etkilerin ortaya çıkması gibi bir dizi soruna neden olabilir. Bu

nedenle sağlık personelleri bireylere hastalık durumunda etkin yardım arama ve sağlık hizmeti kullanma davranışı geliştirmeleri konusunda danışmanlık ve sağlık eğitimi hizmeti vermelidir. Ayrıca bireylerin ilaca ulaşma konusunda yönlendirici ve kısıtlayıcı düzenlemelerin varlığı ve uygulanmasının önemi ortaya çıkmaktadır. DSÖ'ne ait veriler, bireylerin kendi kendilerine ilaç kullanma alışkanlıklarının olmasının tüm dünyayı ilgilendiren bir sorun olduğunu, özellikle bu sorunun ülkelerin temel ilaç politikalarıyla ilgisi olduğunu göstermektedir¹⁷.

Araştırmaya katılanların doktorun önerdiği süreden önce ilaç kullanmayı bırakma oranı da yine %77,3 gibi yüksek bir orandadır (Tablo 1). Şendir ve arkadaşlarının (2015) ile Pınar ve arkadaşlarının (2013) yaptığı çalışmada; hastaların iyileştiğini düşündüklerinde, kendini daha iyi hissettiklerinde ve daha fazla ilaç kullanmayı istemedikleri durumlarda doktorun önerdiği süreden önce ilaç kullanımını bıraktıkları görülmüştür ve bu durum araştırma sonuçları ile benzerlik göstermektedir^{15,18}. Bireylerin doktorun önerdiği süreden önce ilaç kullanımını bırakmaları etkin tedavinin yapılamamasına, hastalıkların tekrarlanmasına ve komplikasyonların gelişmesine neden olmaktadır. Bu durumun sonucu olarak hastalıklar kronikleşebilmekte, tedavi giderleri artırmakta hatta sakatlık ve erken ölümler görülebilmektedir. Akılcı ilaç kullanımında hastalara düşen görevlerin başında; ilacın önerilen süre boyunca kullanmaları gelmektedir ve bu bütün hastalara muayene sonrası sağlık ekibinin bütün üyeleri tarafından bu konu ısrarla hatırlatılmalıdır.

Araştırmaya katılanların doktora danışmadan ilaç dozunu değiştirme durumu incelendiğinde %73,8'i doktora danışmadan ilaç dozunu değiştirmediklerini ifade etmişlerdir (Tablo 1). Yapıcı ve arkadaşlarının (2011) yaptığı bir çalışmada da doktorun önerdiği dozda ilaç kullanım oranı çalışma sonuçlarına benzerlik göstermektedir⁶. Araştırmaya katılanların ilaçları doktorun önerdiği saatlerde kullanmaları incelendiğinde, bireylerin %84,4'ü ilaçları önerilen saatlerde aldıklarını ifade etmişlerdir. Yılmaz ve arkadaşları (2011) tarafından yapılan bir çalışma sonuçları ile araştırmanın sonuçları benzerlik göstermektedir¹⁹. Bu iki bulgu bir arada değerlendirildiğinde, ilaç dozları ve saatleri konusunda hastaların daha uyumlu oldukları gözükse bile yine de ilaç dozlarını değiştiren ya da istenilen sıklıkla kullanmayan hastaların oranının da azımsanmayacak düzeyde olduğunu da göstermektedir.

Araştırmaya katılanların akraba/arkadaş/komşu tavsiyesine göre ilaç kullanımı %66 gibi ciddi bir orana sahiptir (Tablo 2). Ülkemizde yapılan benzer çalışmalar da akraba/arkadaş/komşu tavsiyesine göre ilaç kullanım oranlarının yüksek olduğu görülmektedir^{6,20-22}. Yousef ve arkadaşlarının çalışmasında da (2008) arkadaş/komşuların tavsiyesinin, bu çalışma kadar yüksek olmasa da ilaç kullanımının da etkili rol oynadıkları görülmektedir²³. Bu durum insanların ilaç kullanımında birbirlerini güçlü bir şekilde etkilediklerini ve yakın çevreden danışmanlık almanın hastalık durumunda başvurulmuş bir yardım arayıcı davranış olduğunu göstermektedir. Ancak bu akılcı ilaç kullanımıyla çelişmektedir. Araştırmaya katılanların kullandığı ilacın yan etkilerini bilme durumuna bakıldığında bireylerin büyük bir kısmı ilacın yan etkilerini bildiğini ifade etmiştir. Ancak yan etkileri bilme durumu, yan etkileri takip ettiklerini ya da gözlemledikleri durumunda nasıl bir yol izledikleri hakkında bilgi vermemektedir. Çalışmada bireylerin doktora danışmadan en sık kullandıkları ilaç türleri değerlendirildiğinde ağrı kesici, merhem, grip-soğuk algınlığı ve vitamin

ilaçlarının olduğu görülmektedir. Yapılan çalışmalarda da ağrı kesici kullanımı^{6,7,14,22,24} ve grip-soğuk algınlığı ilacı kullanma^{6,7,14,22} durumu reçetesiz kullanılan ilaçların başında gelmektedir. Bilgili ve Karatay'ın (2005) çalışmasında ülkemizde ağrı kesici ve vitamin grubu ilaçların yan etkileri düşünülmeden kullanılan ilaçlar olduğunu belirtmekte ve uygun olmayan kullanımlarında tehlikeli olabileceğinin göz ardı edildiğini bildirmektedir²⁰. Bunun yanı sıra çalışma bulguları çoğu ilaç türünde reçetesiz kullanımın olduğunu göstermektedir. Özellikle bunlar içinde akılcı olmayan antibiyotik kullanımı birey sağlığı yanı sıra toplum sağlığı açısından da risk oluşturmaktadır. Enfeksiyon hastalıklarında antibiyotiklerin etkili olabilmesi için akılcı antibiyotik kullanımının tek seçenek olması önemlidir. Bu bulguların yanı sıra sakladığı ilacı kullanma oranlarının (%93,6) yüksekliği ise uygun olmayan tedavinin ortaya çıkmasının yanı sıra uygun koşullarda saklanmadığı için tedavi etkisi ortadan kalkmış ve yeterli dozu içermeyen ilaçların kullanılma riskini ortaya çıkartabilir. Araştırmaya katılanların hastalandıklarında nasıl bir yardım arayıcı davranış içinde olduğuna bakıldığında bireylerin %38,3'ü alternatif tıp tedavileri kullandığını, %24,8'i kendi tecrübelerine göre ilaç kullandığını, %21,3'ü bir süre bir şey yapmadığını ve daha düşük bir oranda ise (%15,6) doktora danıştığını ifade etmiştir. Bireylerin hasta olduklarında beklenen davranış bir hekime başvurmaları ve hekimin reçete ettiği ilacı hekimin önerdiği dozda ve sürede kullanmalarıdır. Bu veriler ülkemizde akılcı ilaç kullanımı bilincinin yeterince gelişmediğini göstermesi bakımından önemlidir.

Araştırmaya katılan bireylerin doktora danışmadan ilaç dozunu azaltma/artırma durumu ve doktorun önerdiği ilaç saatlerine uyma davranışını gösterme oranlarının cinsiyet, aile tipi, ailedeki birey sayısı ve eğitim durumuna göre değişmediği belirlenmiştir. Doktor tavsiyesi olmadan ilaç kullanımı ve doktorun önerdiği süreden önce ilacı bırakma davranışında ise cinsiyet ve eğitim durumuyla bir ilişki bulunamazken aile yapısı ve ailedeki birey sayısına göre olan gruplara göre bu davranışların görülme oranının değiştiği görülmektedir (Tablo 3). Bireylerin herhangi bir sağlık sorunuyla karşılaştıklarındaki davranışları; bireylerin sağlık algılarına, sağlık bilgi düzeylerine, öğrenim durumlarına, aile yapısına, sosyoekonomik durumlarına ve sağlık kuruluşlarından beklentilerine göre şekillenmektedir²². Bu çalışmada en önemli sosyodemografik değişkenler olan cinsiyet ve eğitim durumunun akılcı ilaç kullanımı davranışlarıyla ilişkisi gösterilememesine rağmen literatürde cinsiyet ve eğitim durumunun etkili olduğunu gösteren^{6,21,25} ve göstermeyen¹⁴ çalışmalar bulunmaktadır. Cinsiyet ve eğitim durumunun akılcı ilaç kullanımı üzerindeki etkisinin topluma dayalı geniş katılımlı epidemiyolojik çalışmalarla değerlendirilmesi ülkemiz için karşılanmamış önemli bir gereksinim olarak durmaktadır. Araştırmada çekirdek aileye ve ailedeki birey sayısı beş ve beşin altında olanların daha yüksek oranda akılcı olmayan ilaç kullanımı davranışı sergiledikleri görülmektedir. Akılcı olmayan ilaç kullanımı diğer sağlık davranışlarının aksine bireylerin sosyal statüleri arttıkça ortaya çıkma olasılığı artabilmektedir. Daha eğitimlilerin akılcı ilaç kullanımı bakımından daha olumsuz özelliklere sahip olduklarını^{6,14,25} tanımlayan çalışmalar bulunmaktadır. Ailedeki birey sayısının azalması ve çekirdek aile yapısı bireylerin entelektüel kapasitelerini artırarak kendi sağlık sorunlarını anlamaları ve kendi başarılarına çözüm bulma davranışına girmelerine neden olabilir.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu çalışmanın sonuçları değerlendirilirken bazı sınırlılıklarının olduğu göz önünde bulundurulmalıdır. Öncelikle il genelinde sadece bir bölgede yaşayanların araştırmaya dâhil edilmesinden dolayı araştırma sonuçlarının genelleme sorunu bulunmaktadır. Başka bir kısıtlılık ise araştırmanın ilkbahar-yaz mevsimlerinde yapılmasıdır. Mevsimsel farklılıklar bireylerin ilaç kullanımındaki tutum ve davranışlarında farklılığa neden olabilir. Kış aylarında gribal enfeksiyonlar ve üst solunum yolu enfeksiyonları daha fazla görüldüğünden antibiyotik ve ağrı kesici gibi ilaçların akılcı olmayan kullanımları artabilmektedir. Bu çalışmada, katılımcıların büyük bir bölümünün bir sağlık sorunu yaşadığında ilk olarak sağlık kuruluşuna başvurmadığı, azımsanamayacak bir kısmının ise alternatif tedavi yöntemleri ve evdeki ilaçları kullandığı saptanmıştır. Bu durumun nedenlerinin araştırılması ve toplumun sağlık kuruluşlarını etkin bir şekilde kullanması sağlanmalıdır. Ayrıca araştırmaya katılanların büyük bölümünün akılcı ilaç kullanım ilkelerine uymadığı görülmektedir. Bu durum halk sağlığı hemşirelerine en önemli sorumluluklar yüklemektedir. Halk sağlığı hemşireleri ev ziyaretlerinde hizmet ettiği aileleri akılcı ilaç kullanımı yönünden mutlaka değerlendirmeli ve akılcı ilaç kullanımının geliştirilebilmesi için topluma yönelik halk eğitimleri yapmalıdır. Halkın sağlık sorunu yaşadığından etkin sağlık bakım davranışı içine girmesi için kolaylaştırıcı ve rehberlik edici rolünü de etkin kullanmalıdır. Ayrıca akılcı ilaç kullanmama davranışının çekirdek ailelerde daha yaygın olduğu sonucu çekirdek ailelerin bir risk grubu olduğunun hemşireler tarafından göz önünde bulundurulması önemlidir. Araştırmacılar, akılcı ilaç kullanımının yaygınlaştırılması açısından, genel olarak toplum ve diğer bazı hassas gruplar (çocuklar, gebeler, yaşlılar, vb.) üzerine akılcı ilaç kullanım alışkanlıkları hakkında kapsamlı araştırmalar yapmalı ve müdahalelerin etkinliğini değerlendiren çalışmalar planlamalıdır.

KAYNAKLAR

1. WHO. The Rational use of drugs: report of the conference of experts, Nairobi, 25-29 November 1985: World Health Organization; 1987.
2. WHO. Guide to good prescribing: a practical manual. 1997:7-16.
3. Sağlık Bakanlığı. Stratejik Plan 2013-2017. Ankara. 2012:46.
4. İEİS. Türkiye İlaç Pazarı. Erişim tarihi 5.12.2014 2014. p. Erişim adresi, <http://www.ieis.org.tr/ieis/tr/indicators/33/turkiye-ilac-pazari>.
5. Acar A, Yeğenoğlu S. Akılcı ilaç kullanımı açısından farmakoekonomi ve hastane formülleri. Ankara Eczacılık Fakültesi Dergisi. 2005;34(3):207-18.
6. Yapıcı G, Balıkçı S, Uğur Ö. Birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuranların ilaç kullanımı konusundaki tutum ve davranışları. Dicle Tıp Dergisi. 2011;38(4):458-65.
7. Özçelikay G. Akılcı İlaç Kullanımı Üzerinde Bir Pilot Çalışma. Ankara Ecz Fak Der. 2001;30(2):9-18.
8. Aydın B, Gelal A. Akılcı ilaç kullanımı: yaygınlaştırılması ve tıp eğitiminin rolü. DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi. 2012;26(1):57-63.
9. Özer E, Özdemir L. Yaşlı Bireyde Akılcı İlaç Kullanımı ve Hemşirenin Sorumlulukları. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2009;16(2):042-51.
10. Gürol Arslan, Eşer. Yaşlıların Kendi Kendine İlaç Kullanımına Uyumu ve Hemşirenin Rolü. Ege Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2005;21(2):147-57.

11. Işık A, Doruk H, Mas M. Yaşlılarda ilaç kullanım ilkeleri. Klinik Gelişim Dergisi. 2004;17(2):25-31.
12. Özkan S, Özbay OD, Aksakal FN, İlhan MN, Aycan S. Bir Üniversite Hastanesine Başvuran Hastaların Hasta Olduklarındaki Tutumları ve İlaç Kullanım Alışkanlıkları. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni. 2005;4(5):223-37.
13. Uzun Ş, Arslan F. İlaç Uygulama Hataları. Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences. 2008;28(2):217-22.
14. Uskun E, Uskun SB, Öztürk M, Kişioğlu AN. Sağlık ocağına başvuru öncesi ilaç kullanımı. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi. 2004;13(12):451-4.
15. Pınar N, Karataş Y, Bozdemir N, Ünal İ. Adana İlindeki İnsanların İlaç Kullanım Alışkanlıkları. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2013;12(6):639-50.
16. Ouédraogo D-D, Zabsonré JW, Tiendrebeogo EZ, Kakpovi KG, Kaboré F, Drabo JY, et al. Prevalence and factors associated with self-medication in rheumatology in Sub-Saharan Africa. Eur J Rheumatol. 2015;2:52-6.
17. Holloway K, Van Dijk L. Rational use of medicines. Chapter in: The world medicines situation 2011, Geneva. World Health Organization. 2011.
18. Şendir M, Çelik Z, Güzel E, Büyükyılmaz F. Aile sağlığı merkezlerine başvuran bireylerde akılcı ilaç kullanım alışkanlıklarının belirlenmesi. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2015;14(1).
19. Yılmaz M, Güler N, Güler G, Kocataş S. Bir grup kadının ilaç kullanımı ile ilgili bazı davranışları: Akılcı mı? Cumhuriyet Tıp Derg. 2011;33:266-77.
20. Bilgili N, Karatay G. Sait Yazıcı Sağlık Ocağı bölgesinde yaşayan bireylerin ilaç tüketimi ile ilgili bazı uygulamalarının belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2005;12(1):039-48.
21. Özkan S, Özbay O, Aksakal F, İlhan M, Aycan S. Bir üniversite hastanesine başvuran hastaların hasta olduklarındaki tutumları ve ilaç kullanım alışkanlıkları. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni. 2005;4(5):223-37.
22. İlhan MN, Aydemir Ö, Çakır M, Aycan S. Akılcı olmayan ilaç kullanım davranışları: Ankara'da üç ilçe örneği. Türkiye Halk Sağlığı Dergisi. 2014;12(3):188-200.
23. Yousef A-MM, Al-Bakri AG, Bustanji Y, Wazaify M. Self-medication patterns in Amman, Jordan. Pharmacy World & Science. 2008;30(1):24-30.
24. Önder E, Koçia O, Öztürk S, Sabuncu Z, Soyutemiz Ö, Altıntaş H. Yunus Emre Sağlık ocağı bölgesinde yaşayan 18 yaş ve üstü bireylerin ağrı kesici kullanımı ve bu konudaki bazı bilgilerinin saptanması. Hacettepe Toplum Hekimliği Bülteni. 2002;23(1):16-8.
25. Mollahaliloğlu S, Alkan A, Dönertaş B, Özgülcü Ş, Akici A. Türkiye'nin Farklı İllerinde Yazılan Reçetelerin İlaç Kullanımı İlkeleri Açısından İncelenmesi. Marmara Medical Journal. 2011;24(3):161-73.

Cerrahi Hastasında Hasta Kontrollü Analjezi Kullanımı

Patient-Controlled Analgesia in Surgical Patient (Derleme)

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2016, 3(3), 56-69

Dilek ÇİLİNGİR¹, Ceyda UZUN ŞAHİN²

¹Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı,
Trabzon, Türkiye

²Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Rize, Türkiye

Geliş Tarihi: 06 Mart 2015

Kabul Tarihi: 11 Eylül 2015

ÖZ

Günümüzde cerrahi tedavi yöntemleri ile ilgili gelişmelere karşın ameliyat sonrası ağrı, hastaların en sık yaşadığı sorunlardan biridir. Kontrol altına alınamayan ağrı, ameliyat sonrası dönemde iyileşme sürecini ve hastanede kalış süresini uzatan birçok soruna neden olabilmektedir. Ameliyat sonrası ağrı yönetimi, hastanın rahatsızlığını en aza indirme ya da önleme, yan etkilerden koruma, hastanede kalış süresini azaltma ve ağrıya yönelik yakınmaların tekrarlanmamasını sağlamayı amaçlamaktadır. Ameliyat sonrası ağrı yönetiminde, farmakolojik ve farmakolojik olmayan yöntemler kullanılmaktadır. Hasta kontrollü analjezi, daha yüksek hasta memnuniyeti, daha az sedasyon, daha az ameliyat sonrası komplikasyon ve hastaların iyileşme sürecine olan olumlu katkıları nedeniyle sıklıkla tercih edilmektedir. Hasta kontrollü analjezi, hastanın kendi ağrı kontrolünden sorumlu olması esasına dayanmaktadır. Hasta kontrollü analjezi, hastanın isteğine bağlı olarak aralıklı intravenöz opioid uygulamasını içermektedir. Hasta kontrollü analjezi yönteminin etkili bir şekilde kullanımı sağlık bakım ekibinin ve hastanın işbirliğini gerektirmektedir. Cerrahi hemşiresinin bu cihazın kullanımı, hasta eğitimi, hastanın izlenmesi ve tedavi etkinliğinin değerlendirilmesiyle ilgili önemli rolleri bulunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Ağrı yönetimi, cerrahi hastası, hemşirelik, hasta kontrollü analjezi

ABSTRACT

Today, postoperative pain is one of the most common problems experienced by the patient, despite developments related to the surgical treatment methods. Pain that can not be controlled causes many problems that prolong the healing process and the length of hospital stay in postoperative period. Postoperative pain management aims to minimize or prevent discomfort of the patient, to protect from side effects, to reduce the length of hospital stay and to prevent the recurrence of complaints regarding pain. Pharmacological and non-pharmacological methods are used in postoperative pain management. Patient-controlled analgesia is frequently preferred because of higher patient satisfaction, less sedation, less postoperative complications and positive effects on the healing process of the patients.

Patient-controlled analgesia is based on the fundamental considering the patient responsible for self pain control. Patient-controlled analgesia includes intermittent intravenous opioid administration depending on the patient's request. Effective use of patient-controlled analgesia method requires cooperation of the healthcare team and the patient. The surgical nurse have important roles regarding use of this device, patient education, patient monitoring and evaluation of treatment efficacy.

Key Words: Nursing, pain management, patient-controlled analgesia, surgery patient

GİRİŞ

Günümüzde etkin ağrı kontrolü, ameliyat sonrası bakımın önemli bir parçası olmasına karşın hastaların yaklaşık %30-80'i cerrahi sonrası orta ya da şiddetli derecede ağrıdan yakınmaktadır¹⁻³. Ameliyat sonrası ağrı, cerrahi travma ile başlayan, giderek azalan ve doku iyileşmesi ile sonlanan akut bir ağrıdır⁴. Kontrol altına alınamayan ağrı, ameliyat sonrası dönemde aktivitelerde sınırlılık, solunum ve dolaşım komplikasyonları ve sindirim sistemi sorunlarına neden olmakta, morbidite ve mortaliteyi artırmakta, iyileşme sürecini ve hastanede kalış süresini uzatmaktadır. Bu nedenle ameliyat sonrası ağrı yönetiminin etkin bir şekilde uygulanması gerekmektedir⁵. Ameliyat sonrası ağrı yönetiminde, hekim, hemşire ve hastayı içeren ekip yaklaşımıyla birlikte analjezik kombinasyonlarını içeren farmakolojik yöntemler ve farmakolojik yöntemlerin etkinliğini arttırmak için farmakolojik olmayan yöntemler kullanılmaktadır^{1,2}.

Cerrahi hastasının ameliyat sonrası ağrısının giderilmesinde kullanılan farmakolojik yöntemlerden biri "Hasta Kontrollü Analjezi" (HKA)'dir. HKA ilk kez 1968 yılında aralıklı intravenöz (İV) opioid uygulamasıyla Sechzer tarafından tanımlanmıştır. En geniş anlamda HKA kavramı, "hastanın becerisi ve isteminin yanı sıra, güvenliği sağlanmış tüm ağrı kontrol yöntemlerini hastanın kendisine uygulaması" olarak tanımlanabilmektedir⁶. HKA, ağrıyı hisseden kişi hastanın kendisi olduğuna göre, ağrı giderme önlemlerinin tümünün de onun kontrolünde olması yaklaşımına dayanmaktadır. HKA'nın amacı "gerektiğinde" dozu ile ilgili sorunları önlemek üzere analjeziğin sürekli bir plazma düzeyi sağlamasıdır⁶⁻⁸.

HKA'da kullanılan infüzyon pompa teknolojisi sürekli olarak gelişmekle birlikte çalışma mekanizmaları genellikle aynı olmaktadır⁶. HKA sisteminde hasta, gereksinimi doğrultusunda bir infüzyon pompası kullanarak, daha önceden programlanmış doz sınırları ve kilitle kalma süresi içinde bolus enjeksiyonlar sağlayan pompaya bağlı düğmeye basarak opioid analjeziği kendi kendine uygulamaktadır⁹. HKA'nın kontrolü hastada olsa da kullanılacak opioid analjeziğin dozu ve süresi hekim tarafından ayarlanmaktadır. Böylece hastanın aşırı dozda opioid analjezik alması önlenmektedir⁶.

HKA, genellikle hasta kontrolünde ve isteğine bağlı olarak aralıklı İV opioid uygulamasını içermektedir¹⁰. HKA yöntemi ile opioid ve nonopioid analjeziklerin birlikte kullanımı yaygın olarak tercih edilmektedir. Böylece yan etki insidansı azalırken, yeterli ve güvenli bir analjezi sağlanmaktadır¹¹⁻¹³. HKA, İV ve epidural uygulama yollarının yanında subkutan, rektal, intranasal, intraartiküler ve bölgesel anestezi sonrası kateterin yerinde bırakılması şeklinde uygulanabilmektedir⁷. Uysal ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (2013), intravenöz hasta kontrollü analjezinin (İHKA), epidural HKA'dan daha sık uygulandığı bildirilmiştir¹². Son yıllarda transdermal HKA yöntemi gibi non-invaziv HKA yöntemleri de geliştirilmiştir¹². Transdermal HKA ve İHKA'nın etkilerinin karşılaştırıldığı bir çalışmada, hemşirelere göre transdermal

HKA kullanımının İHKA'ya göre daha basit, kullanımının kolay ve memnuniyet verici olduğu bulunmuştur¹⁴.

HKA ile İV yolla uygulanan opioidler, alışlagelmiş İM ya da İV opioid uygulamalarına göre daha etkili olmaktadır¹³. Literatürde HKA uygulamalarında solunum depresyonu riskinin (%0.25-0.50) aralıklı intramüsküler (İM) opioid uygulamasına (%0.9) göre daha az olduğu ve aynı zamanda solunum fonksiyonlarını etkilemediği gösterilmiştir⁷. Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Derneği (TARD) tarafından yayınlanan "Postoperatif Ağrı Tedavisi Kılavuzu"nda da HKA'nın İM enjeksiyon uygulamalarına göre daha üstün olduğu, etkili analjezi sağladığı ve daha az yan etkiye neden olduğu bildirilmektedir⁷. Ayrıca epidural HKA yöntemi de güvenilir, emniyetli ve aşırı duyuşal blok yapmayan, ayrıca solunum depresyonunun nadir görüldüğü bir uygulama olarak belirtilmiştir^{4,7}. Gherghina ve arkadaşlarının çalışmasında (2012), epidural HKA'nın abdominal cerrahi geçiren hastanın, mental durumunu iyileştirerek ve daha hızlı barsak aktivitesine dönüşü sağlayarak İV HKA'dan daha iyi ağrı yönetimi sağladığı saptanmıştır¹⁵.

HKA yönteminin diğer ağrı giderme yöntemlerine göre etkinliğini ortaya çıkaran birçok çalışma bulunmaktadır. Çukurova ve arkadaşlarının ameliyat sonrası analjezide epidural HKA ile sürekli infüzyon uygulamasını karşılaştırdıkları çalışmada (2005), her iki yöntemin de ameliyat sonrası dönemde etkin analjezi sağladığı, HKA'da ilaç tüketiminin daha az olduğu ve daha az yan etki geliştiği saptanmıştır. Aynı çalışmada, kullanılan lokal anestetik ve opioid ilaçların, sürekli infüzyon tekniğine göre daha az yan etki, daha az ilaç tüketimi ve erken mobilizasyonu sağlaması, hastanın analjezik ilacı kendisinin uygulayabilmesi ve anksiyeteyi önlemesi nedeniyle tercih edilebileceği bildirilmiştir¹⁶. Shariati ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (2014), abdominal cerrahi sonrası HKA kullanımının, ağrı yoğunluğunun azaltılmasında, hasta memnuniyetinin artırılmasında ve kullanılan analjezik miktarının azaltılmasında etkili olduğu bulunmuştur¹⁷. Atım ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada (2009), ameliyat sonrası dönemde analjezi amacıyla uygulanan epidural HKA ve İHKA protokollerinin diğer ağrı giderme yöntemlerine göre güvenilir ve etkin bir yöntem olduğu saptanmıştır¹⁸. Poonc ve arkadaşlarının çalışmasında da (2007), koloskopi sonrası hemşire tarafından uygulanan HKA'nın sedasyon ve ağrı kontrolünde daha etkin ve güvenli olduğu belirlenmiştir¹⁹. Aslan ve Türkmen, HKA'nın hemşirenin ağrı kontrolü için geçirdiği zamanı ve bakım süresini kısalttığını, hastaların anksiyetesini ve bakım maliyetini azalttığını ve hasta memnuniyetini artırdığını belirtmişlerdir^{20,21}.

HKA yönteminin etkili bir şekilde kullanımı hasta dahil olmak üzere tüm sağlık bakım ekibinin işbirliğini gerektirmektedir. Hastaya HKA cihazının nasıl çalışacağı, ne zaman kullanılacağı, ağrısı yoksa ya da yan etkileri hissederse ne yapacağı öğretilmelidir. Bununla birlikte cerrahi hemşiresinin de bu cihazın kullanımı ve hastaların nasıl izleneceği konusunda bilgi sahibi olması gerekmektedir⁶.

HKA uygulamasında öncelikli uygulayıcılar hekimler olarak görünse de, hastanın ameliyat öncesi hazırlığı ve ameliyat sonrası izlenmesi sırasında bu uygulamanın başarılı ve sorunsuz olmasında cerrahi hemşiresinin önemli rolleri bulunmaktadır²². Hastalara ameliyat öncesi dönemde HKA cihazı ile ilgili yeterli bilgi verilmelidir. Bu bilgi kapsamında, hastanın bolus düğmesini ağrısı hafifken kullanmasının daha doğru olduğu ve ağrı şiddetlendiğinde aynı analjezik etkinin sağlanamayacağı konusunda bilgilendirilmesi önemlidir²³. Hastalarda uygulanan opioid ilaçların bağımlılık yapacağı, bulantı ve kusmaya neden olabileceği gibi bazı çekinceler oluşabilmektedir. Bu nedenlerle hastaya HKA cihazı, uygulama esasları ve HKA'da kullanılan ilaçlarla

ilgili olası yan etkiler (bulantı-kusma, idrar retansiyon, kaşıntı, kabızlık vb.) ameliyat öncesi dönemde açık ve anlaşılır şekilde anlatılmalıdır¹¹. Ameliyat sonrası ağrısı olan birey, yaşadığı endişe ve stres nedeniyle her zaman ağrı kontrolü ile ilgili uygulamaları anlayıp yapamayabilir. Bu nedenle hastalar bu konuda eğitilerek güvenlik önlemleri alınmalıdır. Çalışmalarda HKA tekniğini iyi anlamayan hastaların aldığı analjezik miktarının daha yüksek olduğu ve ağrısı olmadığı halde bolus düğmesini kullanan hastalar bulunduğu bildirilmiştir²³.

Hasta Kontrollü Analjezi (HKA) Cihazı

Günümüzde HKA cihazlarının çalışma mekanizmaları aynı olmakla birlikte farklı tiplerinin olduğu bilinmektedir. HKA cihazlarının birçoğu bir düğmeyle harekete geçen mikro işlemci kontrollü pompa mekanizmasıyla çalışmaktadır. Hastaya bir düğme aracılığı ile belirli miktarda analjezik ilaç verilebilmektedir. Ayrıca, cihaz içerisinde yer alan pompa bir zaman ayarlayıcı ile önceden belirlenen bir süre (kilit süresi) geçmeden ek bir bolus uygulamayı önlemektedir. Bu nedenle, hastanın gereksinimi olan miktarda ilaç alımı sağlanarak yüksek dozda ilaç alımı cihaz tarafından engellenmektedir^{24,25}.

Klinik Uygulamalarda Kullanılan HKA Cihazı Tipleri ve Özellikleri

Değişik kapasite ve fonksiyonlarda geliştirilen *gavimetrik kontrollü pompalar* ve *itici pompalar* olmak üzere iki farklı tipte HKA cihazı kullanılmaktadır. *Gavimetrik kontrollü pompalar*, sistemdeki akım yerçekimine göre kontrol edilebildiği için tercih edilmemektedir. *İtici pompalar* ise kendi içinde *şırınga tip* ve *peristaltik tip* olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. *Şırınga tip pompada*, mekanizma şırınga pistonunu dönen bir vida ile ilerleterek sete doğru bir akım sağlar. *Peristaltik tip pompalar* ise bir mikropresör kontrolüyle periyodik salınımların yapılabilirdiği ve taşınabilir tipte olan pompalardır. Başka bir sınıflandırmada da *çok kullanımlık* ve *tek kullanımlık pompalar* olmak üzere gruplandırılabilir. *Tek kullanımlık pompalar* (rezervuarlı) pille çalışmakta, *çok kullanımlık pompalar* ise elektrik ya da pille çalışabilen tipleri olmakla birlikte set değişikliği ile yeniden kullanılabilir⁴.

HKA cihazlarında bulunması gereken özellikler şunlardır:

- Elektrik ya da pille çalışabilmeli,
- Standart set ya da şırınga kullanılabilirliği,
- Kilitlenebilme özelliği olmalı; ilacın geri kaçışını önlemek için kapak bulunmalı ve serbest akış mümkün olmamalı,
- Sette hava olduğunu, ilacın ve bataryanın azaldığını ve sette tıkanıklık olduğunu belirten alarm sistemleri bulunmalı,
- Ekonomik olmalı ve pili bittiğinde hafızası silinmemeli,
- Hastanın kullanacağı düğme kolay çalışabilmeli ve sağlam olmalıdır²⁶.

HKA cihazının programlanmasında ilaç hacim ve konsantrasyonu, bolus ya da doz hacmi parametreleri, kilitli kalma süresi, verilecek olan maksimum doz ve infüzyon hızı parametreleri sisteme girilmelidir. Maksimum dozun ayarlanması ile hastanın butona basması durumunda bile cihazın programlanan dozdan daha fazla ilaç vermesi engellenmektedir²⁵.



Şekil 1. HKA cihazı²⁶

HKA Tedavisinde Kullanılan Temel Tanımlar

Cerrahi hemşiresinin ameliyat sonrası ağrının azaltılması ya da önlenmesinde ve tedavinin yönlendirilmesinde HKA tedavisinde kullanılan temel tanımları bilmesi gerekmektedir. Bu tanımlar aşağıda yer almaktadır²⁷⁻²⁹.

- **Yükleme dozu:** Sistem çalışmaya başladığında hastanın ağrısını hızla azaltmak amacıyla verilen analjezik ilaç miktarıdır. Erken ameliyat sonrası dönemde ağrı düzeyinin yüksek olduğu bilinmektedir. Bu nedenle yükleme dozu kullanılırsa analjezik etkinin başlaması gecikebilir.
- **Bolus doz (isteğe bağlı doz):** HKA cihazı, hastanın kendisine belirli aralıklarla verebildiği bir bolus dozu içermektedirler. Bolus doz, hastanın cihaza bağlı bir düğmeye basması ile analjezik ilacın kan düzeyinin sedasyon oluşturmadan emniyetli bir şekilde idame ettirilebilmesidir.
- **Kilitli kalma süresi:** HKA cihazının hastanın devam eden yeni isteklerine cevap vermediği dönemi içermektedir. Bu süre hastanın daha önce almış olduğu dozun etkisi tam olarak ortaya çıkana kadar yeni bir doz almasını engelleyen gerekli bir emniyet önlemidir. Kilitli kalma süresi doz aşımı riskini engellemektedir. Bu süre belirlenirken kullanılan ajanın etkisinin başlama hızı hesaba katılmalıdır.
- **Limitler:** HKA cihazında emniyeti sağlamada kullanılmaktadır. Bir ya da dört saatlik doz sınırına ulaşıldığında devreye girmektedir. Amaç ortalamadan daha fazla HKA kullanımına dikkati çekmektedir.
- **Bazal infüzyon:** HKA'nın sabit hızlı bir infüzyonla desteklenmesi önerilmektedir. Birçok HKA cihazında sabit hızlı infüzyon+bolus ve bolus isteğine göre ayarlanan infüzyon seçenekleri bulunmaktadır.

Hasta Seçimi

HKA başta ameliyat sonrası dönemde en az 24 saat boyunca parenteral opioid gereksinimi olması beklenen hastalar olmak üzere, kronik ağrısı olan ve bazı işlemler sırasında ağrısı olabilecek hastalara uygulanabilmektedir. HKA için seçilen hastalar her

zaman dikkatli ve istekli olmalı, uygulamayı iyice anlamalı ve ağrı tedavisinde aktif olarak yer almak istemelidir^{20,30-32}.

HKA Yönteminin Uygulandığı Durumlar

- Ameliyat sonrası ağrı kontrolü amacıyla kullanılan yöntemlerden birisi olan İHKA özellikle büyük batın, toraks, kalp, vertebra cerrahisi, üst ekstremité cerrahisi, gastrointestinal sistem (GİS) cerrahisi, endokrin cerrahisi, fitik cerrahisi, jinekolojik cerrahi, obstetrik cerrahi, mammoplasti, el cerrahisi, maksilofasiyal cerrahi, alt ekstremité rekonstrüktif cerrahi, abdominoplasti, liposakşın, ürogenital cerrahi, laminektomi, spinal stenoz, spinal kitle, larenjektomi, radikal boyun diseksiyonu, alt ekstremité cerrahisi ve ortopedi ameliyatlarından sonra^{12,30-31},
- Fizyoterapi sırasında ağrıyı önlemede,
- Koagülopatisi olan hastalarda İM enjeksiyonun kullanılmadığı durumlarda,
- Kolik böbrek ağrısı, kanser ya da orak hücreli anemisi olan hastalarda,
- Şiddetli, sürekli ağrısı olan ya da ağrısı olacağı beklenen hastalarda,
- Aktiviteler sırasında ağrısı sürekli artan hastalarda,
- Kullandığı diğer ilaçlar nedeniyle sedatize olamayan hastalarda kullanılabilmektedir^{11,20}.

HKA Yönteminin Uygulanmadığı Durumlar

- Altı yaşın altındaki çocuklarda,
- 70 yaşın üzerindeki yaşlı hastalarda,
- Cihazın düğmesine basmayı başaramayan ya da bunu istemeyen hastalarda,
- Psikiyatrik bozukluğu olan, demans ya da organik beyin sendromu olan hastalarda,
- HKA'da kullanılacak ilaca karşı allerjisi olan ve ameliyat sonrası ağrının oral analjeziklerle tedavi edilebildiği hastalarda HKA kullanılmaması gerekmektedir³².

HKA'da Kullanılan İlaçlar

HKA'da genellikle opioidler ve lokal anestezi ilaçları tercih edilmektedir. Bunlar arasında opioidler yaygın olarak kullanılmaktadır. Ucuz ve etkili olması nedeniyle sıklıkla morfin kullanılmaktadır. Morfine bağlı yan etkiler gelişirse fentanil ya da oksikodon da tercih edilmektedir³²⁻³³. İHKA'da sıklıkla kullanılan opioidler, konsantrasyon, yükleme ve bolus dozları, kilitli kalma süreleri, bazal doz ve özellikleri Tablo 1'de yer almaktadır.

HKA'da sıklıkla İV yolla opioid ilaçları kullanıldığından uygulama sırasında ve sonrasında ilaca ilişkin yan etkiler ve komplikasyonlar gelişebilmektedir. Leea ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (2014), ameliyat sonrası epidural HKA uygulanan hastalarda opioid dozu artırıldığında bulantı ve kusma oranında artış olduğu saptanmıştır³⁵. Bu nedenle de hemşirenin HKA uygularken kullanılan ilaçları, etki ve yan etkilerini, uygulama yollarını ve hasta bakımında dikkat edilmesi gereken durumları bilmesi gerekmektedir (Tablo 2)^{21,32,35-38}.

Tablo 1. İHKA'da Sıklıkla Kullanılan Opioidler, Konsantrasyon, Yükleme Dozu, Bolus Doz, Kilitli Kalma Süresi, Bazal Doz ve Özellikleri³⁴

| Opioid | Konsantrasyon | Yükleme Dozu | Bolus Doz | Kilitli Kalma Süresi | Bazal Doz | Özellikler |
|----------|---------------|--------------|------------|----------------------|---------------|--|
| Morfin | 1 mg/ml | 3-10 mg | 0.5-1.5 mg | 6-8 dk | 0.5-1.5 mg/sa | - Sedasyon ve kaşıntı sık görülür |
| Tramadol | 5 mg/ml | 25-50 mg | 5-15 mg | 20 dk | 5 mg/sa | - Doz saatte 100 mg'ı aşmamalı |
| Fentanil | 20 µg/ml | 30-100 µg/ml | 10-20 µg | 5-6 dk | 20 µg/sa | - Hızlı etkili - Etki süresi kısa - Bazal infüzyon gerekir |

*1 mg morfin = 10 mg tramadol = 10 mg meperidin = 25-30µg fentanil

Farmakolojik yöntemler farklı ilaçlarla ağrının kontrolünü içermektedir. Bu yöntemler hızlı etki göstermesi ve kolay uygulanabilir olması nedeniyle ağrının giderilmesinde en çok tercih edilen tedavi yöntemidir. Ancak ameliyat sonrası ağrının kontrolünde İHKA'da kullanılan opioidler solunum depresyonu, sedasyon, bulantı-kusma ve allerji gibi ciddi yan etkilere (Tablo 3) sahip olduğundan bu yöntemlerin kullanılmadığı durumlarda ya da bu yöntemlerin etkisini artırmada farmakolojik olmayan yöntemlerden de yararlanılabilmektedir. Bu bağlamda masaj, terapötik dokunma, sıcak-soğuk uygulama, müzik terapi, vibrasyon ve transkütan sinir stimülasyonu (TENS) gibi periferik teknikler; meditasyon, yoga, dikkati başka yöne çekme, hipnoz, biyofeedback ve hayal kurma gibi bilişsel-davranışsal teknikler ve bunların dışında akupunktur, placebo uygulaması gibi farmakolojik olmayan yöntemler de kullanılabilmektedir^{4,39}.

HKA'nın Yararları^{4,6,18,39-40}

- Ağrı yaşama süresi kıaldığı için hasta enerjisini ayağa kalkma, derin soluk alma ve öksürük egzersizleri gibi uygulamalarda kullanabilir.
- Bazal ve bolus doz kullanılmasıyla, etkili ağrı yönetimi sağlanabileceğinden analjezi gereksinimi de azalır.
- Düşük doz nedeniyle yan etkiler daha az görülür.
- Hastada, ağrının yeniden başlama düşüncesinin ve beklentisinin yarattığı anksiyete ve korku azalır.
- Hastanın gereksinimi olduğunda yardım alamayacağına ilişkin endişeleri azalır.
- Hastanın aktiviteleri artar ve ağrı nedeniyle ortaya çıkan sorunlar azalır.
- Analjezik ilacın plazmadaki konsantrasyonunun sabit bir düzeyde tutulması sağlanır.
- Daha az dozda ilaçla ve daha az yan etki ile etkin analjezi sağlanır.
- Hastanın fiziksel aktivitesinin daha hızlı zamanda geriye döndürülmesi sağlanır.
- Hastanın analjezik ilacı kendi kendine verebilmesi ve ağrısını kontrol edebilmesi ile ameliyat sonrası ağrıda etken olan anksiyete ve stresin azaltılması sağlanır.
- İyileşme sürecinde önemli olan dinlenme ve uyku periyodları sağlanır.
- Hastada iyileşme sürecini hızlandırarak hastanede kalış süresini kısaltır ve tedavi maliyetlerini düşürür.

Tablo 2. HKA'da Kullanılan İlaçlar, Etki ve Yan Etkileri, Uygulama Yolları ve Hasta Bakımında Dikkat Edilmesi Gereken Durumlar

| HKA'da Kullanılan İlaçlar | Opioidler Morfin Fentanil Tramadol Sulfentanil | Lokal Anestezikler Bupivakain (Markain) Mepivakain Tetrakain |
|--|---|--|
| Etkileri | Spinal korda hem presinaptik hemde postsinaptik etki, İyi analjezi, Düşük doz gereksinimi, Bulantı-kusma, solunum depresyonu ve hipotansiyon gibi doza bağlı yan etkilerde azalma görülür | Voltaj kapılı sodyum kanallarını etkileyerek bu kanallardan sodyum geçişini ve aksiyon potansiyelinin iletilmesini engeller ve böylelikle sinir iletimi durur |
| Yan Etkileri | Sedasyon, Miyozis, Öfori, Bulantı-kusma, İlaç bağımlılığı, Solunum depresyonu, Apne, Peristaltizmin azalması, Bradikardi, Kaşıntı, İdrar retansiyonu Antitüssif etkisi, bulunur. | Huzursuzluk, Tremor, Sersemlik, Huzursuzluk, Baş dönmesi, Kulak çınlaması, Görme bozukluğu, Bulantı-kusma, Öfori, Uyuşukluk, Tonik ve klonik kasılmalar, Karaciğer toksisitesi, Hipotansiyon, Santral sinir sistemi depresyonu Solunum yetmezliği, görülebilir. |
| Uygulama Yolları | İV HKA Epidural HKA | Epidural HKA |
| Hasta Bakımında Dikkat Edilmesi Gereken Önemli Durumlar | Hastanın ağrı skoru değerlendirilip, izlenmelidir. Solunum depresyonu yönünden oksijen saturasyonu, solunum hızı, derinliği ve sayısı ve sedasyon skoru değerlendirilmelidir. Bulantı-kusma yönünden hasta takip edilmelidir. Cihazın kullanımı ile ilgili bir sorun olup olmadığı takip edilmelidir. Fentanil kullanımına bağlı olarak gelişebilecek allerjiye karşı dikkatli olunmalıdır. Böbrek ve karaciğer fonksiyon bozukluğu yönünden izlenmelidir. | Alerjik reaksiyonlar yönünden hasta izlenmelidir. Santral sinir sistemi toksisitesi yönünden gelişebilecek komplikasyonlar ve yan etkiler iyi bilinmeli ve hastanın oksijen saturasyonu izlenmelidir. Kardiyovasküler sistem yönünden hastanın kan basıncı, nabızı ve EKG değişiklikleri izlenmelidir. |

- Hasta İM enjeksiyonlara göre, daha az ağırlı işlem yaşar.
- Sağlık bakım hizmetlerinde zamandan ekonomi sağlar.
- İlaç istemi ile uygulama arasında geçen süreyi minimuma indirir.
- İlaç uygulamasına ilişkin tüm kayıtların tutulmasını sağlar.

HKA'nın Dezavantajları

- Tüm yaş grupları için uygun olmaması,
- İstem düğmesinin kullanım gerekliliğinin olması,
- Programlar ya da uygulama setindeki olası sorunlar,
- Uygulamanın maliyetinin yüksek olması,
- Uygun hasta seçilememesi,
- Deneyimli ve bilgili sağlık ekibine gereksinim duyulması, HKA'nın dezavantajları arasında yer almaktadır^{4,11}.

HKA Uygulaması Sırasında Karşılaşılan Sorunlar

HKA uygulaması sırasında teknik sorunlar, uygulama ve hastaya ilişkin sorunlarla karşılaşılabilmektedir^{4,5,8,20}.

Teknik Sorunlar

- Bolusun verilememesi,
- Rezervuarlı cihazlarda rezervuarın çatlaması ya da kırılması,
- Tek yönlü kapakta hata olması,
- Alarm sisteminde bozukluk olması,
- Pompanın kilitli kalması,
- İV kanülün tıkanması,
- HKA pompasının yanlış programlanması,
- HKA setinde kırılma, ayrılma ve sızıntı,
- İlaç rezervuarının delinmesi.

Hastayla İlgili Sorunlar

- Hastanın HKA tedavisini anlamada yetersiz kalması,
- Kasıtlı olarak analjezik suistimali olması,
- Az ilaç tüketme isteği,
- Hastanın bilerek pompa ayarı ile oynaması.

Uygulamayla İlgili Sorunlar

- Bolus dozunun çok yüksek ya da düşük ayarlanması,
- İlaç konsantrasyonunun yanlış hazırlanması,
- Bazal infüzyonun eklenmesi sırasında hatalar olması,
- Pompa kilidinin yanlış ayarlanması,
- Alarmlara karşı kayıtsız kalınması veya alarmların kapatılması,
- İlaç rezervuarının yetersiz doldurulması,
- Setin havasının tamamen çıkarılmaması,
- Pil ömrünün iyi hesaplanmaması ve kullanım anında bitmesi,
- Önerilen set ya da malzemenin kullanılmaması,
- HKA pompasını yanlış kilitleme.

HKA Uygulamasında Cerrahi Hemşiresinin Rolü

Ağrı, cerrahi girişim geçiren hastalarda ameliyat sonrası dönemde gelişen en önemli sorunlardan biridir. Cerrahi girişim geçirmiş hastalarda ağrı görülme sıklığı %30 ile %90 arasında değişmektedir⁴¹. Ameliyat sonrası ağrı, birçok organ sisteminin aktivitesini olumsuz yönde etkilediğinden hastalar ek sorunlarla karşı karşıya kalmakta, iyileşme süreci ve hastanede yatış süresi uzamakta ve hasta konforu olumsuz yönde etkilenmektedir. Bu nedenle ameliyat sonrası dönemde hastanın ağrısının kontrol altına alınması gerekmektedir. Ağrının kontrol altına alınmasında etkin bir yöntem olduğu bilinen HKA, multidisipliner bir ekip yaklaşımını gerektirmektedir⁴¹⁻⁴⁴. HKA ekibi genellikle eczacı, anestezi uzmanı, hekim ve hemşireden oluşmakla birlikte HKA sistemini kullanan hasta da ekibe dahil edilmektedir⁴⁵⁻⁴⁷. Bu ekip içinde cerrahi hemşiresi ağrı kontrolünde vazgeçilmez bir role sahiptir. Ağrı ekibinde cerrahi hemşiresinin rolünü diğer ekip üyelerinden ayıran ve önemli kılan temel noktalar; cerrahi hemşiresinin hasta ile diğer ekip üyelerinden daha uzun süre birlikte olması nedeniyle hastanın önceki ağrı deneyimleri ve başatma yöntemlerini öğrenmesi ve gerektiğinde bunlardan yararlanması, ağrı ile başa çıkma stratejilerini hastaya öğretmesi, planlanan analjezik tedavisini uygulaması, sonuçlarını izlemesi ve empatik yaklaşımı sağlamasıdır. Ağrı kontrolünde hekimler birincil uygulayıcılar olsa da hastanın izlenmesi sırasında gelişebilecek etki ve komplikasyonlar konusunda bilgi sahibi olan cerrahi hemşiresi bu sürecin sorunsuz ve başarılı şekilde sürdürülmesinde etkili olabilmektedir. Aynı zamanda cerrahi hemşiresinin ağrı konusunda yeterli bilgi ve deneyime sahip olması standart ağrı kontrol yöntemlerinin geliştirilmesine de olanak sağlamaktadır⁴¹⁻⁴⁸.

HKA uygulamasında cerrahi hemşiresinin rolleri dört ana başlıkta ele alınmaktadır. Bu roller^{43,49};

- Hasta eğitimi,
- HKA uygulaması,
- Hastanın izlenmesi,
- Tedavi etkinliğinin değerlendirilmesidir.

I. Hasta Eğitimi: Cerrahi hemşiresi, hastanın fiziksel ve entelektüel kapasitesine uygun olarak ağrı değerlendirme yöntemlerini anlatarak hastanın ağrısını doğru şekilde değerlendirmesini sağlamalıdır. Bunun yanı sıra hasta eğitiminde, HKA uygulamasının amacı, süresi, yararları, ilaçlara bağlı görülebilecek yan etkiler, cihazda kullanılacak düğmeye basma sıklığı ve uygulama sırasında hastanın pozisyonu ile ilgili bilgilendirmelere yer vermelidir^{21,37-38,50}.

II. HKA Uygulaması: Cerrahi hemşiresi HKA uygulamasının hangi yoldan uygulaması gerektiğini, uygulama sırasında ilaçların yan etkilerini çok iyi bilinmeli ve ilaca bağlı yan etki geliştiğinde gerekli müdahaleyi yapabilecek donanımda olmalıdır. Buna ek olarak cerrahi hemşiresi HKA uygulaması sırasında solunum hızı, kan basıncı, sedasyon ve ağrı skoru, ağrının yeri, kullanılan ilacın miktarı ve yan etkilerini dikkatli bir şekilde izlemeli; HKA uygulamasında ilacın uygulama yolu, ilacın adı ve konsantrasyonu, yükleme dozu, bazal infüzyon hızı, bolus dozu, kilitli kalma süresi ve 1-4 saatlik limitleri cihaz üzerinden düzenlemelidir^{36,44-45,51-55}.

Cerrahi hemşiresi, HKA uygulamasında ilacın hazırlanmasında ilaç etiketine ilaç adı, ilaç konsantrasyonu, başlangıç tarih ve saati ile birlikte adını ve soyadını yazmalıdır. Uygulama başlamadan önce ameliyathanede ya da serviste anestezi hekimi ya da

hemşire tarafından hasta kimliği, ilacın adı, dozu, HKA planının istem ile uygunluğu gibi bilgiler değerlendirildikten ve cihazın çalışma durumu kontrol edildikten sonra işlem başlatılmalıdır. Cihaz alarm verdiğinde anestezi hekimine gelişen sorun ile ilgili bilgi verilmelidir^{33,54}.

III. HKA'da Hastanın İzlenmesi

HKA, doğru olarak uygulandığında güvenilir ve kolay bir ağrı kontrol yöntemi olabilmektedir. Ancak HKA uygulaması, cihazın programlanmasından sonra hastanın yakın izlemine gereksinim olmadığı şeklinde algulandığında birçok yan etki ve komplikasyonla karşılaşılabilir. Bu nedenle cerrahi hemşiresinin ameliyat sonrası dönemde HKA uygulanan hastayı ve sistemi doğru ve dikkatli şekilde izlemesi gerekmektedir²¹⁻³⁸.

Ameliyat sonrası hastanın ağrının değerlendirilmesinde, hemşire izlem formunun kullanılması ağrının düzenli kaydını sistematikleştirmektedir. HKA'da hastanın yaşam bulgularının ne kadar sıklıkla izleneceğine ilişkin tam bir netlik olmamasına karşın genel olarak kabul edilen ilk dört saatte 30 dakika da bir ya da saat başı, sonraki sekiz saatte iki saatte bir, daha sonra ise dört saatte bir kontrol edilmesi önerilmektedir. HKA uygulanan hastayı izleyecek cerrahi hemşiresinin yaşam bulgularının yanı sıra ağrı ve kullanılan opioidlerin yan etkilerini de değerlendirmesi gerekmektedir^{43,45,54-57}.

HKA uygulaması sırasında, opioidler kullanıldığı için özellikle erken ve geç dönem solunum depresyonu yönünden dikkatli olunması gerekmektedir. Oksijen saturasyonunun (SaO₂) düşmesi bu konuda uyarıcı olacağı için noninvaziv bir yöntemle SaO₂ izlemi yapılmalıdır. Aşırı sedasyon görülebileceğinden endtidal CO₂ düzeyinin ve sedasyon skorunun da izlenmesi gerekmektedir. Opioidler bulantı-kusmaya neden olabileceğinden, hasta bulantı-kusma yönünden izlenmeli ve gerekirse işlem öncesi İV antiemetik ilaçlar uygulanmalı ve opioid dozu yeniden ayarlanmalıdır. Opioid kullanımına bağlı olarak konstipasyon gelişmesi durumunda konstipasyonu önleyen ek tedavi ve diyet uygulanmalıdır. İdrar retansiyonu durumunda ise mesaneye sıcak uygulama yapılmalı; sorun devam ediyorsa idrar kateteri uygulanmalıdır^{20,21,54,57}.

HKA uygulaması başlatıldıktan sonra hastada hipotansiyon, ajitasyon, bradikardi, bilinç durumunda değişiklikler, idrar retansiyonu ve ekstremitelerde kuvvet kaybı yaşanırsa uygulama durdurularak anestezi hekimine haber verilmelidir. HKA uygulamasının sonlandırılmasına karar vermede cerrahi hemşiresinin hastanın ağrısı ile ilgili kayıtları ve gözlemleri önemlidir. Bu verilere göre anestezi hekimi HKA uygulamasının sonlandırılmasına ya da devam etmesine karar vermektedir²⁹. Ayrıca pulmoner ya da kardiyak işlevleri yetersiz, aşırı kilolu ve uyku apnesi olan hastalarda daha sık ve yakın izlem gerekmektedir^{20,21,45,54,57}. HKA uygulaması hastaya epidural kateter yardımıyla uygulanacaksa uygulama sonrasında hasta 3-6 saat düz olarak yatırılmalı ve sonrasında oturur pozisyonda izlenmelidir. Kateter pansumanı kateterin takılması sonrası ilk olarak 24 saat sonra yapılmalıdır. Hemşire bu durumları da uygulama sırasında göz önünde bulundurmalıdır^{45,54-57}.

IV. HKA'de Tedavinin Etkinliğinin Değerlendirilmesi

Ağrının kişiye özgü bir semptom olması hastayı tüm yönleri ile tanıma ve doğru öykü almayı, sürekli gözlem yapmayı ve ağrı değerlendirmesinde uygun yöntemleri

kullanmayı gerektirmektedir. HKA'de tedavinin etkinliğinin değerlendirilmesinde, başta hastanın ağrı ifadesi ve ağrıya karşı geliştirdiği davranışsal tepkiler olmak üzere hasta için en uygun ağrı değerlendirme yöntemi kullanılmalı, ekip yaklaşımı içinde herkesçe benimsenen ve farklı yorumlara neden olmayan ağrı ölçekleri kullanılmalıdır. Ağrı değerlendirilmesinde kullanılan ölçekler ile hastanın yöntemden ne kadar yarar gördüğü değerlendirilmelidir^{1,20,57-60}.

SONUÇ

HKA, hastanın kendi ağrısını kendisinin kontrol etmesi esasına dayanan ve ameliyat sonrası ağrının giderilmesinde kullanılan farmakolojik bir yöntemdir. HKA hızlı etki ve daha az sedasyon sağlamakla birlikte HKA'da kullanılan İV opioid ilaçlar nedeniyle uygulama sırasında ve sonrasında hastada ilaca ilişkin yan etkiler ortaya çıkabilmektedir. Solunum depresyonu, bulantı-kusma, aşırı sedasyon ve allerji en önemli yan etkiler arasında yer almaktadır. Bu nedenle cerrahi hemşiresinin HKA uygularken kullanılan ilaçları, dozlarını, etki ve yan etkilerini ve alınacak önlemleri, hasta bakımında dikkat edilmesi gereken durumları ve sistemin işleyişini bilmesi ve tedavinin etkinliğini değerlendirmesi gerekir.

KAYNAKLAR

1. Aslan, FE. Tarihsel Süreçte Ağrı. In: Aslan, FE, editör. Ağrı doğası ve kontrolü. Ankara: Akademisyen Tıp; 2014. s. 11-38.
2. Apfelbaum JL, Chen C, Mehta SS, Gan TJ. Postoperative pain experience: Results from a national survey suggest postoperative pain continues to be undermanaged. *Anesth Analg* 2003; 97(2): 534-40.
3. Wu CL, Raja SN. Treatment of acute postoperative pain. *Lancet* 2011; 377(9784): 2215-25.
4. Arslan S, Çelebioğlu A. Postoperatif ağrı yönetimi ve alternatif uygulamalar. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi* 2004; 1(1): 1-7.
5. Karanikolas M, Swarm RA. Current trends in perioperative pain management. *Anesthesiol Clin North America* 2000; 18(3): 575-99.
6. Aslan FE. Ağrı. İçinde: Karadakovan A, Aslan, FE, editör. Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Adana: Nobel; 2011. s. 162-63.
7. Erdine S. PCA (Patient Controlled Analgesia). Ağrı. 3. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2007. s. 188-97.
8. Grass JA. Patient-controlled analgesia. *Anesth Analg*. 2005; 101(5): 44-61.
9. Warwick P. Making sense of the principles of patient-controlled analgesia. *Nurs Times*. 1992; 88(41): 38-40.
10. Erdine S. Ağrı. İstanbul: Nobel Matbaacılık; 2002. s. 144-53.
11. Akkaya T. Akut ağrılı hastaya yaklaşım. İçinde: Keçik Y, editör. Temel Anestezi. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri; 2012. s.1005-20.
12. Uysal HY, Acar HV, Kaya A, Ceyhan A. Postoperatif ağrı tedavisinde uygulanan hasta-kontrollü analjezi yöntemlerinin retrospektif incelemesi. *J Clin Exp Invest*. 2013; 4(2): 159-65.
13. Kemal ÖS, Şahin Ş, Apan A. Postoperatif ağrı tedavisinde intravenöz hasta kontrollü analjezi yöntemi ile kullanılan tramadol, tramadol-metamizol ve tramadol lornoksikamin karşılaştırılması. *Ağrı* 2007; 19(4): 24-31.
14. Lindley P, Pestano CR, Gargiulo K. Comparison of postoperative pain management using two patient-controlled analgesia methods: nursing perspective. *J Adv Nurs*. 2009;65(7):1370-80.

15. Gherghina V, Nicolae N, Cindea I, Popescu R, Grasa C. Patient-Controlled Analgesia After Major Abdominal Surgery in the Elderly Patient, Epidural Analgesia – Current Views and Approaches (2012). URL: <http://www.intechopen.com/books/epidural-analgesia-current-views-and-approaches/patient-controlledanalgesia-after-major-abdominal-surgery-in-the-elderly-patient>, 21.07.2015.
16. Çukurova Z, Hergünel GO, Emir NS, Eren GA, Aytakin ŞÖ. Postoperatif analjezide epidural hasta kontrollü analjezi ile sürekli infüzyon uygulamasının karşılaştırılması. Bakırköy Tıp Dergisi 2005; 1(1): 7-11.
17. Shariati A, Aghamollae M, Fayazi S, Gheibizadeh M. Jentashapir. The Effect of Patient-controlled Analgesia on Intensity of Postoperative Pain in Abdominal Surgeries. J Health Res. 2014; 5(5): e23227.
18. Atım A, Deniz S, Orhan ME, Sızlan A, Kurt E. Postoperatif hasta kontrollü analjezide bir kliniğin deneyimleri. Ağrı 2009; 21(4): 155-60.
19. Poonc CM, Leungc TL, Wonga CW, Chanb YL, Leungb TC, Leongc HT. Safety of Nurse-administered Propofol Sedation Using PCA Pump for Outpatient Colonoscopy in Chinese Patients: A Pilot Study. Asian Journal of Surgery 2007; 30(4), 239-43.
20. Aslan FE, Türkmen E. Hastaya kendi ağrısını kontrol etmeyi sağlayan bir yöntem: Hasta kontrollü analjezi. HEAD 2005; 2(1): 6-11.
21. Aslan FE, Türkmen E. Hasta kontrollü analjezi. In: Aslan, FE, editör. Ağrı doğası ve kontrolü. Ankara: Akademisyen Tıp; 2014. s. 139-47.
22. Yücel A. Hasta kontrollü analjezi (PCA). 3. Baskı. İstanbul: Ufuk R&M; 1998. s.31-33, 101-102.
23. Kırbaş S, Kesimci E, Gümüş T, Kanbak O. Postoperatif analjezide ropivakain, ropivakain-fentanil ve ropivakain-tramadolün devamlı epidural infüzyonunun etkinliklerinin karşılaştırılması. Anestezi Dergisi 2008; 16 (2): 99-105.
24. Yeğin A, Erdoğan A, Hadimioğlu, N. Toraks cerrahisinde ameliyat sonrası analjezi. GKD Anest Yoğ Bak Dern Derg 2005; 13(4): 418-25.
25. Hersekli Ş. Postoperatif hasta kontrollü morfin uygulanan hastalarda preoperatif uygulanan deksmedetomidin, midazolam ve ondansetronun etkilerinin karşılaştırılması. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi. Adana, 2008.
26. Patient Controlled Analgesic URL: http://www.yandex.com.tr/gorsel/search?viewport=wide&text=hasta%20kontrollü%20analjezi%20cihaz%C4%B1&img_url=http%3A%2F%2Fwww.riversideonline.com%2Fsource%2Fimages%2Fimage_popup%2Fpn7_pca.jpg&pos=29&uinfo=sw-1309-sh-818-ww-,04.09.2014.
27. Özbek H, Gündüz M, Özcengiz D, Demir S, Gündoğan ZF, Işık G. Hasta kontrollü analjezide (HKA) morfin ve tramadolün etkinliğinin karşılaştırılması. Dokuz Eylül Anestezi Günleri; 29 Nisan 2000; İzmir.
28. Hull CJ. The pharmacokinetics of opioid analgesics with special reference to patient controlled administration. In: Harmer H, Rosen M, Vickers MD, eds. Patient Controlled Analgesia. Boston, Massachusetts: Blackwell Scientific Publications; 1985. p. 111-25.
29. İdem A. Ürolojik açık cerrahi girişimlerde postoperatif analjezi amacıyla hasta kontrollü epidural analjezi yöntemiyle farklı ropivakain dozlarının analjezik etkinliklerinin karşılaştırılması. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi. Adana, 2005.
30. Sağiroğlu G, Çopuroğlu E, Meydan B, Ertürk S, Demir M, Küpeli M. Torakotomi Analjezisinde epidural veya intravenöz hasta kontrollü analjezi yöntemlerinin karşılaştırılması. GKDA Derg. 2013; 19(1): 10-15.
31. Sağiroğlu G. Comparing early postoperative period analgesic effect of dexketoprofene trometamol and lornoxicam in mediastinoscopy cases. Eurasian J Med. 2011; 43(1): 23-6.
32. Özatamer O, Alkış N. Anestezi Güncel konular. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2002. s. 515-30.
33. Turan A. Lokal anestezipler. In: Keçik Y, editör. Temel anestezi. Ankara: Güneş Tıp; 2012. s. 121-30. .
34. Özyuvacı E, Sevim S. Postoperatif ağrı tedavisi-II. İstanbul Tıp Dergisi 2009; 10(4): 193-97.
35. Leea SY, Hunga CJ, Chena CC, Wu CC. Survival analysis of postoperative nausea and vomiting in patients receiving patient-controlled epidural analgesia. Journal of the Chinese Medical Association 2014; 77(11): 589-93.

36. Dökmeçi İ. Farmakoloji. İstanbul: İstanbul Tıp; 2007. s. 159-162.
37. Aydın N, Atlas M, Yavaşca P, Gür KE, Özenç E. Postoperatif ağrı tedavisinde intravenöz hasta kontrollü analjezi yöntemi ile uygulanan fentanil ve meperidin'in karşılaştırılması. Haseki Tıp Bülteni. 2005; 43(2): 1-9.
38. Çubukcu Z. Alt ekstremitte kemik cerrahisinde hasta kontrollü analjezide ondansetronun tramadol ve morfin tüketimine etkisi. Ağrı 2007; 19(1): 36-41.
39. Özveren H, Uçar H. Öğrenci hemşirelerin ağrı kontrolünde kullanılan farmakolojik olmayan bazı yöntemlere ilişkin bilgileri. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi 2009; 16(3): 59-72.
40. Öztürk H. Cerrahi ağrı nedeni, etkileri ve cerrahi ağrı neden geçirilmeli, 1.Ulusal Cerrahi Hemşireliği Sempozyumu Kitabı. Bursa. 2002: 117-25.
41. Aslan FE, Çavdar İ. Cerrahi Ağrı. In: Aslan, FE, editör. Ağrı doğası ve kontrolü. Ankara: Akademisyen Tıp; 2014. s. 185-212.
42. Aslan FE, Olgun N. Kansere Ağrısı. In: Aslan, FE, editör. Ağrı doğası ve kontrolü. Ankara: Akademisyen Tıp; 2014. s. 243-72.
43. Çöçelli L, Bacaksız D, Ovasoylu N. Ağrı tedavisinde hemşirenin rolü. Gaziantep Tıp Dergisi 2008; 14(2): 53-8.
44. Ay F, Alpar ŞE. Postoperatif ağrı ve hemşirelik uygulamaları. Ağrı 2010; 22(1): 21-9.
45. Patient Controlled Analgesia (PCA). Guidelines of care for the opioid native patient. URL: <http://www.hasdic.org/documents/Tool-Kit-PCA.pdf>, 13.10.2014.
46. Clinical guideline for acute postoperative pain control using patient controlled analgesic pump - guidelines for administration, monitoring and treating adverse effects URL: <http://www.santoslab.org/pub/open-pca-pump/resources/PCA-clinical-guidelines-Cornwall-UK.pdf>, 21.07.2015.
47. Prescription and management of patient controlled intravenous analgesia URL: <http://www.health.wa.gov.au/CircularsNew/attachments/977.pdf>, 21.07.2015.
48. Dikmen YD, Usta YY, İnce Y, Gel KT, Kaya MA. Hemşirelerin Ağrı Yönetimi ile İlgili Bilgi, Davranış ve Klinik Karar Verme Durumlarının Belirlenmesi. Çağdaş Tıp Dergisi 2012; 2(3): 162-72.
49. Baran G, Göz F. Ağrı ve ağrılı hastada hemşirelik süreci. Sendrom 2001; 13(4): 110-14.
50. Hong SJ, Lee E. Effects of a structured educational programme on patient-controlled analgesia (PCA) for gynaecological patients in South Korea. J Clin Nurs 2012; 21(23-24): 3546-55.
51. Erdine S. Ağrı. In: Erdine S, ed. Hasta kontrollü analjezi (PCA). 1. baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2000. s. 150-57.
52. Karaçay P. Acil travma ünitelerinde ağrı geçirme yaklaşımlarının belirlenmesi. Ağrı 2006; 18(1): 44-51.
53. McCaffery M, Wolff M. Pain relief using cutaneous modalities, positioning, and movement. Hospice Journal 1992; 8(1-2): 121-53.
54. Sarıyıldız D. Travmalı hastalarda ağrı şiddeti ve ağrı geçirme uygulamalarında memnuniyetin belirlenmesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul, 2005.
55. Dvall E, Ehrenberg A. Nursing documentation of postoperative pain management. J Clin Nurs 2002; 11(6): 734-42.
56. Tel HE. Epidural analjezi ve hemşirelik bakımı. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2000; 4(1): 33-40.
57. Aslan F, Aksoy AP. Ağrıda kanıt dayalı öneriler. In: Aslan, FE, editör. Ağrı doğası ve kontrolü. Ankara: Akademisyen Tıp; 2014. s. 103-16.
58. Erdine S. Ağrı. İstanbul: Nobel Matbaacılık; 2002. s.118-35.
59. Özyuvacı E, Sevim S. Postoperatif ağrı tedavisi-1 İstanbul Tıp Dergisi 2009; 10(3): 143-49.
60. Tavacı A. Hasta kontrollü analjezi uygulamasına ilişkin hemşirelerin bilgi gereksinimi. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans. Ankara, 2013.

İz Bırakan Bir Lider, Eren Kum

A Trace-Leaving Leader, Eren Kum

(Derleme)

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2016, 3(3), 70-76

Şenay TAKMAK¹, Nevin KUZU KURBAN²

¹Pamukkale Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Bilim Dalı, Doktora Öğrencisi, Denizli, Türkiye

²Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Denizli, Türkiye

Geliş Tarihi: 23 Nisan 2016

Kabul Tarihi: 11 Ağustos 2016

ÖZ

Bu makale, Prof. Dr. Sayın Eren Kum'un hayat hikâyesi ve çalışmalarının genç hemşirelere model olması amacı ile kaleme alınmıştır. Prof. Dr. Eren Kum, hemşirelik eğitimi ile mesleki uygulamaların gelişimine emek vermiş, hemşirelik tarihimiz için önemli bir yere sahip değerli bir liderimizdir. Bu yazıda, Prof. Dr. Eren Kum'un kısa yaşam öyküsü, mesleki eğitimi, çalışma hayatı ve hemşireliğe dair hizmetleri, yayınları, çalışma model ve disiplini ele alınmıştır. Bunun yanı sıra, Türk Hemşireler Derneği'nde yaptığı faaliyetleri, uygulamaya yönelik eleştirileri, temel görüşleri ve onun için ifade edilen söylemlerden bahsedilmiştir. "Sayın Kum" her zaman hemşirelik mesleğinin profesyonelleşmesinde göstermiş olduğu özverili çabası, liderlik rolü ve değerli kişiliği ile saygı ve gururla anılacaktır.

Anahtar Kelimeler: Eren Kum, hemşirelik, lider

ABSTRACT

This article has been written with the aim of being Professor Eren Kum's biography and work a model for young nurses. Professor Eren Kum, who made efforts on nursing education and professional practices, is one of the valuable leaders having a remarkable place in our nursing history. In this article, Professor Eren Kum's short biography, professional education, working life and services in nursing, publications, working model and discipline were discussed. Besides, her activities in Turkish Nurses Association, her criticisms towards practice, her fundamental opinions and sayings regarding her were addressed. Dear Kum will always be remembered with her self-giving efforts on professionalisation of nursing, her leadership role and valuable personality.

Key Words: Eren Kum, nursing, leader

GİRİŞ

Prof. Dr. Eren Kum ülkemizin hemşirelik eğitim ve mesleğinin gelişimi için kendini adayan özel insanlardandır. Kendisi, dönemin şartlarında en iyi hemşirelik okulu diyebileceğimiz Özel Kızılay Hemşirelik Okulu' undan eğitim almış, eğitim ve çalışma hayatındaki başarılarının bir karşılığı olarak lisans eğitimi için yurtdışına gönderilen bir avuç hemşire liderimizin arasına katılmıştır. Ancak kendisini değerli kılan, ülkesine döndükten sonra da hemşirelik eğitimi ve mesleği için devam eden çabalarıdır. Hemşirelikte lisans ve lisansüstü eğitim ve Türk Hemşireler Derneği çalışmaları gibi pek çok alandaki hizmetleri saygıyla anılmaktadır. Hemşire liderimizin örnek ve önderliklerinin bilinmesinin yeni nesil hemşireler ve eğitimciler için model olacağı, azim ve kararlılıklarını artıracacağı düşünüldüğü için bu yazı kaleme alınmıştır. Aynı zamanda bu yazı ülkemiz hemşirelik tarihi ve gelişimini anlamada küçük de olsa bir kapı aralayacaktır. Tarihin tozlu raflarından ulaşabildiği kadarıyla, yakın zamanda aramızdan ayrılan “Sayın Kum” un anlatılması ve hatırlatılmasının bir onur olduğunu belirtmek isteriz. Prof. Dr. Eren Kum'un kısa yaşam öyküsü, mesleki eğitimi, çalışma hayatı ve hemşireliğe dair yaptığı hizmetler, yaptığı yayınlar, çalışma model ve disiplini, Türk Hemşireler Derneğinde yaptığı faaliyetler gibi hemşirelik mesleğine katkıları sunulmuştur.

Kısa yaşam öyküsü: Prof. Dr. Eren Kum 1928 yılında, Bursa'da altı çocuklu bir ailenin son çocuğu olarak hayata gözlerini açar. Bir yaşında babasını kaybetmesiyle, ağabeylerinin yanında hayata devam eden Prof. Dr. Eren Kum, ağabeylerinin görevleri gereği onlarla Anadolu'nun çeşitli yerlerinde çocukluk ve ilk gençlik yıllarını geçirmiştir. Ablasının ameliyatı sırasında hemşirelerden etkilenmesi, onun lise eğitimini yarıda bırakıp, hemşire olmaya karar vermesine yol açar. İstanbul Haseki'deki Kızılay Hemşirelik Okulu'na başlaması ile hemşirelik serüveni başlar. Bu serüven, liseden başlayarak Türkiye'nin ilk lisans ve lisansüstü eğitim alan hemşirelerinin, hemşirelik eğitimi ve gelişimi için ettikleri mücadelelerdir^{1,2,3}.

Mesleki eğitimi: Kızılay Hemşirelik Okulu'ndan 1948'de mezun olan Prof. Dr. Kum, 1952-53 yılları arasında, Kızılay Derneği'nin bursu ile İngiltere'ye Royal Infirmary Hastanesi'ne gönderilir. Bu hastanede bir yıl boyunca dâhiliye kliniğinde çalışır ve kazandığı bilgi, tecrübe ve gözlemlerle yurda döner^{1,2,3}.

Türkiye'de lisans düzeyinde hemşirelik eğitimi için girişimler 1940'lı yıllarda başlamıştır. Bunlardan biri Prof. Dr. Muhittin Erel ve arkadaşlarının çabaları; diğeri ise Florence Nightingale'nin İstanbul'a gelişinin 100. Yıl anısına Türkiye Florence Nightingale Vakfı hemşirelik yüksekokulu açma girişimleridir. Amerika Columbia Üniversitesi'ne 7 hemşire göndermesi ile, 1956 yılında filizlenen girişim devam eder. Lisans ve lisansüstü eğitim almak için seçilen hemşirelerden biri de Prof. Dr. Eren Kum'dur. Columbia Üniversitesi Teacher College'de başlayan hemşirelik lisans eğitimi 1957'de tamamlayan Prof. Dr. Eren Kum, 1959'da hemşirelikte bilim uzmanlığı diplomasını almıştır. Türkiye'ye döndükten sonra hemşirelik eğitim hizmetlerine devam ederken, 1963 yılında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Pediatri Anabilim dalında, “Adölesanın sağlık alışkanlıkları ve hastalığına, hastaneye, doktora ve hemşireye ilişkin bilgi ve tutumlarının analizi” başlıklı tez çalışmasıyla doktora eğitimini tamamlamıştır¹. Prof. Dr. Eren Kum 1972 yılında doçent ve 1978 yılında da profesörlük unvanını alarak Türkiye'nin ilk profesör hemşiresi olma unvanını kazanmıştır^{4,5}.

Çalışma hayatı ve hemşireliğe dair yaptığı hizmetler: “Sayın Kum” ’un Kızılay Hemşirelik Okulu’ndan mezuniyeti sonrası, 1952 yılına kadar dâhiliye hemşireliği uygulama öğretmenliği ve İstanbul Üniversitesi Çapa Klinikleri 3. Dâhiliye servisi başhemşiresi görevlerinde bulunmuştur. İngiltere’deki gözlem ve çalışmalarının ardından 1953-1956 yılları arasında yine Kızılay Özel Hemşirelik Okulu’nda kişisel hijyen ve toplu sağlığı dersleri vererek eğitmen, bunun yanı sıra idareci olarak görev devam eder^{1,4}.

Prof. Dr. Eren Kum ’un Türkiye’ye geldiği dönemde Florance Nihgingale Hemşirelik Yüksekokulunun inşaatı ve müfredat geliştirme çalışmaları sürmektedir. Bu sırada Prof. Dr. Eren Kum ’un evi Ankara’da, işi ise İstanbul’dadır ve bu durum onu, aklını İstanbul’da bırakarak Ankara’ya yerleşmeye zorlar².

Ankara’da Prof. Dr. İhsan Doğramacı’dan Hacettepe Çocuk Sağlığı Araştırma Enstitüsüne bağlı hemşirelik yüksekokulu kurma girişimleri arasında iş teklifi alır ve okulun açılmasına kadar geçen süre zarfında sekiz ay Hacettepe Üniversitesi Çocuk Hastanesi’nin sorumlu hemşireliği görevini yürütür. Prof. Dr. Eren Kum, yüksekokulun açılma döneminde İhsan Doğramacı ve o yıllarda Çocuk Sağlığı Enstitüsündeki hocaların, “yüksekokul düzeyinde hemşire yetiştirerek küçük doktorlar mı yetiştireceksiniz” sorusuna sık sık cevap vermek zorunda kaldıklarından bahseder. O dönemde Prof. Dr. Eren Kum ve arkadaşları, bu sorulara Avrupa ülkelerindeki hemşirelik eğitiminden örnekler vermiş, eğitimin önemini vurgulamışlardır^{2,6}.

Prof. Dr. Eren Kum Hacettepe Hemşirelik Yüksekokulu kurma ve müfredat geliştirme çalışmalarında yoğun olarak görev alır ve okul 1961’de fiilen açılır. Okulun 1961-62 ilk öğretim yılında mülakatla kabul edilen öğrencilerin 6’sı erkektir. Ancak yasal zorunluluklar erkek öğrencileri hemşirelikten ayrılmaya mecbur bırakmıştır. Hemşirelik eğitiminde ilkleri yaşatan Hacettepe Hemşirelik Yüksekokulu bu sıkıntılı süreçlerde ilk mezunlarını 1965’te 11 kişi olarak vermiştir. Okulun ilk dönemlerinde dersler, Eren Kum’un ifadesi ile iki yıl boyunca çocuk hastanesinin kendilerine ayrılan bölümünde imkânsızlıklarla sürer. Yüksekokulun müfredat geliştirme çabalarına katkıda bulunmak için Columbia Üniversitesi yöneticilerinden Dr. R. L. McManus iki kere Ankara’ya gelir. İlk dönemde Alice Baştuğ ve J. Blumberg tercüme ile derslere katkıda bulunmuşlardır. Nebahat Büyükoğtay Kum, Şerife Sözeri, Öznur Sevgül, Lemar Birol, Gönül Erek ve Gülten Uyer, Prof. Dr. Eren Kum’un ilk dönem çalışma arkadaşları olarak eğitime katkıda bulunmuşlardır^{6,1,2}.

Prof. Dr. Eren Kum Yüksekokul’da hemşirelik sanatı, iç ve cerrahi hastalıkları hemşireliği derslerinin öğretim görevliliğini yürütmüştür. Doktora eğitimini tamamlaması ile 1963’te yüksekokul müdürlüğüne seçilmiştir. Bunun yanı sıra pediatri hemşireliği öğretim üyeliği görevini sürdüren Prof. Dr. Kum, kendisinin müdür olmasını, yönetmelikle yapılan bir değişiklik ile yüksekokulun bir hemşire müdüre tevdi edilme güvenine layık olmak olarak yorumlamıştır^{2,4,6,7}.

Yürüttüğü idari görevler: Okulun açıldığı ilk iki yılda okul müdürlüğünü Prof. Dr. İhsan Doğramacı yürütürken, 1963’ten itibaren, emekliliğine kadar geçen sürede 33 yıl (1996) boyunca Prof. Dr. Eren Kum okul müdürü olarak görev yapmıştır^{3,6,7}.

Prof. Dr. Eren Kum ’un okul müdürlüğü görevi devam ederken, 1969’da Senato Üyeliği ve Yüksekokul Yönetim Kurulu üyeliği, 1974-1980 Sağlık Bilimleri Yönetim Kurulu üyeliği görevleri arasına eklenmiştir. 1975 yılında bir süreliğine Nüfus Etütleri Enstitüsü Yönetim Kurulu üyeliğini gerçekleştirmiştir².

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu'nda 1968'de "hemşirelikte bilim uzmanlığı" ve 1972'de "hemşirelikte bilim doktora" programlarının açılması ile Sağlık Bilimleri Program Koordinatörlüğü ve Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanlığı görevini de müdürlük görevinin yanı sıra sürdürmüştür^{2,4}.

"Sayın Kum", dolu dolu geçen ve hemşireliğe adanan ömrüne, Dünya Sağlık Örgütü geçici danışmanlığı, yabancı kuruluşlarca yapılan araştırmalarda danışmanlık ve sorumluluk gibi görevler de sığdırmıştır. Prof. Dr. Eren Kum'un bu değerli çalışmaları anısına 2005 yılında "Hacettepe Üniversitesi Bilimde Hizmet Ödülü" takdim edilmiştir⁷.

Çalışma model ve disiplini: Prof. Dr. Eren Kum hemşirelik mesleğinde başarısı, sahip olduğu ilke ve çalışma anlayışı ile birçok başarılı ve öncü hemşirenin yetişmesine katkıda bulunmuştur⁷.

Prof Dr Eren Kum çağın gereklerine uygun, bilimsel bilgisini klinik uygulamalarda kullanan, çağdaş hemşire yetiştirme kararlılığını hayatı boyunca sürdürmüştür. Bu kararlılığın sürmesinde okulun kurucu rektörü Prof. Dr. İhsan Doğramacı'nın desteğini de onurla anmıştır⁶.

Kendisi hemşirelik eğitiminde standart bir yapının gerekliliği üzerinde durmuştur. Bunun örneği, hemşirelik mezuniyet andı ile ilgili bir yaklaşımında görülmektedir. Türk Hemşireler Derneği başkanlığı sırasında (1986) anlamını yitirmiş olan kep giyme törenlerine dikkat çekmiş, farklı içeriklerde mezuniyet andı okunmasından rahatsızlığını dile getirmiştir. Ülkemizde bütünlüğün sağlanması amacı ile Uluslararası Hemşireler Birliğince (ICN) onaylanmış olan mezuniyet andının tercümesi yayınlanmış, Türk Hemşireler Derneği başkanı olarak standart bir andın okunması için hassasiyetini belirtmiştir⁸.

Prof. Dr. Eren Kum, 1988 hemşirelik haftası etkinliklerinde, bu etkinliklerin özel bir amacının da, mesleki gelişmelerle beraber, ilgili sorunları irdeleyip, dikkat çekmek olduğunu belirtmiştir. Bu bağlamda Türk Hemşireler Derneğinin ICN ile bağlantılı olarak çalıştığını ifade etmiştir. Hemşirelerin sayısal çoğunluğuna rağmen mesleki gelişimle ilgili sıkıntıları dile getirerek mesleğin yetki ve sorumluluklarının kendiliğinden oluşamayacağını söylemiştir. Mesleki sorunların nitelikli personelle ve başarılı ve güvenli hizmetle aşılabileceğinin altını çizer⁹.

Hemşireliğin yirminci yüzyılın sonuna doğru farklılaşan problemlerine de dikkat çekmiştir. Hastanelerde çalışan hemşirelerin donanımlı yönetim bilgisinden yoksun başhemşirelerce yönetiliyor olması ve doğrudan başhekimliklere bağlı bulunmasını hemşirelerin denetimden yoksun bir şekilde çalışmalarının nedeni olarak görür. Mezuniyet sonrası eğitim programlarının olmayışı da dikkat çekilen problemlerdendir. Bir başka problem de, o dönemde teftişlerin genelde hekimler tarafından yapılıp, hemşire/hasta sayısı oranı ve bakımın kalitesi gibi değerlendirmelerin göz ardı edilmesidir^{9,10}.

Üzerinde durduğu önemli konulardan biri de hemşirelik okullarının okul, klinik uygulama imkânları ve öğretim görevleri açısından farklı nitelikte olmalarıdır. Mezuniyet sonrası hemşirelerin diploma tescili yapılmadan çalışma hayatına başlamaları farklı yetkinlikte hemşirelerin göreve başlamalarına neden olmaktadır. Bunun için mezuniyet sonrası yeterlilik sınavı yapılarak, telafi veya yenileme kursları gibi uygulamalarla, yetersizliklerin en aza indirilmesi gerektiğini söyler^{9,10}.

Hemşirelerin birlik düzeyinde temsilini önemsemiş, 1973'lerden itibaren Türk Hemşireler Derneğinin hemşirelik birliği ve yasa tasarısı üzerinde çalışmalarına destek

olmuştur. Hemşirelikle ilgili endişelendiği başka bir husus da, hemşirelik yasasının çağın gereklerinden uzak oluşudur. Hemşirelerin güvenli hizmet sunumu için kanuni güvenceye gereksinim duyulduğunu belirtmiştir^{9,10}.

Prof. Dr. Eren Kum hemşirelerin yardımcı sağlık personeli olarak anılmasından da büyük rahatsızlık duymaktadır. Ne yazık ki hemşirelerin yıllarca lise düzeyinde eğitilmiş olmaları yardımcı sağlık personeli olarak nitelenmelerine neden olmuştur. Prof. Dr. Eren Kum, lisans mezunu hemşirelerin yardımcı sağlık personeli olarak anılamayacağını, eğer hemşirelik için bir yardım söz konusu ise de burada sadece hastaya yapılan ekip yardımının olduğunu belirterek, dileğinin hekim, diyetisyen, eczacı gibi sağlık hizmetlerinin bir parçası olan hemşirelerin de “hemşire” unvanı ile anılması olduğunu belirtir⁹.

Çalışmaları ve çalışmalarında yer verdiği temel görüşler: Hemşirelik alanında birçok ulusal ve uluslararası kongre ve toplantı katılımları, onlarca kitap yayını, makale ve araştırmalarının olduğu bilinmekte olan Prof. Dr. Eren Kum hemşirelik eğitiminde ilkleri başlatmıştır. Bu çalışmalarından K. N. Shafer ve arkadaşlarının “Tıbbi ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım” kitabı, Türkiye’de ciddi kaynak eksikliğinin yaşandığı dönemde, Eren Kum editörlüğüyle Türkçe’ye (1964) çevrilmiştir⁴.

Ülkemizde Doçentlik başvuru koşulları konulmadan öncede hemşirelik doktorasına sahip öğretim üyelerinin uluslararası indeksler kapsamında yayınları belirtilmektedir¹². Bu bağlamda, Prof. Dr. Eren Kum’un 1972 yılında yayımlanan “Nursing in Turkey” başlıklı yayını Türkiye’nin ilk uluslararası hemşirelik yayınıdır¹³. Bunların yanı sıra, “Hemşireler Birliği’nin kütüphane arşivleri” (Nurses Associations’s archival libraries¹⁴) ve Sayın Gülten Uyer ile yayınlamış olduğu “Türkiye’de çocuk sağlığı ve çocuklar için sağlık ve hemşirelik hizmetleri” (Child health and health and nursing services for children in Turkey¹⁵) başlıklı uluslararası yayınlarına ulaşılmıştır.

Prof. Dr. Eren Kum, geleceği ve teknolojiyi adeta bir adım önden takip ederek, 1988’de bilgisayarın ülkemizde çok yaygınlaşmadığı dönemlerde hemşirelikte bilgisayar kullanımını değerlendirmiş, gelişen teknolojinin hemşireliği ve hemşirelik uygulamalarını nasıl etkileyeceğini sorgulamaya çağırmıştır. Teknoloji ve bilimin gelişiminin, hemşirelik mesleğinin de geleneksel boyuttan modern bir boyuta dönüşmesine, hemşirelik bakımını da araştırma ve bilim kaynaklı bir planlamaya ittiğini belirtir. Bilgisayar kullanımının hemşirelik bakım planlarının standartlaşmasında etkili rol oynayacağından, bir taraftan da hasta verilerinin ulaşılabilir olması nedeniyle mahremiyet açısından sakıncalarına dikkat çeker¹⁶.

Hemşirelik mesleğine, meslek dışı alanlardan müdahalelerin, bir takım yanlış izlenimlerin ve tutarsız kararların sahibi olan hemşirelerden kaynaklandığını belirtmiş, bu konuda meslek örgütlerinin işlevlerine dikkat çekmiş; ancak Türk Hemşireler Derneğinin bu konudaki çabasını takdir etmiştir¹⁷.

Prof. Dr. Eren Kum, Sayın Leman Birol’un “Hemşirelik Süreci” kitabının ilk baskısının önsözünde (1997), hemşireliğin bilimsel bir süreçle uygulanması için yapılan çalışmayı takdir etmiş, o dönemde sadece okullarda öğretilen hemşirelik sürecinin bir iki hastanede uygulanmaya başlamasından duyduğu memnuniyeti belirtmiştir¹⁸.

Dernek faaliyetleri: Prof. Dr Eren Kum, 1948 yılından itibaren THD üyesi, 1968’den itibaren International Florence Nightingale Foundation üyesi bilinmektedir. 1960-62 THD Ankara şubesi 2. Başkanı, 1962- 66 THD Ankara Şubesi başkanı, 1972-74 THD

genel sekreteri, 1984-86 THD genel başkanlığı şeklinde devam eden mesleki örgütlenme ve üyelik faaliyetleri bulunmaktadır. Bunların yanı sıra Üniversiteli Kadınlar Derneği üyeliği bilinmektedir^{3,6}.

Derneğin, Uluslararası örgütlerle işbirliğini yoğunlaştırıp tanınmasında önemli başarılar kaydetmiştir. Kendisinin dernek başkanlığı döneminde, Türk Hemşireler Dergisi'nin uluslararası hemşirelik dergilerinin yayımlandığı Nursing İndex'e girmesi için gerekli girişimlerde bulunulmuş, 1986 yılının ilk sayısından itibaren dergi baskılarına İngilizce özetler eklenmiştir. Türk Hemşireler Dergisi'nin Tübitak gibi bilimsel merkezlere ulaşmasını sağlayarak, hemşirelik bilimini görünür kılmaya çalışmışlardır. Derginin 1985 sayısından itibaren ülkemizin hemşire liderleri genç hemşirelere tanıtılmıştır. Yine Eren Kum başkanlığı döneminde Türk Hemşireler Dergisi, toplumda daha fazla bireye ulaşabilmek için, Sümerbank'ın 33 ilde bulunan şubelerine dergiler göndererek, kadın memurların "gebe ve çocuk bakımı" konulu makalelerden yararlanmaları hedeflenmiştir⁹.

Prof. Dr. Eren Kum'un THD başkanlığı döneminde renkli bir sayfa göze çarpmaktadır. Margeret Thatcher'ın İngiltere Başbakanı olduğu dönemde ülkemizi ziyareti sırasında, Türk Hemşireler Derneğinden Prof. Dr. Eren Kum, Esmâ Deniz, Perihan Velioğlu ve Selva Şentürk'ün de aralarında bulunduğu bir heyet, Sayın Thatcher'a İstanbul'daki Florance Nightingale Müzesini gezdirme onuruna layık görülmüşlerdir²⁰.

Emeklilik süreci: Prof. Dr. Eren Kum 1 Mart, 1995 tarihinde emekli olmuştur. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu "Sayın Kum" a şükran duygularının bir ifadesi olarak "Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu 1961'den 1995'e" isimli bir belgesel hazırlamış ve bu belgeseli kitap haline getirmiştir. Kitabın "Anılar ve Düşüncelerle Eren Kum" bölümünde bilim dünyasına emeği geçen bazı kişiler, çalışma arkadaşları, ailesi Prof. Dr. Eren Kum ile ilgili düşüncelerini paylaşmıştır³.

Prof. Dr. İhsan Doğramacı; hemşirelik eğitimine verdiği öneme, çağdaş idarecilik anlayışına ve Eren Kum'un kurduğu okulun Türkiye'nin her yerine dağılmış hemşirelik eğitimcileri yetiştirmesine, fedakârlık derecesinde çalışkanlığına, şefkat ve insancılığı ile öğrenci ve çalışma arkadaşlarına örnekliliğine dikkat çekmiştir³.

Hem çalışma arkadaşı, hem de yakın akrabası olan Prof. Dr. Nebahat Kum, onu bir ışık olarak nitelendirirken, Prof. Dr. Bozkurt Günenç; Eren Kum'u, canlı, renkli, sorunlar karşısında soğukkanlı, pratik ve yapıcı, yaşamın teklifini kavramış biri olarak sabırlı ve bağışlayıcı bir şahsiyet olarak tanıtır³.

Esmâ Deniz "Ülkemizin sağlık dünyasında çok önemli görev ve sorumluluk almış başarılarla dolu çalışma yaşamında mümtaz bir sima" olarak tanımlamıştır³.

Prof. Dr. Perihan Velioğlu, ileri toplum olma özelliğinin bir göstergesi olarak, toplumların Eren Kum gibi şahsiyetler yetiştirmesi olduğunu belirtir ve engin deneyimi, bilgisi, kararlı ölçülü davranışı ve hemşireliğin ülkemizdeki serüveninde tarihi kişilik olarak anar³.

Prof. Dr. Eren Kum'un emeklilik sürecinde bir röportajda hayatta iki önemli mutluluk kaynağı olduğunu ifade etmiştir. Bunlardan birini çocuklarının iftihar verici başarıları ve torun zevki tattırmaları, ikincisini ise Hacettepe Hemşirelik Yüksekokulu'nun başarısı ve lider bir okul vasfı taşıması olarak belirtmiştir³.

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi'nin kurucusu, ülkemizde hemşirelik eğitimi ve uygulamalarına yaptığı katkılarla profesyonel hemşireliğin gelişmesinde öncü ve lider olan Sayın Prof. Dr. Eren Kum 20 Mayıs 2015 tarihinde hayata

gözlerini yummuştur. Prof. Dr. Eren Kum, ülkemizde sağlıklı toplumlar ve sağlıklı nesiller için hemşirelik eğitimine kendini adanmış, bu uğurda çalışma arkadaşlarını da teşvik ederek büyük değişimler yapmıştır³. “Sayın Kum” her zaman hemşirelik mesleğinin profesyonelleşmesinde göstermiş olduğu özverili çaba ve liderlik rolü ve değerli kişiliği ile saygı ve gururla anılacaktır.

KAYNAKLAR

1. Hemşireliğe değer katanlar. Prof. Dr. Eren Kum. (Biyografi) Sağlıkla Hemşirelik Dergisi, 2013: 1.
2. Öz, F. ve Hiçdurmaz, D. Prof. Dr. Eren Kum’un ardından. Sağlıkın sesi, 17 Haziran, 2015. URL: <http://www.sagliginsesi.com/prof-dr-eren-kum-un-ardindan-7151h.htm>. Aralık 11, 2015.
3. Aban, S. Prof. Dr. Eren Kum Anısına. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2015; 2 (2): 90-92.
4. Eren Kum (Biyografi). Türk Hemşireler Dergisi, 1986; 36 (2): 19-20.
5. Yıldırım, N. Savaşlardan Modern Hastanelere Türkiye’de Hemşirelik Tarihi. Vehbi Koç Vakfı, İstanbul: Ofset Yayınevi; 2014.
6. Kum, E. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu 20. Kuruluş Yıldönümü Töreni Açış Konuşması. Türk Hemşireler Dergisi, 1981; 31 (4): 29-31.
7. Bayraktar, N., Aban, S., Yıldırım, M., Yücel, Ç. 1961’den 2011’e Yarım Asırlık Deneyim, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, 50. Yıl. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Basımevi; 2011.
8. Kum, E. Hemşirelik Eğitimi İle İlgili Tüm Kuruluşlara Gönderilen Mektup. Türk Hemşireler Dergisi, 1986; 36 (1): 3-4.
9. Kum, E. THD Başkanı Prof. Dr. Eren Kum’un 24. Hemşirelik Haftasını Açış Konuşması. Türk Hemşireler Dergisi, 1988; 38 (2): 7-12.
10. Kum, E. 12 Mayıs Hemşirelik Haftası Açılış Konuşması. Türk Hemşireler Dergisi, 1986; 36 (2): 4-7.
11. Kum, E. Adölesanın Sağlık Alışkanlıkları Ve Hastalığına, Hastaneye, Doktora Ve Hemşireye İlişkin Bilgi Ve Tutumlarının Analizi / Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 1972. Hacettepe Üniversitesi Kütüphaneleri Kataloğu.
12. Kuzu Kurban N, Ulusoy MF. Hemşirelik Doktora Derecesine Sahip Öğretim Üyelerinin Uluslar arası Atıf İndeksleri Kapsamındaki Dergilerde Yayımlanan Bilimsel Makalelerinin Profili. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 2008; (3): 15-25.
13. Kum E. Nursing in Turkey. Int J Nurs Stud, 1972; (9): 51-58.
14. Kum, E. Nurses Associations’s Archival Libraries. Int Nurs Review, 1974.
15. Kum, E., Uyer, G. Child Health and Health and Nursing Services for Children in Turkey. Int Nurs Review, 1979; 26 (5): 147-9 .URL:http://www.unboundmedicine.com/medline/journal/International_nursing_review?start=1870&next=true Mayıs 16, 2016.
16. Kum, E. Hemşirelik Uygulamalarında Bilgisayar Kullanımı, Türk Hemşireler Dergisi, 1988; 38 (1): 9-15.
17. Kum, E. Panel, Hemşirelikte İşlevler Standartları ve İlkeler, Açış Konuşması. Türk Hemşireler Dergisi, 1981; 31 (4): 12.
18. Birol, L. Hemşirelik Süreci, Hemşirelik Bakımında Sistemik Yaklaşım. İzmir: Bozkaya Matbaacılık; 2000.
19. Kum, E. Türk Hemşireler Derneği 1985-86 Yılı Faaliyet Raporu. Türk Hemşireler Dergisi, 1986; 36 (2): 7-15.
20. Kum, E. İngiltere Başbakanı Margeret Thatcher’in Florance Nihgtingale Müzesini Ziyareti. Türk Hemşireler Dergisi, 1988; 38 (1): 5-6.

Tip II Diyabetli Hastaya Klinikte Bütüncül Yaklaşımla Sunulan Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu

Holistic Nursing Care for Hospitalized Type II Diabetes Patient: Case Report

(Olgu Sunumu)

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2016, 3(3), 77-82

G. Deniz BULUCU-BÖYÜKSOY¹, Gökçe DEMİR¹, Hacer DURMUŞ², Nursu DAZIROĞLU²

¹Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü, Kırşehir, Türkiye

²Ahi Evran Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi, Dahiliye Kliniği, Kırşehir, Türkiye

Uluslararası Katılımlı 15. Ulusal Hemşirelik Öğrenci Kongresinde sunulmuştur.

Geliş Tarihi: 29 Şubat 2016

Kabul Tarihi: 17 Ekim 2016

ÖZ

Bu araştırmada dâhiliye kliniğinde yatmakta olan bir tip II diyabet hastası olgu olarak sunulmuştur. Hastaya hemşirelik öğrencileri ve öğretim elemanları tarafından klinik uygulama sırasında Roper, Logan ve Tierney'in geliştirdiği günlük yaşam aktiviteleri modelinden yararlanılarak bütüncül yaklaşımla hemşirelik bakım planı uygulanmıştır. Olguda saptanan sorunlar; kan glikoz düzeyinin yüksek olması, deri bütünlüğünde bozulma ve ayak yarası riski, düşme riski, ağız içi hijyeninde bozulma, iştahsızlık ve sosyal ilişkilerin zayıf olmasıdır. Saptanan sorunlara yönelik ilaç kullanımı, beslenme, egzersiz, ayak bakımı, epilepsi ve düşme riski ile ilgili eğitim verilmiş, deri, ağız ve ayak bakımı uygulanmış ve sosyal ilişkilerini güçlendirmek amacıyla motive edilmiştir. Değerlendirme aşamasında hasta ve aile üyesinden eğitimlere yönelik olumlu geribildirimi alınmıştır. Ancak birey evde takip edilemediğinden eğitimler sonunda davranış gelişip gelişmediği bilinmemektedir. Tip II diyabet bakımı ve tedavisi için klinik ve birinci basamak sağlık ekibinin iletişim kurarak birlikte çalışması önerilir.

Anahtar Kelimeler: Hasta bakım planı, hemşirelik bakımı, tip II diyabet

ABSTRACT

In this study, a patient with type II diabetes who was hospitalized in an internal medicine clinic was presented as a case. During clinical practice, a holistic nursing care plan developed by utilization of Roper, Logan and Tierney's Daily Living Activities Model was carried out with the patient by nursing students and their instructors. The problems determined in this case were; high blood glucose level, deterioration of skin integrity and risk of foot wound, risk of fall, deterioration of oral hygiene, loss of appetite, and poor social relations. In order to solve these problems, education was provided regarding drug use, nutrition, exercise, foot care, epilepsy and risk of fall; skin, oral and foot care was provided; and the patient was motivated for strengthening her social relations. In the stage of evaluation, a positive feedback regarding

İletişim : gizemdenizbulucu@gmail.com

the education was received from the patient and the family member. However, as the patient was not followed up at home, it was not known whether or not the behavior was developed at the end of the education. It is suggested that clinical and primary care team should cooperate by communicating for the care and treatment of type II diabetes.

Key Words: *Nursing care, patient care plan, type II diabetes*

GİRİŞ

Dünyada ve Türkiye’de giderek artan tip II diyabet, sakatlık ve yeti yitimlerine yol açan önemli bir sağlık sorunudur¹⁻³. Akut ve kronik komplikasyonu olan, metabolik kontrolü kötü olan ve yoğun insülin tedavisine gereksinimi olan bireyler hastanede yatarak tedavi almaya gereksinim duyarlar⁴.

Uluslararası Diyabet Federasyonu’na göre diyabet kontrolünün sağlanması ve komplikasyonlarının önlenmesi için hastalık başlamadan önce, yeni başladığında ve ilerlediğinde çeşitli koruma ve önleme stratejilerini benimseyen bir sağlık hizmeti sunulmalıdır². Fişek’e göre hastalıkların tedavisinde, bireyi fiziksel ve sosyal çevresi ile bir bütün olarak kabul etme ve insanı çevresi ile birlikte ele alan bir yaklaşım, daha doğru ve sürekli tedavi sunma olanağı sağlar⁵. Uluslararası Hemşirelik Konseyi’ne göre ise hemşireler, bulaşıcı olmayan hastalıkların kontrolü ve önlenmesi konusunda önemli role sahiptir⁶. Kronik hastalık bakımında koruyucu bakımın önemi ve hemşirenin rolü göz önünde bulundurularak bu çalışmada, çağdaş halk sağlığı görüşünden esinlenilerek bütüncül yaklaşımla hemşirelik bakımı geliştirilmiştir.

Bu çalışmada dâhiliye kliniğinde yatmakta olan bir tip II diyabet hastası birey, olgu olarak sunulmuş; bireye öğretim elemanları ve aynı zamanda hemşire olarak da çalışan iki hemşirelik öğrencisi tarafından klinik uygulama sırasında, Roper, Logan ve Tierney’in geliştirdiği günlük yaşam aktiviteleri modelinden⁷ yararlanılarak bütüncül yaklaşımla hemşirelik bakım planı uygulanmıştır.

Roper, Logan ve Tierney tarafından, günlük yaşam aktivitelerine dayalı olarak geliştirilen hemşirelik bakım teorisi, kapsamlı ve bütüncül hasta bakımında kullanılmak üzere oluşturulmuştur. Hastanın yaşam kalitesini ve günlük yaşamdaki bağımsızlığını artırmak amacıyla oluşturulan modelde; hastanın ve çevresinin güvenliğini sağlama, iletişim, solunum, beslenme alışkanlığı, boşaltım alışkanlığı, kişisel temizlik ve giyim, beden ısısının kontrolü, çalışma ve boş vakitlerini değerlendirme, cinsellik, uyku, ölüm şeklinde listelenen günlük yaşam aktiviteleri değerlendirilir⁷.

OLGU SUNUMU

54 yaşında ve kadın olan A.A, en son geçirdiği epilepsi nöbeti sonucu düştüğü için 31.10.2015 tarihinde ambulansla acil servise gelmiştir. Burada çekilen röntgen sonucuna göre sol kosta fraktürüne bağlı hemopnömotoraks olduğu görülmüş ve tüp torakostomi uygulanmıştır. Bu operasyondan sonra hasta iki gün genel yoğun bakımda kalmış, 02.11.2015 tarihinde göğüs cerrahisi servisine çıkarılmıştır. Bu serviste 14 gün yatan A.A, kan glikozu değerlerinin düzenli olmaması nedeniyle 16.11.2015 tarihinde dahiliye servisine nakil edilmiştir. Hasta hastanede yaklaşık beş hafta yatmış, 18.12.2015 tarihinde taburcu olmuştur.

Hastanın tıbbi özgeçmişine bakıldığında; 12 yıldır tip II diyabetes mellitus (DM) hastası olduğu, diyabetik retinopati nedeniyle sol gözünde %40 görme kaybı olduğu, Hepatit B taşıyıcısı olduğu, 7 yaşından beri devam eden epilepsi hastalığı olduğu belirlenmiştir. Tip II DM'nin tedavisi için %30 Aspart kalem karışım insülini sabah 12, akşam 8 ünite olarak kullanmaktadır. Epilepsi tedavisinde Tegretol 200 mg tb. 2x2, Convulex 300 mg tb. 3x1 ve Keppra 500 mg tb. 2x1 kullanmaktadır.

A.A, kendisi gibi bekâr olan 75 yaşındaki ablası F.A ile şehir merkezine 1 km uzaklıktaki bir mahallede, kendilerine ait, beşinci kattaki bir apartman dairesinde oturmaktadır. Ailenin aylık geliri 1100 TL olan emekli aylığıdır. A.A ve F.A hiç okula gitmemiştir ve okuma yazma bilmemektedir. F.A, konutta içme ve kullanma suyu olarak şebeke suyu kullandıklarını, kanalizasyon olduğunu, atık ve çöplerin belediye tarafından uzaklaştırıldığını, konutun doğalgaz ile ısındığını ifade etmiştir. A.A ve F.A evlerinin yakınındaki bir aile sağlığı merkezine kayıtlı olduklarını ve aile hekimliğinden sadece ilaç yazdırmak amacıyla yararlandıklarını ifade etmişlerdir. A.A'nin annesinin 75 yaşında akciğer kanseri, babasının 85 yaşında iken kalça kırığı ameliyatından sonra ameliyat komplikasyonu nedeniyle vefat ettiği öğrenilmiştir. F.A ise sadece kemik erimesi olduğunu ve bundan başka kronik hastalığı olmadığını ifade etmiştir.

A.A'nin beden kitle indeksi 19.4 olup normaldir. Hastanın ağız içi muayenesinde lezyon, ülser, siyanoz olmadığı, eksik diş ve diş çürüğü olduğu, diş eti renginin normal olduğu, derinin kuru ve solgun olduğu, ciltte damar yolunun sık değiştirilmesi nedeniyle yaraların olduğu, el tırnaklarının kirli olduğu gözlemlenmiştir. Ayak muayenesinde ayak derisinin kuru olduğu ve çatlakların olduğu görülmüştür. Ayak tırnaklarında mantar olduğu ve ayak tırnağı hijyeninin de yetersiz olduğu gözlemlenmiştir. Hasta, ayaklarında yanma olduğunu ifade etmiştir. Bununla birlikte ayakta ülser, kallus ve ödem gözlemlenmemiştir. Hastanın açlık kan şekeri hastaneye yattığı 16.12.2015 tarihinde sabah 418 mg/dl, akşam 279 mg/dl olarak ölçülmüştür. Taburcu olduğu 18.12.2015 tarihinde ise sabah 118 mg/dl, akşam 161 mg/dl olarak ölçülmüştür. Roper, Logan ve Tierney'in geliştirdiği hemşirelik bakım modeline göre planlanan bakım süreci aşağıda verilmiştir.⁷

Hastanın ve çevresinin güvenliğini sağlama: Bireyin epilepsi nöbeti geçirmesi ve daha önce düşme öyküsünün bulunması nedeniyle düşme riski vardır. Evdeki yatağında korkuluk olmadığı, bir tarafının duvara dayalı olduğunu ifade etmiştir. Buna göre bireye düşme riski tanısı konulmuştur. Yatak kenarları kaldırılarak hastanede yatak içindeki güvenliği sağlanmış, tuvalet için kalktığı anda yanında bulunulmuş, yürüyüşe çıktığında da walkerla yürümesi sağlanmıştır. Birey hastanede hiç düşmemiştir. Bireyin epilepsi ilaçlarını düzenli kullanması sağlanarak epilepsi nöbeti yönünden gözlemlenmiş, hastanede hiç nöbet geçirmemiştir. Birey ve yakını epilepsi ve düşme riski ile ilgili olarak evde dikkat edilecek durumlar konusunda bilgilendirilmiştir.

İletişim: Bireyin hastaneye yattığı ilk günlerde iletişime girmekten kaçınmaktadır. Bu durumda sözel iletişimde bozulma tanısı konularak hasta ile etkili iletişim kurulmuş, kendisini anlatması için fırsat verilmiştir. Bireyin ilerleyen günlerde daha iyi iletişim kurduğu, sorulan sorulara cevap verdiği ve hemşireye sorular yönelttiği gözlemlenmiştir.

Solunum: Bireyin solunumla ilgili bir sorunu yoktur. Solunum sayısı ortalama 20/dk'dır.

Beslenme alışkanlığı: Bireyin iştahsız olduğu gözlemlenmiş, evde de ara öğün yemediği ve yemek seçtiğini ifade etmiştir. Bu durumda gereksinimden az beslenme tanısı

konulmuştur. Bireye yeterli beslenmenin önemi ve eksikliğinin sonuçları anlatılarak diyabette beslenme önerilerini de içerecek şekilde beslenme eğitimi verilmiştir. Bireyin hastanede verilen yemeklerden yediği ancak tamamını tüketmediği gözlenmiştir.

Boşaltım alışkanlığı: Birey, hastaneye yattığı ilk üç gün çoğunlukla yatağından çıkmamıştır, bu nedenle tuvalet gereksinimi yatakta ve sonda ile karşılanmıştır. Daha sonra sonda çıkarılmış ve hasta walker yardımıyla tuvalete gitmiştir. Evde tuvalet sandalyesi kullandığını ifade etmiştir. Birey, hastane dışında defekasyonunu üç günde bir yaptığını ifade etmiştir. Bu durumun hastanın iştahsız olması ve az tüketmesi ile ilgili olduğu düşünülmüştür. Bu durumda bireyde konstipasyon riski gelişeceği düşünülerek beslenme önerilerine lifli gıdalar tüketmesi ve içtiği su miktarını artırması da eklenmiştir. Birey hastanede iken üç günde bir düzenli olarak defekasyona çıkmıştır.

Kişisel temizlik ve giyim: Birey, haftada bir kere banyo yaptığını ve dişlerini hiç fırçalamadığını ifade etmiştir. Hastanede ise beş gündür banyo yapmadığını ifade etmiştir. Bireye kişisel temizliğini sürdürmede yetersizlik tanısı konulmuş, hem bireye hem de yakınına dişlerini fırçalamasının önemi anlatılmış, dişlerini fırçalaması konusunda teşvik edilmiştir. Hem birey hem de yakını taburcu olduktan sonra dişlerini fırçalayacaklarını ifade etmiştir. Birey ve yakınına hasta odasındaki duşta yıkanabileceği gösterilmiş, birey taburcu olup evinde yıkanmak istediği için hastanede yıkanmak istememiştir. Bunun üzerine bireye yatak içinde tam vücut silme banyosu yaptırılmıştır.

Beden ısısının kontrolü: Bireyin vücut sıcaklığı ortalama 36,5 °C olarak seyretmiştir.

Hareket: Birey, hastanede walker yardımı ile koridorda kısa yürüyüşler yapmaktadır. Evde de walker ile tuvalete ve banyoya kadar gittiğini ifade etmiştir.

Çalışma ve boş vakitlerini değerlendirme: Birey, çalışma hayatı olmadığını ve boş vakitlerini değerlendirmek için herhangi bir aktivitede bulunmadığını ifade etmiştir. Birey, maddi anlamda başka birine bağımlıdır ve sosyal ilişkileri zayıftır. Bu durumda sosyal ilişkilerde yetersizlik tanısı konulmuş, birey ve yakınına sokağa çıkma, arkadaşları ile görüşme, ücretsiz kurslardan faydalanarak arkadaş edinme, komşularla görüşme önerilmiştir. Ancak birey ve yakını evde izlenemediği için sosyal ilişkilerin durumu değerlendirilememiştir.

Cinsellik: Birey, cinsel deneyimi olmadığını ifade etmiştir.

Uyku: Birey, evde de hastanede de günde 7 saat uyuduğunu ve dinlenebildiğini ifade etmiştir.

Ölüm: Birey, ölüm düşüncesi karşısında korku hissettiğini ifade etmiştir.

TARTIŞMA

Uzun süreli izlem, bakım ve tedavi gerektiren tip II DM; kontrol altında olmadığına kalp ve böbrek hastalıklarına yakalanma riskini artırmakta; diş kayıpları, körlük, amputasyon ve enfeksiyon gibi durumlar sonucu sakatlıklara yol açabilmektedir^{1,8}. Türkiye’de, Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan bir çalışmada diyabetlilerin yaklaşık yarısının hiç tedavi almadığı ya da diyabetinin kontrol altında olmadığı belirlenmiştir⁹. Buna göre diyabetin kontrol altında olmamasının diyabetten kaynaklanan sakatlık, yeti yitimi ve erken ölümleri artıracığı düşünülebilir. Yapılan başka bir çalışmada tip II DM’li bireylerin bakım ve tedavileri ile ilgili olarak %30.8’i ailesinden, %18.4’ü

doktordan yardım aldığını ifade etmiştir. Bununla birlikte bireylerin yalnızca %0.8'inin bakımlarını sürdürmede en çok yardım aldıkları kişi hemşiredir¹⁰.

Uluslararası Hemşirelik Konseyi'ne göre kronik hastalıklardan korunmada hemşirelerin ekip işbirliği ile geniş ve kapsamlı bakım sunması gerekir⁶. Bu nedenle ister klinikte, ister kurumda ya da toplumda olsun tip II DM'ye yönelik hemşirelik bakımının; bireyi çevresi ve ailesi ile birlikte olarak ele alan, hastalığın kontrolünü etkileyecek fiziksel, biyolojik ve sosyal etmenleri göz önünde bulunduran bütüncül yaklaşımla planlanması, hastalık kontrolünün sürekliliği açısından önemlidir.

Bu olgu sunumunda, klinikte yatmakta olan tip II DM'li bireye bütüncül yaklaşımla hemşirelik bakımı sunulmuştur. Bireyin klinik bakımının yanında hastane dışında yaşadığı ortam, aile üyeleri ve sosyal ilişkileri de değerlendirilmiştir. Hastada saptanan sorunlar; kan glikoz düzeyinin yüksek olması, deri bütünlüğünde bozulma ve ayak yarası riski, düşme riski, ağız içi hijyeninde bozulma, sık epilepsi nöbeti geçirme, iştahsızlık ve sosyal ilişkilerin zayıf olmasıdır. Saptanan sorunlara yönelik ilaç kullanımı, beslenme, egzersiz ve ayak bakımına yönelik eğitim verilmiş, deri, ağız ve ayak bakımı uygulanmış, epilepsi ve düşme riski ile ilgili eğitim verilmiş, sosyal ilişkilerini güçlendirmek amacıyla motive edilmiştir. Girişimler bireyi ve ailesini kapsayacak şekilde uygulanmıştır.

Değerlendirme aşamasında hasta ve aile üyesinden eğitimler sonunda olumlu geribildirim alınmıştır. Ancak kan glikoz düzeyinin evde takibi, ayak yarası oluşma durumunun ve evin düşme açısından taşıdığı risk durumunun değerlendirilmesi, hastanın evde düşme sıklığının ve sosyal ilişkilerinin güçlenme durumunun değerlendirmesi yapılamamıştır. İlaç kullanımı, beslenme ve egzersiz yapma konusunda davranış gelişip gelişmediği bilinmemektedir. Tip II DM bakımının önemli bir basamağı olan izlem; hasta taburcu olduktan sonra evde sağlık birimi ya da birinci basamak sağlık ekibi tarafından evde takip edilmediğinden gerçekleştirilememiştir. Tip II DM'nin izlemi için klinikte bütüncül yaklaşımla hemşirelik bakımı sunulması, tip II DM'li bireylerin evde birinci basamak sağlık ekibi ya da evde sağlık birimi tarafından izlenmesi ve klinikteki hekim ve hemşirelerin, birinci basamak sağlık ekibi ve evde sağlık birimi ekibi ile iletişim kurarak birlikte çalışması önerilir.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Hasta, klinikte 32 gün yatmıştır. Hastanın izlemi, klinik uygulama günlerinde yapıldığından, hasta 21 gün takip edilmiştir. Hastanın klinikte her gün birebir takip edilememiş olması, araştırmanın sınırlılığı olarak değerlendirilmiştir.

KAYNAKLAR

1. World Health Organization. Global status on noncommunicable diseases. 2014;[302 screens]. URL: <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/en/>. Dec 04, 2015.
2. International Diabetes Federation. IDF Diabetes atlas. 2013;[160 screens]. URL: https://www.idf.org/sites/default/files/EN_6E_Atlas_Full_0.pdf. Dec 10, 2015.
3. Satman İ, Ömer B, Tütüncü Y, Kalaca Y, Gedik S, Dinççağ N, Karşıdağ K, Genç S, Telci A. Twelve-year trends in the prevalence and risk factors of diabetes and prediabetes in Turkish adults. Eur J Epidemiology 2013 28 (2):169-80.

4. American Diabetes Association. Hospital admission guidelines for diabetes. Diabetes Care 2004 27 (suppl 1):103.
5. Fişek N. Halk sağlığına giriş. Ankara: Çağ Matbaası; 1983. s. 26
6. Benton DC. Non-communicable diseases: a vertical or horizontal approach? International Nursing Review 2012 59(3):296.
7. Roper N, Logan WW, Tierney AJ. The Roper Logan Tierney model of nursing: Based on activities of living. Edinburg: Elsevier Health Sciences; 2000. s. 20
8. Onat A, Hergenç G, Uyarel H, Can G, Özhan H. Prevalance, incidence, predictors and outcome of type 2 diabetes in Turkey. Anadolu Kardiyol Derg 2006 6:314-21.
9. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı. Türkiye kronik hastalıklar ve risk faktörleri sıklığı çalışması. 2013;[353 screens]. URL: <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/khrfat.pdf>. Dec 04, 2015.
10. Acemoğlu H, Ertem M, Bahçeci M, Tuzcu A. Tip II diyabetes mellituslu hastaların sağlık hizmetlerinden yararlanma düzeyleri. EAJM 2006 38:89-95.

Yıl: 2016 Cilt 3 Sayı 1, Sayı 2 ve Sayı 3

YAZAR DİZİNİ

Arıkan Dönmez A., Özdemir L. Lenfödemde Cilt Bakımı ve Koruyucu Yaklaşımlar. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2016; 3(1): 54-64.

Avşar P., Karadağ A. Waterlow Basınç Ülseri Risk Değerlendirme Ölçeği'nin Türkçeye Uyarlanması, Geçerlik-Güvenirlik Çalışması. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2016; 3(3): 1-15.

Baş N. G., Karatay G., Bozoğlu Ö., Akay M., Kunduracı E., Aybek H. Hemşirelerin Ameliyat Sonrası Ağrıya İlişkin Uygulamaları. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2016; 3(2): 40-49.

Bulucu-Böyüksoy G. D., Demir G., Durmuş H., Dazıroğlu N. Tıp II Diyabetli Hastaya Klinikte Bütüncül Yaklaşımla Sunulan Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2016; 3(3): 77-82.

Cerit B. Hastaların Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Düzeyi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2016; 3(1): 27-36.

Çetinkaya F., Karabulut N. Hemşirelik Yüksekokulu Öğrencilerinin Ötenazi Hakkında Görüşleri. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2016; 3(2): 28-39.

Çetinkaya Uslusoy E., Taşçı Duran E., Korkmaz M. Güvenli Enjeksiyon Uygulamaları. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2016; 3(2): 50-57.

Çilingir D., Şahin Ş.U. Cerrahi Hastasında Hasta Kontrollü Analjezi Kullanımı. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2016; 3(3): 56-69.

Ekenler Ş., Koçoğlu D. Bireylerin Akılcı İlaç Kullanımıyla İlgili Bilgi Ve Uygulamaları. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2016; 3(3): 44-55.

Erbaydar N., Çilingiroğlu N., Keskin C., Altunbaş M., Arslanoğlu E., Aydın O., Çetin E., Gündüz G.G. Human Papilloma Virus Aşısı Bir Üniversite Hastanesi Hemşireleri İçin Ne İfade Ediyor? Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2016; 3(3): 16-27.

Hiçdurmaz D., Canbolat Seyman Ç., Başaran S., Ercan Şahin N., Şenol Çelik S. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi'nde Yayımlanan Yazıların Özelliklerinin Geriye Dönük Olarak İncelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2016; 3(1): 37-53.

İnci F. H., Bayık A. Temel İnmeli Hastaya Bakım Veren Aile Bireylerinin Gereksinimleri: Sistemik İnceleme. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2016; 3(3): 28-43.

Karadağ M., Çalışkan N., İşeri Ö. (Pekin), Sarıtaş S. Kronik Bel Ağrısı Olan Hastaların Kullanmış Oldukları Tamamlayıcı Tedavi Yöntemlerinin ve Hastalık Algılarının İncelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2016; 3(2): 14-27.

Karadağ A. Peristomal Cilt Komplikasyonları: Tanılama, Önleme, Tedavi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2016; 3(1): 72-83.

Kalender N., Sütçü Çiçek H. Eski Değil Eskimeyen Hastalık: Tüberküloz. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2016; 3(2): 58-67.

Özer Ü., Gözükara F. Şanlıurfa'da Kadınların Menopozla İlgili Yaşadıkları Sorunların, Baş Etme Yollarının ve Bakış Açılarının Belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2016; 3(1): 16-26.

Taşçı Duran E. Göç Eden Gebe Kadınların Planlı Davranış Kuramına Göre Doğum Öncesi Bakım Almaya Yönelik Niyet ve Tutumlarını Etkileyen Etmenler. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2016; 3(1): 1-15.

Takmak Ş., Kuzu Kurban N. İz Bırakan Bir Lider, Eren Kum. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2016; 3(3): 70-76.

Yava A., Sütçü Çiçek H. Hemşirelik Eğitiminde Yeni Bir Yaklaşım: Akran Koçluğu. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2016; 3(1): 65-71.

Yıldırım N., Kublay G. 1-4 Yaş Çocuklarına Yönelik Ev Kazalarını Önleme Programının Etkinliği. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2016; 3(2): 1-13.

Yıl: 2016 Cilt 3 Sayı 1, Sayı 2 ve Sayı 3

KONU DİZİNİ

CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ

Karadağ M., Çalışkan N., İşeri Ö. (Pekin), Sarıtaş S. Kronik Bel Ağrısı Olan Hastaların Kullandığı Oldukları Tamamlayıcı Tedavi Yöntemlerinin ve Hastalık Algularının İncelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2016; 3(2): 14-27.

Baş N. G., Karatay G., Bozoğlu Ö., Akay M., Kunduracı E., Aybek H. Hemşirelerin Ameliyat Sonrası Ağrıya İlişkin Uygulamaları. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2016; 3(2): 40-49.

Çilingir D., Şahin Ş.U. Cerrahi Hastasında Hasta Kontrollü Analjezi Kullanımı. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2016; 3(3): 56-69

ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ

-

DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ

Taşcı Duran E. Göç Eden Gebe Kadınların Planlı Davranış Kuramına Göre Doğum Öncesi Bakım Almaya Yönelik Niyet ve Tutumlarını Etkileyen Etmenler. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2016; 3(1): 1-15.

Özer Ü., Gözükara F. Şanlıurfa'da Kadınların Menopozla İlgili Yaşadıkları Sorunların, Baş Etme Yollarının ve Bakış Açılarının Belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2016; 3(1): 16-26.

Erbaydar N., Çilingiroğlu N., Keskin C., Altunbaş M., Arslanoğlu E., Aydın O., Çetin E., Gündüz G.G. Human Papilloma Virus Aşısı Bir Üniversite Hastanesi Hemşireleri İçin Ne İfade Ediyor? Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2016; 3(3): 16-27.

HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ

Hiçdurmaz D., Canbolat Seyman Ç., Başaran S., Ercan Şahin N., Şenol Çelik S. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi'nde Yayınlanan Yazıların Özelliklerinin Geriye Dönük Olarak İncelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2016; 3(1): 37-53.

Yıldırım N., Kublay G. 1-4 Yaş Çocuklarına Yönelik Ev Kazalarını Önleme Programının Etkinliği. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2016; 3(2): 1-13

Kalender N., Sütçü Çiçek H. Eski Değil Eskimeyen Hastalık: Tüberküloz. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2016; 3(2): 58-67

HEMŞİRELİKTE ÖĞRETİM VE YÖNETİM

Yava A., Sütçü Çiçek H. Hemşirelik Eğitiminde Yeni Bir Yaklaşım: Akran Koçluğu. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2016; 3(1): 65-71.

Ekenler Ş., Koçoğlu D. Bireylerin Akılcı İlaç Kullanımıyla İlgili Bilgi Ve Uygulamaları. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2016; 3(3): ...

Takmak Ş., Kuzu Kurban N. İz Bırakan Bir Lider, Eren Kum. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2016; 3(3): 70-76.

HEMŞİRELİK ESASLARI

Cerit B. Hastaların Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Düzeyi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2016; 3(1): 27-36.

Karadağ A. Peristomal Cilt Komplikasyonları: Tanılama, Önleme, Tedavi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2016; 3(1): 72-83.

Çetinkaya Uslusoy E., Taşçı Duran E., Korkmaz M. Güvenli Enjeksiyon Uygulamaları. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2016; 3(2): 50-57

Avşar P., Karadağ A. Waterlow Basınç Ülseri Risk Değerlendirme Ölçeği'nin Türkçeye Uyarlanması, Geçerlik-Güvenirlilik Çalışması. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2016; 3(3): 1-15.

İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ

Arıkan Dönmez A., Özdemir L. Lenfödemde Cilt Bakımı ve Koruyucu Yaklaşımlar. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2016; 3(1): 54-64.

İnci F. H., Bayık A. Temel İnmeli Hastaya Bakım Veren Aile Bireylerinin Gereksinimleri: Sistematik İnceleme. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2016; 3(3): 28-43.

Bulucu-Böyüksoy G. D., Demir G., Durmuş H., Dazıroğlu N. Tıp II Diyabetli Hastaya Klinikte Bütüncül Yaklaşımla Sunulan Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2016; 3(3): 77-82.

PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ

Çetinkaya E., Karabulut N. Hemşirelik Yüksekokulu Öğrencilerinin Ötenazi Hakkında Görüşleri. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2016; 3(2): 28-39.

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.hacettepehemsirelikdersigi.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 uyduklarını 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 yapılabacağı 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)'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 kullanılıyorsa 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 çalışmada¹

..... ilgili çalışma².....

Reeves³ makalesinde

.....şeklinde tanımlamaktadır^{4,5}.

Aynı cümlede farklı kaynaklardan alıntı varsa;

Örneğin;

.....hastanın bilgi düzeyi⁶, yaşam biçimi⁷.....

Metin Sonunda

- Metin sonunda kaynaklar metin içindeki kullanıldıkları 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 yanılma 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. Frengi kobayları 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: hbdergi@hacettepe.edu.tr

Web : <http://www.hacettepehemsirelikdersisi.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).

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 study¹ about this issue is.....

.....study²

In his article Reeves³

..... defined as.....^{4,5}.

..... found positive effect on life style⁶, knowledge of patient⁷.....

- 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

Web : <http://www.hacettepehemsirelikdergisi.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 sahip 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