

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi

Journal of Hacettepe University Faculty
of Nursing

Cilt/Vol 5 • Sayı/No 2 • Mayıs-Ağustos/May-August 2018

Sahibi	Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Adına Prof. Dr. Leyla DİNÇ	
Sorumlu Yazı İşleri Müdürü	Doç.Dr. Sergül DUYGULU	
Yayın Kurulu		
Başkan	Doç. Dr. Sergül Duygulu	Hacettepe Üniversitesi
Başkan Yardımcısı	Dr. Öğr. Üyesi İmatullah Akyar	Hacettepe Üniversitesi
Sekreterler:	Arş. Gör. Dr. Nilay Ercan Şahin	Hacettepe Üniversitesi
	Arş. Gör. Dr. Seher Başaran	Hacettepe Üniversitesi
	Yard. Doç. Dr. Çiğdem Yücel	Hacettepe Üniversitesi
İngilizce Düzeltme:	Doç. Dr. Sevgisun Kapucu	Hacettepe Üniversitesi
Baskıya Hazırlama ve Dağıtım:	Öğr. Üyesi Dr. Hatice Pars	Hacettepe Üniversitesi
	Arş. Gör. Funda Aslan	Hacettepe Üniversitesi
Sayman:	Arş. Gör. Sevil Çınar	Hacettepe Üniversitesi
	Arş. Gör. Rabiye Akın	Hacettepe Üniversitesi
Yayın Türü:	Yerel Süreli Yayın	
Yayın Dili:	Türkçe, İngilizce	
Yayınlanma Biçimi:	4 ayda bir yayımlanır	
Basım Tarihi:	?? ????? 2018	
Yönetim Yeri:	H.Ü. Hemşirelik Fakültesi Dergisi Yayın Sekreterliği	
	06100 Sıhhiye, Ankara/Türkiye	
	Tel : 0 312 305 15 80 Faks: 0 312 312 70 85	
	E-posta: hbdergi@hacettepe.edu.tr	
	Web Adresi: http://www.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.

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

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

BASILI ISSN: 2148-3590, ONLINE ISNN 2149-2956

Konu Editörleri

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği
Prof. Dr. Sevilay Şenol Çelik

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği
Prof. Dr. Hicran Çavuşoğlu

Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği
Öğr. Üyesi Dr. Gülten Koç

Halk Sağlığı Hemşireliği
Prof. Dr. Oya Nuran Emiroğlu

Hemşirelik Esasları
Öğr. Üyesi Dr. Fatoş Korkmaz

Hemşirelikte Yönetim ve Öğretim
Doç. Dr. Süheyla Abaan

İç Hastalıkları Hemşireliği
Prof. Dr. Leyla Özdemir

Psikiyatri Hemşireliği
Öğr. Üyesi Dr. Duygu Hiçdurmaz

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi

Danışma Kurulu*

Prof. Dr. Ahsen Şirin	Emekli
Prof. Dr. Anahit Coşkun	Emekli
Prof. Dr. Ayda Çelebioğlu	Mersin Üniversitesi İçel Sağlık Yüksekokulu
Prof. Dr. Ayfer Karadakovan	Ege Üniversitesi
Prof. Dr. Ayişe Karadağ	Koç Üniversitesi
Prof. Dr. Aysel Badır	Koc Üniversitesi
Prof. Dr. Ayşe Okanlı	İstanbul Medeniyet Üniversitesi
Prof. Dr. Ayşe Özcan	Emekli
Prof. Dr. Ayşe Ferda Ocakçı	Koc Üniversitesi
Doç. Dr. Ayten Şentürk-Erenel	Gazi Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Azize Atlı Özbaş	Hacettepe Üniversitesi
Prof. Dr. Azize Karahan	Başkent Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Bilge Kalanlar	Hacettepe Üniversitesi
Prof. Dr. Besti Üstün	Emekli
Prof. Dr. Diana Voita	Riga Teacher Training and Educational Management Academy
Dr. Öğr. Üyesi Çiğdem Yücel	Hacettepe Üniversitesi
Prof. Dr. Çiçek Fadıloğlu	Emekli
Prof. Dr. Daniel Pesut	Minnesota Üniversitesi
Doç. Dr. Darja Jarosova	Ostrava Üniversitesi
Prof. Dr. Deniz Tanyer	Selçuk Üniversitesi
Prof. Dr. Deniz Şelimen	Lefke Avrupa Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Dilek Cingil	Necmettin Erbakan Üniversitesi
Doç. Dr. Dilek Sarı	Ege Üniversitesi
Doç. Dr. Dilek Özden	Dokuz Eylül Üniversitesi
Prof. Dr. Duygu Arıkan	Atatürk Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Duygu Hiçdurmaz	Hacettepe Üniversitesi
Doç. Dr. Duygu Vefikuluçay	Mersin Üniversitesi
Doç. Dr. Ebru Akgün Çıtak	Başkent Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Ebru Erekan Kazan	Yıldırım Beyazıt Üniversitesi
Doç. Dr. Elif Gürsoy	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Prof. Dr. Elizabeth Saewyc	British Columbia Üniversitesi
Doç. Dr. Emine İyigün	Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Doç. Dr. Emine Turkmen	Koç Üniversitesi
Prof. Dr. Erdem Karabulut	Hacettepe Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Esra Uğur	Acıbadem Üniversitesi
Doç. Dr. Fahriye Oflaz	Koç Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Fahriye Vatan	Ege Üniversitesi
Doç. Dr. Fatma Cebeci	Akdeniz Üniversitesi
Prof. Dr. Fatma Demir Korkmaz	Ege Üniversitesi
Prof. Dr. Fatma Demirkıran	Adnan Menderes Üniversitesi
Prof. Dr. Fatma Eti Aslan	Bahçeşehir Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Fatma Koruk	Harran Üniversitesi
Doç. Dr. Fatma Orgun	Ege Üniversitesi
Prof. Dr. Fethiye Erdil	Emekli
Doç. Dr. Figen İnci	Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi
Prof. Dr. Filiz Hisar	Necmettin Erbakan Üniversitesi

Doç. Dr. Fiona Bogossian	Queensland Üniversitesi
Prof. Dr. Firdevs Erdemir	Yakın Doğu Üniversitesi
Doç. Dr. Funda Özdemir	Ankara Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Gülbahar Korkmaz Aslan	Pamukkale Üniversitesi
Doç. Dr. Gülcihan Akkuzu	Ufuk Üniversitesi
Doç. Dr. Güleğün Türk	Adnan Menderes Üniversitesi
Prof. Dr. Güler Cimete	Üsküdar Üniversitesi
Doç. Dr. Gülnaz Karatay	Munzur Üniversitesi
Prof. Dr. Gülseren Kocaman	Dokuz Eylül Üniversitesi
Prof. Dr. Gülsün Taşocak	Emekli
Prof. Dr. Gülşen Vural	Yakın Doğu Üniversitesi
Doç. Dr. Gülten Güvenç	Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Prof. Dr. Gülümser Kubilay	Doğu Akdeniz Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Hacer Gülen Savaş	Düzce Üniversitesi
Prof. Dr. Hacer Karanisoğlu	Maltepe Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Hafize Özdemir	Giresun Üniversitesi
Prof. Dr. Hatice Bostanoğlu	Yakın Doğu Üniversitesi
Prof. Dr. Hatice Sütçü Çiçek	Girne Amerikan Üniversitesi
Prof. Dr. Hatice Tel Aydın	Cumhuriyet Üniversitesi
Prof. Dr. Havva Tel	Cumhuriyet Üniversitesi
Prof. Dr. Hayriye Ünlü	Başkent Üniversitesi
Prof. Dr. Hicran Bektaş	Akdeniz Üniversitesi
Doç. Dr. Hülya Bulut	Gazi Üniversitesi
Doç. Dr. Hülya Kulakçı	Bülent Ecevit Üniversitesi
Prof. Dr. Hülya Okumuş	Dokuz Eylül Üniversitesi
Prof. Dr. Hülya Uçar	Nuh Naci Yazgan Üniversitesi
Doç. Dr. İbrahim Koruk	Harran Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi İlknur Gönenc	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. Serdal Kenan Köse	Ankara Üniversitesi
Prof. Dr. Lale Taşkın	Başkent Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Levent Özbek	Ankara Üniversitesi
Prof. Dr. Leyla Dinç	Hacettepe Üniversitesi
Prof. Dr. Linda Roussel	Kuzey Alabama Üniversitesi
Prof. Dr. Linda D. Moneyham	Birmingham Alabama Üniversitesi
Doç. Dr. Lisa Kane Low	Michigan Üniversitesi
Prof. Dr. Lisbeth Maria Fagerström	Buskerud Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Makbule Tokur Kesgin	Abant İzzet Baysal Üniversitesi
Prof. Dr. Mary E. Duffy	Utah Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Mary Jane Madden	Minnesota Üniversitesi
Doç. Dr. Media Subaşı Baybuğa	Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi
Doç. Dr. Melek Serpil Talas	Hacettepe Üniversitesi
Prof. Dr. Meral Bayat	Erciyes Üniversitesi
Doç. Dr. Meral Demiralp	Ufuk Üniversitesi

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	Hasan Kalyoncu Üniversitesi
Prof. Dr. Nesrin Aştı	İstanbul Arel Üniversitesi
Prof. Dr. Nevin Kanan	İstanbul Üniversitesi
Prof. Dr. Nevin Kuzu Kurban	Pamukkale Üniversitesi
Doç. Dr. Nihal Ata	Hacettepe Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Nigar Dinçer	Yıldırım Beyazıt Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Nilgün Kuru	Hacettepe Üniversitesi
Prof. Dr. Nimet Karataş	Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi
Prof. Dr. Nimet Ovayolu	Gaziantep Üniversitesi
Prof. Dr. Nuran Kömürçü	İstanbul Aydın Üniversitesi
Doç. Dr. Nurcan Çalışkan	Gazi Üniversitesi
Prof. Dr. Nurhan Bayraktar	Yakın Doğu Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Nuriye Yıldırım Şişman	Düzce Üniversitesi
Prof. Dr. Oya Nuran Emiroğlu	Hacettepe Üniversitesi
Prof. Dr. Özlem Küçükğüçlü	Dokuz Eylül Üniversitesi
Doç. Dr. Özlem Örsal	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Prof. Dr. Perihan Güner	Koç Üniversitesi
Prof. Dr. Pinar Özdemir	Hacettepe Üniversitesi
Prof. Dr. Rana Yięit	Mersin Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Ronald J. Piscotty	Maryland Üniversitesi
Prof. Dr. Rukiye Pınar Bölüktaş	İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Selma Atay	Çanakkale On Sekiz Mart Üniversitesi
Prof. Dr. Selma Doğan	Üsküdar Üniversitesi
Prof. Dr. Selma Görgülü	Doğu Akdeniz Üniversitesi
Doç. Dr. Semra Kocaöz	Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi
Prof. Dr. Sevgi Hatipoęlu	Lefke Avrupa Üniversitesi
Doç. Dr. Sevgisun Yılmazzer Kapucu	Hacettepe Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Sevilay Karahan	Hacettepe Üniversitesi
Doç. Dr. Sevinç Tařtan	Girne Amerikan Üniversitesi
Doç. Dr. Simge Zeyneloęlu	Gaziantep Üniversitesi
Prof. Dr. Sinan Türkyılmaz	Hacettepe Üniversitesi
Prof. Dr. Stephen Tee	Bournemouth Üniversitesi
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. Şebnem Çınar Yücel	Ege Üniversitesi
Prof. Dr. Şeyda Seren İntepeler	Dokuz Eylül Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Şenay Sarmasoęlu	Hacettepe Üniversitesi
Prof. Dr. Şule Ecevit Alpar	Marmara Üniversitesi

Doç. Dr. Şule Ergöl	Kırıkkale Üniversitesi
Doç. Dr. Umut Arslan	Hacettepe Üniversitesi
Dr. Umut Özbek	Ankara Üniversitesi
Prof. Dr. Ülkü Güneş	Ege Üniversitesi
Prof. Dr. Thom Mansen	Utah Üniversitesi
Prof. Dr. Tülay Saraçbaşı	Emekli
Prof. Dr. Tülay Yavan	İzmir Ekonomi Üniversitesi
Prof. Dr. Tülin Bedük	Ankara Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Türkan Aksoy Karaca	Adıyaman Üniversitesi
Prof. Dr. Türkan Pasinlioğlu	Sanko Üniversitesi
Prof. Dr. Yasemin Kutlu	İstanbul Üniversitesi
Prof. Dr. Yasemin Yavuz Genç	Ankara Üniversitesi
Doç. Dr. Yeter Kiriş	Gazi Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Yıldız Denat	Adnan Menderes Üniversitesi
Prof. Dr. Yurdagül Erdem	Kırıkkale Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Zahide Tuna	Hacettepe Üniversitesi
Doç. Dr. Zehra Göçmen Baykara	Gazi Üniversitesi
Prof. Dr. Zehra Gölbaşı	Cumhuriyet Üniversitesi
Prof. Dr. Zeynep Özer	Akdeniz Üniversitesi
Prof. Dr. Zuhal Bahar	Emekli
Prof. Dr. Zümrüt Başbakkal	Ege Üniversitesi

**İsimler isme göre alfabetik sırayla dizilmiştir.*

Değerli Okurlarımıza

2018 yılı Cilt 5, Sayı 2'yi de zamanında yayınlamanın mutluluğu ve onurunu yaşamaktayız. Bu onuru ve gururu yaşamamıza katkısı olan herkese içtenlikle teşekkür ederim.

Değerli okurlarımız, ülkemiz hemşirelik eğitim ve uygulamalarına yaptığı önemli katkılarla hemşirelik mesleğinin gelişimine öncülük etmiş değerli hocamız Prof. Dr. Sayın Eren KUM'ü ölümünün üçüncü yılında saygı ve şükranla anıyoruz. Değerli hocamızın bize verdiği ışık, nesiller boyunca mesleğimizi daha ileriye götürme hedefi doğrultusunda hiç sönmeyecektir.

Dönüşen sağlık bakım hizmetleri içerisinde güvenli ve kaliteli bakım vererek toplum sağlığının güvence altına alınmasında hemşirelerden kanıta dayalı bilgiyi kullanarak hemşirelik bakım hizmeti sunabilmeleri beklenmektedir. Kanıta dayalı hemşirelik bakımı ise, kanıtların üretilmesi, sentezi, transferi ve uygulanması ile mümkün olabilir. Bu süreçte kanıtların üretilmesi ise nitelikli araştırmalar ile mümkün olabilmektedir.

Dergimizin bu sayısında da siz değerli okurlarımıza beş araştırma makalesi sunulmaktadır. Araştırma makalelerinden birisi ülkemizde güncel ve önemli bir konu olan göç konusu ile ilişkili olup, göçle gelen ergenlerde benlik saygısını incelemektedir. Bununla birlikte; "Dispne-12 Ölçeğinin Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması", "Türkiye'de 2009-2016 Yılları Arasında İş Sağlığı Hemşireliği Alanında Yürütülen Lisansüstü Tezlerin Değerlendirmesi", "Acil Servise Başvuran Bireylerde Düşme Riski ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi" ve "Üniversite Son Sınıf Hemşirelik Öğrencilerinin Eğitimleri Süresince Emzirme Konusunda Edindikleri Bilgi ve Deneyimler" başlıklı araştırma makaleleri de bu sayımızda yer almaktadır. Dergimizin bu sayısında ayrıca; "Bakteriyel Vajinozisin Preterm Eylem Üzerine Etkisi", "Hemşirelikte Mesleki Yetkinlik", "D Vitamini Eksikliğine Bağlı Rikets ve Hemşirelik Bakımı" başlıklı üç derleme makalesi sizlere sunulmaktadır. Bu makalelerin okurlarımızın sürekli mesleki gelişimlerine katkı sağlayacağına inanıyorum. Dergimizin bu sayısına yayınlarını göndererek katkıda bulunan yazarlarımıza, dergimizin çıkmasına emeği geçen yayın kurulu üyelerine, konu editörlerine, danışma kurulu üyelerimize ve basımda emeği geçen herkese çok teşekkür ederim.

Bilgi üretmek bir mesleğin temel ölçütlerinden birisidir. Hemşirelik mesleği için bilgiyi üretip paylaşım yapmak ve toplum sağlığının gelişmesine katkıda bulunmak ise meslek üyelerinin bir sorumluluğudur. Bu kapsamda ürettikleri bilgiyi bizimle paylaşmak isteyen yazarların araştırma makalelerini ve olgu sunumlarını beklediğimizi bildirir, bilimin yol gösterici olmaya devam ettiği günler dilerim.

Saygılarımla.

Doç.Dr. Sergül DUYGULU
Sorumlu Yazı İşleri Müdürü

İçindekiler

Editörden Okura _____ VII

Araştırma Makaleleri

Doğu ve Güneydoğu Anadolu Bölgelerinden Göçle Gelen Ergenlerde Benlik Saygısını Yükseltme Programının Etkililiğinin Araştırılması
Zeliha KAYA ERTEN, Ümit SEVİĞ _____ 85

Dispne-12 Ölçeğinin Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması
Zehra GÖK METİN, Aylın HELVACI _____ 102

Türkiye’de 2009-2016 Yılları Arasında İş Sağlığı Hemşireliği Alanında Yürütülen Lisansüstü Tezlerin Değerlendirmesi
Oya Nuran EMİROĞLU, Nilgün KURU, Ebru ÖZTÜRK ÇOPUR _____ 116

Acil Servise Başvuran Bireylerde Düşme Riski ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi
Öznur ERDEM, Selma ATAY _____ 128

Üniversite Son Sınıf Hemşirelik Öğrencilerinin Eğitimleri Süresince Emzirme Konusunda Edindikleri Bilgi ve Deneyimler
Gülten KOÇ, Ayten ŞENTÜRK-ERENEL, Kafiye EROĞLU _____ 138

Derleme Makalesi

Bakteriyel Vajinozisin Preterm Eylem Üzerine Etkisi
Tuğba DÜNDAR, Sevgi ÖZSOY _____ 152

Hemşirelikte Mesleki Yetkinlik
Azize KARAHAN, Sultan KAV _____ 160

D Vitamini Eksikliğine Bağlı Rikets ve Hemşirelik Bakımı
Tuğçe TORUN, Hicran ÇAVUŞOĞLU _____ 169

Yazarlara Bilgi _____ 177

Yayın İzni (Taahhütname) _____ 186

Doğu ve Güneydoğu Anadolu Bölgelerinden Göçle Gelen Ergenlerde Benlik Saygısını Yükseltme Programının Etkililiğinin Araştırılması

The Efficacy of Self-Esteem Promotion Program on the Adolescents Migrated From East and Southeastern Anatolia Regions

(Araştırma)

Zeliha KAYA ERTEN*, Ümit SEViĞ**

öz

Amaç: Bu çalışma Sister Callista Roy'un uyum modelinden yola çıkılarak göçle gelen ve gelmeyen ergenlerin uyumlarını artırmak için yapılan benlik saygısını yükseltme programının benlik saygısı düzeyine etkisini belirlemek amacıyla yarı deneysel olarak yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Kayseri'ye 5-8 yıl içinde göçle gelmiş ve Kayseri'de yaşayan 13-14 yaş grubu ergenler çalışma kapsamına alınmıştır. Göçle gelen ve gelmemiş olan 40 ergenden oluşan 2 müdahale 2 kontrol olmak üzere 4 grup oluşturulmuştur. Müdahale gruplarına ayrı ayrı benlik saygısı yükseltme programı uygulanmıştır. Kontrol gruplarına herhangi bir program uygulanmamıştır. Sosyo-demografik özelliklerin ve benlik saygısını etkileyen faktörlerin belirlenebilmesi için "Kişisel Bilgi Formu"; benlik saygısı düzeylerini belirlemek için "Lise Öğrencileri Özsaygı (Benlik Saygısı) Envanteri" kullanılmıştır. Bütün grupların benlik saygı düzeyleri, ön test, son test ve izlem ölçümleri ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: Benlik saygısı yükseltme programı sonrası müdahale gruplarının benlik saygısı puan ortalamaları, kontrol gruplarının puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur. Göçle gelen ve gelmeyen müdahale grupları arasında puan farkları ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Sonuç: Çalışmada sosyo ekonomik ve kültürel ortamın bireylerin uyumunu göç kadar etkilediği düşünülürken, benlik saygısı yükseltme programının ise aynı ortamı paylaşan göçle

*Nuh Naci Yazgan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik ve Sağlık Hizmetleri Bölümü, Kayseri, Türkiye, E-mail: kayazkaya@gmail.com, Tel. 0352 324 00 00, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1229-7350>

**Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Kayseri, Türkiye, E-mail: usevig@erciyes.edu.tr, Tel.0 352 207 66 66, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3518-6648>

Geliş Tarihi: 24 Ocak 2018, Kabul Tarihi: 25 Mayıs 2018

Bu makale 2-6 Ekim 2012 tarihleri arasında Bursa'da gerçekleştirilen 15. Ulusal Halk Sağlığı Kongresinde poster bildiri olarak sunulmuştur.

Atrif/Citation: Kaya Erten Z., Seviğ Ü. Doğu ve Güneydoğu Anadolu Bölgelerinden Göçle Gelen Ergenlerde Benlik Saygısını Yükseltme Programının Etkililiğinin Araştırılması. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2018; 5(2):... <https://doi.org/>

gelen ve gelmeyen ergenlerin benlik saygılarını kontrol gruplarına göre ve kendi ön-son test puan ortalamalarına göre olumlu ve benzer şekilde etkilediği bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: *Adölesan, benlik saygısı, göç, halk sağlığı, hemşirelik,*

ABSTRACT

Aim: This study was conducted as a quasi-experimental study to determine the effect of self-esteem promotion program that developed by using Sister Callista Roy's adaptation model to increase adaptation of immigrant and nonimmigrant adolescents on their self-esteem levels.

Material and Methods: Adolescents, aged between 13 to 14, who migrated to Kayseri in 5-8 years and live in Kayseri were included in the study. Four groups including two intervention and two control groups were formed. The groups consisted of total 40 immigrant and nonimmigrant adolescents. The self-esteem promotion program was applied separately to two intervention groups. No intervention was applied to the control groups. The socio-demographic characteristics of the groups and the factors affecting their self-esteem were determined through a questionnaire. Self-esteem levels were determined by using "High School Students' Self-Esteem Inventory" by pre-test, post-test and follow-up measurements.

Results: After self-esteem promotion program, it was found that the mean score of self-esteem was statistically higher in the intervention groups than control groups. There was no significant difference between the mean score of immigrant and nonimmigrant intervention groups.

Conclusion: It is concluded that socio-economic and cultural environment could affect the adaptation of people as much as migration. However, it was found that the self-esteem promotion program had an effect on self-esteem of both immigrant and nonimmigrant adolescents in the intervention groups who share the same environment according to their own pre and post-test mean scores and control groups positively and similarly.

Key Words: *Adolescent, migration, nursing, public health, self-esteem*

GİRİŞ

Birey varlığının devamı için biyolojik, fiziksel ve sosyal bir çevreye ihtiyaç duyar ve sürekli bu çevre ile karşılıklı etkileşim içindedir. Çevre bireyin algılamasını, davranışlarını, büyüme ve gelişmesini etkileyen kültürel, gelişimsel ve psikososyal durumları içerir. Bireyin çevresinde olacak herhangi bir değişim bireyin sağlığını olumlu ya da olumsuz olarak etkiler. Günümüzde bireylerin çevrelerini değiştirmelerine neden olacak en önemli unsurlardan biri göçtür. Göç, sosyal yapı içindeki bireyin veya grupların ekonomik, kültürel, güvenlik ya da siyasi nedenlerden dolayı bir bölgeden başka bir bölgeye yer değiştirmesidir¹. Göç, ilk bakışta basit bir çevre değiştirme süreci gibi görünse de sonuçları bakımından toplum ve birey üzerindeki etkisi büyüktür. Göç ile insanlar çevrelerini tamamen değiştirdikleri için yeni çevrelerine uyum sağlayana kadar birçok sorunla karşı karşıya kalabilirler²⁻⁴.

Gönüllü göçler genellikle ekonomik nedenlerden olurken, zorunlu göçler güvenlik ve siyasi nedenlerden kaynaklanmaktadır⁵. Göçler ister zorunlu ister gönüllü, ister kısa isterse uzun dönemli olsun bu hareketin temel unsuru insandır. Göçün gönüllü olması yetişkinler için bilinçli bir eylemdir. Göç kararı yetişkinler tarafından alındığından çocuk ve ergenler açısından her zaman zorunludur. Göç yaşantısında çevresel ve sosyal değişim genellikle anidir. Bu nedenle bireylerin uyum süreci bu değişimden olumsuz yönde etkilenmektedir. Roy'un uyum modeli bir etkileşim modelidir ve insan-çevre arasındaki etkileşime odaklanır⁶. Bir hemşirelik kuramcısı olan Roy hemşiresinin

bireylere bakım verirken bireylerin hastalıkları (fiziksel, sosyal, psikolojik) nedeni ile değişen durumlarına uyum sağlamalarının önemli olduğunu belirtmiş, kuramını bireylerin yeni durumlarına uyumları üzerine kurmuştur. Roy bütün bireylerin 4 farklı gereksinimi olduğunu belirtmiştir. Bunlar: temel fizyolojik gereksinimler, olumlu benlik kavramı, sosyal rol, bağımlılık ve bağımsızlığın dengelenmesidir. Uyumun sağlanması için bu dört alanda bireylerin desteklenmesi gerekliliği üzerinde durmaktadır⁷⁻¹⁰. Göç olgusunda sağlığın devamı için göçmenlerin uyumlarının sağlanması gerekmektedir. Özellikle çocuk ve ergenler göçle beraber aynı anda fiziksel ve ruhsal büyüme ile de baş etmek zorunda olduklarından göçün negatif etkilerini yetişkinlere göre daha yoğun yaşamaktadırlar. Gelişim dönemleri arasında ergenlik, olumlu benlik kavramının gelişmesi adına önemli bir dönemdir. Freud ve Erikson gibi gelişim psikologları çocuğun doğumundan itibaren gelişen benliğin özellikle okul döneminde pekiştirildiğini ifade ederler^{11,12}. Erikson, 5. dönem (12-18 yaş) olarak tarif ettiği okul döneminde ergenlerin cinsel, toplumsal ve mesleki yönleri ile benliğinin oluştuğunu belirtir¹². Bu dönemde çocukların çevre ve kendilerine ilişkin olan uyum sorunları diğer dönemlere göre daha fazladır^{13,14}. Göçle gelen çocuk ve ergenlerde en sık rastlanan sorunlarının davranış bozukluğu, kimlik karmaşası, düşük benlik saygısı, kaygı bozukluğu, depresyon, somatik bozukluklar, çift dillilikten kaynaklanan sorunlar, enürezis, düşük akademik başarı ve kuşak çatışması olduğu belirtilmektedir. Yine yapılan çalışmalarda^{15,16} iç göç yaşayan ergenlerde dil sorunu olmasa bile ruhsal belirti şiddetinin yüksek olduğu, aynı şekilde göçle gelen yetişkinlerin de yaklaşık 2/3'sinin travma yaşadığı bulunmuştur. Göç sonrası travma yaşayan bir grupta yapılan çalışma bulguları zorunlu göç mağdurlarının işkence mağdurlarına benzer düzeyde bir stres bozukluğu yaşadıklarını göstermektedir¹⁶⁻¹⁷. Diğer yandan, göçün sokak çocukları, sokakta çalışan çocuklar ve çocuk suçluluğu gibi durumlara sebep olduğu belirtilmektedir^{7,18}. Özellikle Doğu ve Güneydoğu'dan göçle gelen çocuklarla yapılan bir çalışmada¹⁸, çocukların benlik saygılarının, kültürlenme düzeylerinin, sosyal desteklerinin ve kişisel yaşam doyumlarının göç deneyimi yaşamamış çocuklara göre düşük olduğunu göstermektedir. Bu çalışma Kayseri'ye göçle gelen ve Kayseri'de doğmuş büyümüş ergenlerin benlik saygısını yükseltmeye yönelik yapılacak grup rehberliğinin, benlik saygısı düzeyine etkisini belirlemek ve hemşirelik literatürüne benlik saygısı yükseltme programını bir yöntem olarak katmayı amaçlamıştır. Çalışmanın birinci basamakta çalışan hemşirelere, riskli gruplarda bu tür çalışmalara yer vermelerine ilişkin yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

GEREÇ ve YÖNTEM

Araştırma göçle gelen ve gelmeyen ergenlerde benlik saygısı düzeyinin belirlenmesi, göçle gelen ve gelmeyen ergenlere uygulanan benlik saygısını yükseltme programının, benlik saygısını yükseltmeye etkisini belirlemek amacı ile yarı deneysel olarak yapılmıştır.

Araştırmanın Evreni

Araştırma Kayseri, Eskişehir Bağları Selçuklu mahallesinde yapılmıştır. Eskişehir Bağları diğer göç alan bölgelere göre Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgelerinden daha fazla göç alması, ailelerin sosyo ekonomik düzeylerinin daha düşük olması nedeni ile tercih edilmiştir¹⁹. Araştırmanın evrenini; Eskişehir Bağları Selçuklu mahallesinde yaşayan Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgesinden 5-8 yıl içinde göçle gelmiş 13-14 yaş grubu ergenler oluşturmuştur.

Araştırmanın Örnekleme

Benlik saygısı yükseltme programı bir grup rehberliği anlayışı ile yapılmıştır. Literatürde grup dinamiğinin sağlanabilmesi için grup sayısının 6-12 kişi arasında olması gerektiği vurgulanmaktadır^{20,21}. Daha önce benzer benlik saygısı yükseltme programı uygulanarak yapılan araştırmalarda, deney ve kontrol gruplarının 6-12 kişiden oluşması nedeni ile^{22,23} bu çalışmada gruplar 10-12 kişi olarak planlanmıştır. İki kontrol (Göçle gelen ve göçle gelmeyen) iki müdahale (Göçle gelen ve göçle gelmeyen) olmak üzere 4 grup oluşturulmuştur. Araştırmada, örnekleme alınacak bireylere ilişkin resmi kayıtların yeterli olmamasından dolayı örneklem grubuna bölgedeki evler gezilerek kartopu örnekleme yöntemi ile ulaşılmıştır. Kontrol ve müdahale gruplarının ortak özellikleri Eskişehir Bağları Selçuklu mahallesinde oturmaları, 13-14 yaş grubunda olmalarıdır. Bunun dışında gruplar arasındaki tek fark göç olgusudur, göçle gelen grup 5-8 yıl içinde Kayseri'ye Güneydoğu ve Doğu Anadolu bölgesinden göç etmiştir.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Mahallede gençlik merkezine 500 metreden uzak evlerde yaşayan ergenlerin ailelerinden izin alınamaması örnekleme ulaşmayı zorlaştırmıştır.

Veri Toplama Aracı

Araştırmada kişisel bilgi formu ve Öz Saygısı Envanteri olmak üzere iki veri toplama aracı kullanılmıştır. Kişisel bilgi formu araştırmacı tarafından literatür taranarak benlik saygısını etkileyecek unsurlar göze alınarak oluşturulmuştur^{13,24-26}. Form demografik özellikler ve benlik saygısını etkileyen faktörlerin belirlendiği toplam 30 sorudan oluşmaktadır. Diğer araç ise Güngör²⁷ tarafından geliştirilen Lise Öğrencileri Özsaygı Envanteridir. Envanter Rosenberg²⁸ ve Coopersmith²⁹ araçlarından bazı ifadeler alınarak oluşturulmuştur.

Envanter 75 maddeden oluşmaktadır. Orijinal envanterde puanlama çift yönlü olup bazı maddelerde “bana benziyor”, bazılarında ise “bana benzemiyor” yanıtlarına bir (1) puan verilmektedir. Kaya ve Saçkes³⁰ tarafından envanterin yanıtlama biçimi revize edilmiştir. Bu şekilde envanterdeki maddelere verilen yanıtlar “bana benziyor” ve “bana benzemiyor” biçiminden sırası ile “bana tamamen benziyor”, “bana çok benziyor”, “bana biraz benziyor”, “bana çok az benziyor” ve “bana hiç benzemiyor” biçiminde yeniden düzenlenmiştir. Araştırmada en yüksek alınacak puan 375 en düşük alınacak puan ise 75'tir. Ergenlerin aldığı puanlar 375'e yaklaştıkça benlik saygısı artmakta, 75'e yaklaştıkça benlik saygıları düşmektedir. Envanterin Güngör tarafından yapılan geçerlik çalışmasında, ölçeğin Cronbach α değeri 0.82 bulunmuştur²⁷. Bu çalışmada ise ön test Cronbach α değeri 0,84, son test Cronbach α değeri ise 0,71 bulunmuştur.

Araştırmanın Değişkenleri

Bağımsız Değişken: Göç gelmek, benlik saygısı eğitimi almak, sosyo demografik özellikler.

Bağımlı Değişken: Benlik saygısı düzeyi.

Araştırmanın Ön uygulaması

Ön uygulama Mayıs-Haziran 2009 tarihinde yapılmıştır. Uygulama Nuh Mehmet Baldöktü Anadolu Lisesi'nde lise I. sınıfa giden 10 öğrenci ile gerçekleştirilmiştir. Ön uygulamada araştırmacının programı uygulama konusundaki yetkinliği artırılmış ve kişisel bilgi formundaki öğrencinin soruyu anlamasına ilişkin ifadelerdeki aksaklıklar giderilmiştir.

Verilerin Toplanması ve Akış Şeması

-Eylül 2010 Seçim kriterlerine uyan ergenler müdahale ve kontrol grubuna alındı.

Seçim Kriterleri

1. 13-14 yaş grubunda olmak,
2. Göçle gelen deney ve kontrol grubu için Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgelerinden göçle gelmiş olmak,
3. Göçle gelen deney ve kontrol grubu için 5-8 yıl içinde göçle gelmiş olmak,
4. Herhangi bir kronik hastalığa sahip olmamak,
5. Beden kitle indeksi normal sınırlarda olmak,

Ekim 2010'da

- Deney ve kontrol grubundaki ergenlerin kendileri ve ailelerinden yazılı ve sözlü onam alındı.
- Deney ve kontrol grubuna, ergenlerin ve ailesinin tanıtıcı özellikleri, benlik saygısını etkileyen faktörler ve ön test olarak benlik saygısı ölçeği uygulandı.



Göçle Gelen Müdahale Grubu (n=10) -Ön test uygulandı -Kasım 2010'da Benlik saygısı yükseltme programı uygulandı -Program sonrası 3. Ay son test olarak benlik saygısı ölçeği uygulandı -Program sonrası 6. Ay izlem olarak benlik saygısı ölçeği uygulandı	Göçle Gelen Kontrol Grubu (n=10) -Ön test uygulandı -Kontrol grubuna bir program uygulanmadı -3. Ay son test olarak benlik saygısı ölçeği uygulandı -6. ay izlem olarak benlik saygısı ölçeği uygulandı	Göçle Gelmeyen Müdahale Grubu (n=10) -Ön test uygulandı -Kasım 2010'da Benlik saygısı yükseltme programı uygulandı -Program sonrası 3. Ay son test olarak benlik saygısı ölçeği uygulandı -Program sonrası 6. Ay izlem olarak benlik saygısı ölçeği uygulandı	Göçle Gelmeyen Kontrol Grubu (n=10) -Ön test uygulandı -Kontrol grubuna bir program uygulanmadı -3. Ay son test olarak benlik saygısı ölçeği uygulandı -6. ay izlem olarak benlik saygısı ölçeği uygulandı
--	---	---	--

Benlik Saygısı Yükseltme Programı ve Uygulanması

Uygulama Kayseri Eskişehir Bağları Selçuklu mahallesinde bulunan gençlik merkezinin bir salonunda belediyenin yazılı izni ile gerçekleştirilmiştir. Ergenler kendi derslerinin bitiminin ardından merkeze gelmiş ve oturumlar gerçekleştirilmiştir. Oturumlar sırasında ergenlerin kişisel ihtiyaçlarını giderecek ortam araştırmacı tarafından sağlanmıştır.

Uygulanan benlik saygısı yükseltme programı 8 oturumdan oluşmuştur. Her oturum yaklaşık bir saat sürmüştür ve haftada bir kez yapılmıştır.

Benlik Saygısı Yükseltme Programının Amacı;

1. Ergenlerin, kendileri hakkında ne hissettiklerini keşfetmelerine ve bu hislerinin nereden kaynaklandığını anlamalarına yardımcı olma.
2. Ergenlerin, hayatlarındaki bazı rolleri tanımlamasına ve bu roller içindeki performanslarının farklı olduğunu görmelerine yardımcı olma.
3. Ergenlerin bir öğrenen, bir arkadaş ve bir kişi olarak kendilerine yönelik algılarının farkına varmalarına yardımcı olma.
4. Ergenlerin kendileri hakkındaki gerçek dışı ve mükemmeliyetçi taleplerini terk etmelerine yardımcı olma.
5. Ergenleri, grup içinde kendilerine ilişkin çalışmalarını esnasında diğer grup üyelerine de yardım etmek için cesaretlendirme ve ergenlere aynı tür yardımlara nasıl ulaşabileceğini öğretmektir¹⁸⁻²⁶.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma T.C. Sağlık Bakanlığı ve Erciyes Üniversitesi Sağlık Eğitim ve Araştırma Bölgesinde olan Eskişehir Bağları Selçuklu Mahallesinde yapılmıştır. Protokol gereği Sağlık Bakanlığı ve Erciyes Üniversitesi arasında bu bölgede yapılan çalışmalar için Sağlık Bakanlığında tekrar izin alınmamaktadır. Araştırma öncesi Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesinden Akademik Kurul kararı (15.5.2009/2009.5/05) alınmış, Erciyes Üniversitesi Etik Kurulundan Etik Kurul izni alınmıştır (B.30.2.ERC.0.20.00.18). Araştırmanın Eskişehir Bağları Selçuklu Mahallesinde yapılmasına ve Gençlik Merkezinin kullanımına ilişkin Melikgazi Belediyesi'nden izin alınmıştır. Araştırma kapsamına alınan ergenlerin aile ve kendilerinden bilgilendirilmiş onam formu ile yazılı ve sözlü onamları alınmıştır. Çalışmada benlik saygısını yükseltme programını oluşturan öğretim üyesi Doç. Dr. Alim Kaya'dan programın kullanımına ve beşli likert olarak hazırlanmış benlik saygısı envanteri kullanımına ilişkin sözlü izin alınmıştır.

Verilerin Analizi

Araştırmadan elde edilen verilerin analizi bilgisayarda SPSS 15.0 ile sigmaStat 3.5 istatistik paket programlarıyla değerlendirilmiştir. Verilerin normal dağılımına Shapiro-Wilk testi ile bakılmıştır. Normal dağılan bağımsız iki grubun karşılaştırılmasında bağımsız iki örnek t testi, kullanılmıştır. Benlik saygısı envanterinin tek gruptaki tekrarlı ölçümlerinde SigmaStat programında One-Way Anava testi kullanılmıştır. Benlik saygısı envanterinin değerlendirilmesinde Cronbach α değerleri verilmiştir. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında ki kare (χ^2) testi exact değerlerinden yararlanılmıştır. Karşılaştırmalarda $p < 0.05$ istatistiksel olarak anlamlı olarak kabul edilmiştir.

BULGULAR**Tablo 1. Göçle Gelen ve Gelmeyen Ergenlerin Sosyo-Demografik Özellikleri**

Sosyo-Demografik Özellikler (n=40)	n	%
Yaş		
14 yaş	34	85.0
13 yaş	6	15.0
Cinsiyet		
Kadın	18	45.0
Erkek	22	55.0
Kardeş Sayısı		
0-2	10	25.0
3-5	21	52.5
6 ve üzeri	9	22.5
Ergenlerin İfadelerine Göre Gelir Durumu		
Gelir Giderden Düşük	21	52.5
Gelir Gidere Denk	19	47.5
Baba İş		
Ne iş yaptığı bilinmiyor	6	15.0
Çalışmıyor	19	47.5
Mevsimlik (inşaat) işçi	15	37.5
Anne İş		
Ev hanımı	39	97.5
Fabrikada işçi	1	2.5
Aile Tipi		
Çekirdek	29	72.5
Geniş	11	27.5
Anne Eğitim		
Okur-yazar değil	12	30.0
Okur-yazar	15	37.5
İlkokul	11	27.5
Ortaokul	2	5.0
Baba Eğitim		
Okur-yazar	8	20.0
İlkokul	29	72.5
Ortaokul	3	7.5

Araştırma kapsamına alınan ergenlerin tamamı 13-14 yaşlarında. %45'i kız, %55'i erkektir. %52.5'i 3-5 kardeşe sahiptir. Ergenlerin %52.5'i kendini düşük gelirli tarif ederken %47.5'i gelir durumunu orta düzeyde olduğunu belirtmiştir. %47.5'inin babası hiç çalışmazken geriye kalan %52.5'ide düzenli bir işe sahip değildir. Annelerin tamamı yakını ev hanımıdır. Ergenlerin ailelerinin %72.5'i çekirdek aile yapısına sahiptir. Ergenlerin annelerinin eğitim düzeyleri incelendiğinde %30'unun okuryazar olmadığı, %65'inin ise okuryazar ve ilkökul mezunu olduğu belirlenmiştir. Çalışmada babaların tamamına yakınının okuryazar ve ilkökul mezunu olduğu tespit edilmiştir.

Ergenlerin benlik saygılarını etkileyebilecek faktörler incelendiğinde %67.5'i okul başarısını iyi düzeyde nitelendirirken, %32.5'i okul başarısını orta ve düşük düzeyde görmektedir. Okuldan memnuniyet sorulduğunda ergenlerin %75.5'i okul hayatından memnun olduğunu bildirmişlerdir. %52.5'i sağlık durumunu iyi olarak ifade etmişlerdir. Yine benlik saygısını etkileyecek faktörlerden olan anne baba tutumu konusunda da ergenlerin %70.0'ının annesi çocuklarına sormadan ergenle ilgili kararları kendileri alırken, %5.0'i hiç ilgilenmemiştir. Ergenlerin %57.5'inin babası ergene sormadan kararları kendileri alırken %12.5'i hiç ilgilenmemiştir. Benlik saygısını etkileyen unsurlardan biri olan beden kitle konusunda öğrencilerin tamamı normal sınırdadırlar.

Araştırma kapsamına alınan deney ve kontrol gruplarının Tablo 1 ve Tablo 2 de yer alan demografik ve benlik saygısını etkileyen faktörler ile ilgili veriler karşılaştırılmıştır. Yapılan analizde gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı ve grupların homojenize olduğu görülmüştür ($p>0.05$).

Tablo 3a'da göçle gelen ve gelmeyen ergenlerin benlik saygısı yükseltme programı öncesi ve sonrası benlik saygısı puan ortalamaları verilmiştir. Göçle gelmeyen grubun müdahale

Tablo 2. Göçle Gelen ve Gelmeyen Ergenlerin Benlik Saygısını Etkileyen Faktörler

Benlik saygısını etkileyen faktörler (n=40)	Sayı	%
Okul Başarısı		
İyi	25	67.5
Orta	12	25.0
Kötü	3	7.5
Okul yaşantısından		
Memnun	30	75.0
Memnun Değil	10	25.0
Sağlığını algılama		
İyi	21	52.5
Orta	19	47.5
Anne tutumu		
Kararıma saygı duyar	10	25.0
Kararları kendi verir	28	70.0
İlgilenmez	2	5.0
Baba Tutumu		
Kararıma saygı duyar	12	30.0
Kararları kendi verir	23	57.5
İlgilenmez	5	12.5

Tablo 3a. Göçle Gelen ve Gelmeyen Gruplarda Benlik Saygısı Ön Test, Son Test ve İzlem Puan Ortalamalarının Dağılımı

Benlik Saygısı Envanteri Puan Ortalamaları			
Göç Durumu	Ön Test Puan Ortalaması	Son Test Puan Ortalaması	İzlem Puan Ortalamaları
	X (SS)	X (SS)	X (SS)
Göçle Gelmeyen Grup (n=20)	243.20±1250	246.85±17.97	251.55±30.02
Göçle Gelen Grup (n=20)	232.05±1801	237.30±22.21	253.05±35.26
Test İstatistiği (t)	t=1.202 p=0.230	t=1.463 p=0.152	t=0.145 p=0.886

Tablo 3b. Göçle Gelen Deney ve Kontrol Grubundaki Ergenlerde Benlik Saygısı Ön Test, Son Test ve İzlem Puan Ortalama Farklarının Dağılımı

Benlik Saygısı Envanteri Puan Farkları		
Göç Durumu	Son Test/Ön Test Puan Farkı Ortalaması	İzlem/Ön Test Puan Farkı Ortalaması
	X (SS)	X (SS)
Göçle Gelen Müdahale Grubu (n=10)	13.40±17.34743	36.90±33.95
Göçle Gelen Kontrol Grubu (n=10)	-2.50±32.98906	5.10±17.89
Test İstatistiği(t)	1.349 p=0.199	2.620 p=0.021

Tablo 3c. Göçle Gelmeyen Müdahale ve Kontrol Grubundaki Ergenlerde Benlik Saygısı Ön Test, Son Test ve İzlem Puan Ortalama Farklarının Dağılımı

Benlik saygısı Envanteri Puan Farkları		
Göç Durumu	Son Test/Ön Test Puan Farkı Ortalaması	İzlem/Ön Test Puan Farkı Ortalaması
	X(SS)	X(SS)
Göçle Gelmeyen Müdahale Grubu (n=10)	12.30±20.36	25.90±33.64
Göçle Gelmeyen Kontrol Grubu (n=10)	-5.00±21.16	-9.20±13.45
Test İstatistiği (t)	1.862	3.063
p	0.079	0.010

Tablo3d. Göçle Gelen ve Gelmeyen Müdahale Gruplarındaki Ergenlerde Benlik saygısı Ön Test, Son Test ve İzlem Puan Ortalama Farklarının Dağılımı

Benlik saygısı Envanteri Puan Farkları		
Göç Durumu	Son Test/Ön Test Puan Farkı Ortalaması	İzlem/Ön Test Puan Farkı Ortalaması
	X (SS)	X (SS)
Göçle Gelen Müdahale Grubu (n=10)	13.40±17.34	36.90±33.95
Göçle Gelmeyen Müdahale Grubu (n=10)	12.30±20.36	25.90±33.64
Test İstatistiği (t)	-0.728	-0.130
p	0.898	0.476

öncesi benlik saygısı puan ortalaması (243.20 ± 12.5) göçle gelenlere göre (232.05 ± 18.01) sayısal olarak daha yüksek bulunmuştur. Benzer şekilde son test ve izlem benlik saygısı puan ortalamaları göçle gelmeyen grupta ($246.85 \pm 17.97 / 237.30 \pm 22.21$), göçle gelen gruba ($251.55 \pm 30.02 / 253.05 \pm 35.26$) göre sayısal olarak daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuçlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 3b’de sadece göçle gelen müdahale ve kontrol gruplarının benlik saygısı puan farklarının ortalamalarının dağılımları verilmiştir. Benlik saygısı uygulanan grupta izlemedeki benlik saygısı puanı ile ön testteki benlik saygısı puanı arasındaki puan farkı ortalaması (36.90 ± 33.95), kontrol grubunun puan farkı ortalamasına (5.10 ± 17.89) göre daha yüksek ve istatistik olarak ortalamalar arası fark anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$). Son test benlik saygısı puanı ile ön test benlik saygısı puan farkı ortalaması müdahale grubunda daha yüksek bulunmuştur ($p > 0.05$).

Tablo 3c’de göçle gelmeyen müdahale ve kontrol gruplarındaki ergenlerde benlik saygısı puan ortalamaları farkı dağılımları verilmiştir. Göçle gelmeyen müdahale grubunda izlem puanı ortalaması ile ön test puan ortalamaları farkı (25.90 ± 33.64), kontrol grubuna göre (-9.20 ± 13.45) daha yüksek bulunmuştur ($p < 0.05$). Son test ve ön test puan ortalamaları farkı incelendiğinde ise son testte puan farkları sayısal olarak yüksek ancak istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Tablo 3d incelendiğinde göçle gelmeyen müdahale ve göçle gelen müdahale grupları arasında son test ve ön test puan ortalaması farkları arasında istatistik açıdan anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Göçle gelmeyen müdahale grubunda izlem benlik saygısı puanı ve ön test benlik saygısı puan farkı (25.90 ± 33.64) ile göçle gelen müdahale grubunda ki izlem ve ön test puan farkı ortalaması (36.90 ± 33.95) sayısal olarak yüksek bulunmuştur. Bu fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunamamıştır ($p > 0,05$).

Tablo 4’de araştırma kapsamına alınan kontrol ve müdahale gruplarının, grup içi benlik saygısı puanlarının analizi verilmiştir. Buna göre göçle gelmeyen müdahale grubunda müdahale sonrası benlik saygısı puanları, öncesi puanlarına göre artış göstermiş ($242.60 \pm 12.68 / 254.90 \pm 18.29 / 268.50 \pm 32.97$) ve özellikle program sonrası izlemede benlik saygısı puanı, program sonrası son test ve ön test benlik saygısı puan ortalamalarına göre yüksek ve istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$). Yine göçle gelmeyen kontrol grubunda benlik saygısı puan ortalamaları ($242.00 \pm 24.90 / 244.00 \pm 29.00 / 234.00 \pm 24.60$) sayısal ve istatistiksel açıdan anlamlı bulunamamıştır. Göçle gelen müdahale grubunda ($231.90 \pm 8.76 / 245.30 \pm 22.30 / 268.80 \pm 36.33$) benlik saygısı puanları incelendiğinde ön test puan ortalamalarına göre son test benlik saygısı puan ortalamaları ve izlem puan ortalamalarının giderek arttığını söyleyebiliriz. Yine bu artış izlem ve ön test benlik saygısı puan ortalamaları arasında en yüksek düzeyde ve istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur ($p < 0.05$). Göçle gelen kontrol grubundaki ergenlerde ön test benlik saygısı ortanca puanı ile son test ve izlem benlik saygısı puanları arasında hem sayısal hem de istatistiksel olarak anlamlı bir artış görülmemiştir (Tablo 4).

TARTIŞMA

Göç bireyin sağlığını etkileyen önemli faktörlerden biridir. İnsanlar göç ile çevrelerini tamamen değiştirdikleri için yeni çevrelerine uyum sağlayana kadar hem sosyal hem fizyolojik hem de ruhsal sağlıkları ile ilgili birçok sorunla karşı karşıya

Tablo 4. Göçle Gelen ve Gelmeyen Müdahale ve Kontrol Gruplarının Benlik Saygısı Ön Test, Son Test ve İzlem Puan Ortalamalarının Dağılımı

Göç Durumu	Göçle Gelmeyen Müdahale (n=10)	Göçle Gelmeyen Kontrol (n=10)	Göçle Gelen Müdahale (n=10)	Göçle Gelen Kontrol (n=10)
Benlik Saygısı Puan Ortalamaları	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	\bar{X} (SS) Ortanca (EB-EK)
Ön Test Puan Ortalaması	242.60±12.68	242.00±24.90	231.90± 8.76	225.00 251.00-218.00
Son Test Puan Ortalaması	254.90±18.29	244.00±29.00	245.30±22.30	234.00 241.00-210.00
İzlem Puan Ortalaması	268.50±32.97	234.00±24.60	268.80±36.33	233.50 258.00-215.00
Test İstatistiği				
İzlem ve Ön Test	7.446 p=0.001	2.600 p=0.273 3.840 p=0.036 2.190 p=0.293	6.029 p=0.001	1.077 P=0.584
İzlem ve Son Test	4.866 p=0.008			
Son Test ve Ön Test	2.580 p=0.190			

kalabilirler^{2,3,16,17,31,33}. Hovey 1996³² yılında yaptığı bir çalışma da orta Amerika'dan ABD'ye yeni göç etmiş birinci kuşak gençler ile ABD'de doğmuş ailesi daha önce göç etmiş ikinci kuşak gençlerin depresyona yatkınlık ve intihar eğilimlerini incelemiş her iki grupta benzer oranda klinik düzeyde depresyon ve intihar fikirlerinin olduğunu tespit etmiştir. Yine diğer bir çalışmada³¹ ikinci kuşak Rusya'dan İsrail'e göçle gelen ergenlerde intihar oranı birinci kuşağa göre daha fazla belirlenmiştir. Bu durum göçle gelen bireylerin hem yeni geldikleri bölgede yaşadıkları sorunları hem de bu bölgede ne kadar süre yaşarlarsa yaşasınlar kendi aileleri ve sosyal çevreleri ile iletişim kurmakta sorunların uzun yıllar devam ettiğini düşündürmektedir. Çalışmalar uyum sorununu en çok yaşayan grupların ergenler olduğunu göstermektedir¹⁵⁻¹⁸. Ergenlik insanın yaşam döngüsünde büyümenin sonlandığı ve yetişkinliğe doğru adım atıldığı dönemdir. Bu dönem fiziksel, zihinsel, duygusal, sosyal değişimlerin yaşandığı bir zaman dilimidir³⁴. Ergenlerle ilgili yapılan bir çalışma³⁵ ergenlerin yarısından fazlasında benlik saygısının düşük olduğunu göstermektedir. Bu çalışma Roy'un uyum modelinde³⁶ belirttiği olumlu benlik kavramını oluşturmada ergenler için özel bir çaba harcanması gerektiğini göstermektedir. Yine ergenlerde yapılan çalışmalar da^{24-26,33} benlik saygısını anne baba tutumunun, annenin işinin, gelir durumunun etkilediği belirlenmiştir. Bireyin kendini kanıtlaması ve bulunduğu çevreye kendini kabul ettirme çabaları ergen dönemde diğer dönemlere göre daha yoğundur. Bu dönemde yaşanan göç bu çabanın bir kat daha fazla olmasına neden olmaktadır.

Göç ile ilgili yapılan çalışmalarda^{15-18,33} göçle gelen grupta benlik saygısı düzeyi, gelmeyenlere göre düşük ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bu çalışmada ise göçle gelen ve gelmeyen gruplar arasında benlik saygısı açısından müdahale öncesi anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 3a). Bu durumun sebebi olarak diğer çalışmalarda gruplar arası benzerlikler (anne-baba tutumu, sosyo-kültürel ve ekonomik durum)

açısından araştırma gruplarında gruba alınma konusunda bir ölçüt olarak alınmamış, sadece cinsiyet konusunda benzerlik sağlanmış olması düşünülmektedir. Çalışmanın yapıldığı bölgenin genel özeliği olarak bütün ailelerin düşük sosyokültürel ve düşük ekonomik özellik göstermeleri, göç ve göçle gelmeyen gruptaki benlik saygısı düzeyleri arasında istatistiksel açıdan bir fark olmamasının nedeni olabilir. Ayrıca bu durum bir ergenin göç dışında birçok faktörden etkilendiğini ve benzer ortamı paylaşan göçle gelmeyen ergenlerin de en az göçle gelen ergenler kadar desteklenmeleri gerektiğini düşündürmektedir. Bununla beraber bu durumun nedeni, Bolt ve Kempen'in³⁷, Çağlar'ın³⁸, Seifert'in³⁹, değindikleri bir arada yaşama (consentration) kavramları ile açıklanabilir. Bu yayınlarda, göçle gelen bireylerin kendi akraba ya da hemşerilerinin bulunduğu bölgelerde yaşamak istedikleri ya da kendi kültürlerine yakın bölgeleri tercih ettikleri ifade edilmiştir. Kuruüzüm'ün yaptığı bir⁴⁰ çalışmada yurt dışında yaşayan Türk işçilerinin yarısından fazlasının Türkler'in yaşadıkları bölgede ikamet etmeleri de bu durumun bir örneğidir. Çalışmanın yapıldığı bölgede gözlemler ve resmi liderlerle görüşme sonucunda benzer şekilde ailelerin kendi akraba ve hemşerilerinin yaşadıkları yerlerde ikamet ettikleri belirlenmiştir.

Ergenler kendini geliştirme, kendilerini topluma kabul ettirme, bir gruba ait olma istekleri gibi bireyde stres artırıcı sorunlarla baş etmeye çalışırlar, göç sonrası uyum sorunları da bu stresi artırır. Yapılan bir çalışmada⁴¹ stres düzeyi ile benlik saygısı arasında negatif bir ilişki bulunmuştur. Bu çalışmada da göçle gelen grupta benlik saygısının düşük bulunması hem çevre değişimine bağlı uyum problemleri hem de yüksek stres düzeyine işaret etmektedir. Ayrıca her ergen bu dönemde, ana babasından farklı değer yargılarına sahip olduğunu fark eder. Aile değer sisteminden farklı olarak davranışlarına yön vermeye ve kendine özgü yeni değerler geliştirmeye başlar. Arkadaş grubunun değer yargılarını benimseyen ergen ailesine kısmen veya tamamen ters düşmeye başlar⁴². Göçle gelen ailelerde ise çoğu ana baba, kültürlerini korumak adına geleneksel tutumlarını değiştirmedikleri için çocuklarıyla aralarında çatışmaların daha da artacağı söylenebilir⁴³.

Tablo 3b'de göçle gelen ergenlerden müdahale ve kontrol gruplarında, son test, ön test ve izlem, benlik saygısı puan farkları ortalamaları analizleri verilmiştir. Bu fark müdahale grubunda kontrol grubuna göre sayısal olarak daha yüksek istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$). Yapılan bir çalışmada benlik saygısı yükseltme programı uygulanan grupta, yapılmayanlara oranla benlik saygısı düzeyi yüksek bulunmuştur²³. Yine Kuruüzüm'ün yaptığı bir çalışmada⁴⁰ yurt dışından Türkiye'ye kesin dönüş yapmış ailelerin ergen çocuklarının sosyal uyumlarına bakılmış ve Türkiye'de yaşayanlara oranla sosyal uyumlarını daha düşük bulmuştur. Kuruüzüm çalışması sonrasında göçle gelen çocuklarının uyumlarının artırılması amacı ile sosyal yönden desteklenmeleri gerektiğini belirtmiştir. Uygulanan benlik saygısı yükseltme programı, Roy'un uyum modelinde tarif ettiği gibi olumlu benlik kavramı geliştirme ve toplumun ergenden beklediği rolleri göstermesi bakımından ergeni desteklemektedir. Ergene bu programda toplumun kendinden beklediği roller ve ergenin kendini hangi rollerde ne düzeyde gördüğünü anlama ve kimsenin mükemmel olamayacağı konusunda rehberlik yapılmıştır. Ayrıca ergenin kendindeki hoşlandığı ve hoşlanmadığı durumları fark etmesi sağlanmıştır. Bu durumların değiştirilebilir olduğu, hoşlanmadığı şeylerin değişmez olduğu durumlarda ise bu konu hakkında ki düşüncelerinin değişebileceğine ilişkin cesaretlendirilmiştir^{22,44}. Ayrıca Tablo 3b ve 3c incelendiğinde benlik saygısı puan farkları ortalamalarının hem müdahale hem de kontrol gruplarında izlem yapılan

6. Ayda, son test yapılan 3. Aya göre daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Bu durum benzer yapılan çalışmaların bir hatta iki yıllık bir süre izlem gerektirdiğini düşündürmektedir.

Göçle gelmeyen müdahale grubundaki ergenlerde ön test, son test ve izlem benlik saygısı puan farkı ortalamaları göçle gelmeyen kontrol grubuna göre daha yüksek ve istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 3c). Bu sonuçlarla benlik saygısı yükseltme programının göçle gelen ve gelmeyen gruplarda benzer etki yarattığını söyleyebiliriz. Bu durum, iki grubun aile özelliklerinin ve benlik saygısını etkileyen faktörlerin homojen olmasından kaynaklanabilir. Yapılan birçok çalışmada göç gibi büyük bir çevre değişimi olmasa da ilgisiz anne baba tutumu, çok kardeşe sahip olma, gelir düzeyinin düşük olması gibi durumlardan ergenler etkilenmekte ve benlik saygıları düşmektedir^{24-26,33}. Bu nedenle sadece göçle gelen ergenlerin değil, göçle gelmeyen ergenlerin de kişilik gelişimlerini sağlayacak ilerde daha sağlıklı bir yetişkin olmalarına olanak sağlayan bu tür programların uygulanmasının önemi büyüktür. Bu tür çalışmalar yapılırken ergen kadar ergenin ailesi ve okul yaşantısı da önemlidir. Ergenin çocukluk döneminden itibaren ailede anne-babanın çocuğa karşı tutum ve davranışları çocuğun gelecekteki yaşantısı açısından önemli olduğu kadar, çocuğa ailenin bir üyesi olduğu bilincini de aşılama ve topluma uyumunun temelini atmaktadır. Aynı zamanda ergen ailede bir birey olarak sosyal deneyimlerini edinmekte, tercihler yapmakta ve kararlarda etkin rol alarak karar vermeyi de öğrenmektedir⁴¹. Bu nedenle uygulanan programların gerçekçiliğini ve uygulanabilirliğini aileyle tartışarak yapmak uygulayıcıları daha gerçekçi sonuçlara götürecektir. Çünkü ergeni ne ailesinin yanında, ne de okulunda tek başına düşünebiliriz. Bu uygulamayı yapacak hemşire mutlaka ergenin ailesi ve okulda öğretmenleri ile işbirliği içinde olmalı ve özellikle rehber öğretmenlerle beraber çalışmalıdır.

Tablo 3d incelendiğinde göçle gelen ve gelmeyen müdahale gruplarında ergenlerin ön test, son test ve izlem benlik saygısı puan farkları ortalamaları incelendiğinde; göçle gelen müdahale grubunun göçle gelmeyen müdahale grubuna göre puan farkları ortalamalarının sayısal olarak daha yüksek olduğu ancak bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir ($p>0,05$). Bu durum benlik saygısı yükseltme programının göç grubunda benlik saygısını sayısal olarak daha fazla yükselttiğini düşündürmektedir. Göç hiçbir zaman basit anlamda bir yer değiştirme olarak görülmemelidir. Göç bir sosyoekonomik sistemden, bir kültürel örüntüden diğerine geçmektir. Ergenler göç sonrası kendilerini yeni ve eski kültür arasında seçim yapmaya zorunlu hissederler. Bu zor seçimlerse ergenlerde problemler (düşük benlik saygısı, depresyon, başarısızlık, davranış problemleri) gelişmesine sebep olabilir¹⁵⁻¹⁸. Ayrıca yapılan bir çalışmada okula giden göçle gelmiş ergenlerin, okula devam etmeyenlere göre, kültürlenme düzeyleri, benlik saygıları ve yaşam doyumları yüksek bulunmuştur. Yine bir çalışmada okula giden iç göç yaşamış çocukların sosyal uyumları, göçle gelmeyenlere göre daha düşük bulunmuştur. Bu çalışmalarda göçle gelen çocukların okula gitmeleri, uyumlarını artıracak spor, müzik, tiyatro gibi faaliyetlere katılmaları gerekliliği ve bu çocukların uyumu için eğitim, sağlık ve sosyal hizmet kuruluşlarının eşgüdümlü çalışmalarının gereği vurgulanmıştır^{18,46}. Çalışma da göçle gelen müdahale grubunda benlik saygısı puan farkının, göçle gelmeyen müdahale grubuna göre sayısal olarak yüksek bulunması, göçle gelmeyen ergenlerinde eğitim, sosyal ve sağlık alanlarında desteklenmeleri gerektiğini düşündürmektedir. Bunun yanı sıra sonucun

istatistiksel olarak anlamlı olmaması göçün tek başına uyumda bir etken olmadığını, göçle gelinen bölgenin sosyo-ekonomik durumunun, anne baba eğitimlerinin çocuklarda uyumu etkilediğini bize düşündürmektedir. Bu nedenle sadece göçle gelen değil bütün ergenler da olumlu benlik kavramını geliştirmek, benlik saygılarını yükseltmek ergenlerin ilerde ki yaşamlarında daha sağlıklı ve psikolojik sorunlardan uzak olabileceklerini göstermektedir^{13,22}.

Çalışmada müdahale ve kontrol grupları benlik saygısı programının benlik saygısına etkisi konusunda grup içi analizleri incelendiğinde (Tablo 4), müdahale gruplarında son test ve izlem benlik saygısı puan ortalamalarının özellikle, ön test benlik saygısı puan ortalamalarına göre yüksek olduğu bulunmuştur. Müdahale gruplarında ön test ve son test benlik saygısı puan ortalamalarının istatistiksel açıdan anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Tablo 4’de müdahale gruplarında son testte de izlemde de benlik saygısı puan ortalamasının yükseldiği ve özellikle izlemde bu yükselişin daha fazla olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Bu durum uygulanan benlik saygısı programının etkinliğinin zamanla daha da arttığını göstermektedir. Yapılan çalışmalarda benzer olarak benlik saygısı yükseltme programı, benlik saygısını olumlu yönde etkilemiştir^{18,19}. Benlik saygısı benlik kavramının bir göstergesidir. Olumlu benlik kavramının geliştiği durumlarda benlik saygısı da yüksektir. Olumlu benlik kavramı ise Roy’un uyum modeline göre bireyin yeni durumuna uyum sağladığını gösteren bir göstergedir. Bu nedenle göçle gelen ve gelmeyen ergenlerin olumlu benlik kavramlarını geliştirmek için bu tür uygulamaların faydalı olduğu ve uygulanan benlik saygısı yükseltme programının²² Roy’un kuramında yer verdiği³⁶ olumlu benlik kavramını geliştirmek için kullanışlı bir kaynak olduğu söylenebilir.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Göç’ün ergenlerin uyumlarını etkilediği, müdahale ve kontrol grubu arasında anlamlı bir farkın olmaması ve grupların olumsuz sosyo-ekonomik düzey, ilgisiz yada aşırı disiplinli anne baba tutumu, fazla kardeş sayısı, düşük anne baba eğitimi gibi konularda homojen olması nedeni ile bu konularda sıkıntılı olan ergenlerin de en az göçle gelen ergen kadar olumsuz etkilendiği ve benlik saygısını yükseltme programının hem göçle gelmiş hem de göçle gelememiş ergenlerin benlik saygısını anlamlı düzeyde yükselttiğini söyleyebiliriz.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Göçle gelmiş farklı kültürlere sahip ergenlerin geldiği bölgedeki uyumlarını artırmak amacı ile yaşlılarıyla beraber olabileceği ortamların oluşturulması ve benlik saygısını yükseltme gibi uygulamaların yapılması,
- Sadece göçle gelen değil, sosyo ekonomik anlamda düşük seviyede, anne baba tutumunun ilgisiz ya da kendiyile ilgili kararlarda ergene söz hakkı tanımayan, anne baba eğitimi düşük, kardeş sayısı fazla olan bölgelerde yaşayan ailelerin ergen çocuklarının da desteklenmesi,
- Benlik saygısı yükseltme programına benzer şekilde yapılan uygulamalarda etkinliğin değerlendirilmesi için en az 6 ay ile 1 yıllık bir sürenin geçmesi önerilebilir
- Çalışma farklı gruplarda tekrarlanabilir. İleri araştırmalar planlanabilir.

KAYNAKLAR

1. Erten ZK, Zincir H, Özen B, Dinç S, Sevig Ü, F Özkan , Göçle Gelen Ailelerin Sağlıkla İlgili Bazı Davranış ve Görüşlerinin Saptanması, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2014;1(3):35-46.
2. Akan Y, Arlan İ. Göç Ekonomisi (Türkiye üzerine bir uygulama) (1. Baskı). Ekin Basım Yayın Dağıtım, Bursa, 2008:3-16.
3. Yalçın C. Göç Sosyolojisi(1. Baskı), Anı Yayıncılık, Ankara, 2004:11-22.
4. Fichter J. Sosyoloji Nedir (7. Baskı), Çeviri Çelebi N, Anı Yayıncılık, Ankara, 2004: 181-192.
5. Çelik F, İç göçlerin itici ve çekici güçler iç göçlerin itici ve çekici güçler yaklaşımı ile analizi, Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 2006;27, Temmuz-Aralık;149-170.
6. McEwen M, Wills E.M. Theoretical Basis for Nursing (2nd Ed), Lippicott Williams and Wilkins, United States, 2006:169-177.
7. Mc Mahon S D, Watts R J. Ethnic identity in urban African American youth: Exploring links with self-worth, aggression, and other psychosocial variables. Journal of Community Psychology, 2002;30(4):411-431
8. İsbir G, Mete S. Hemşirelik bakımında model kullanımına bir örnek: bulantı kusma sorunu olan bir gebenin Roy uyum modeline göre incelenmesi. DEUHYO ED 2009; 2(2):75-86.
9. Figen SP, Mete S. Uyum modeli ve sosyal bilişsel öğrenme kuramının doğum öncesi eğitimde kullanımı. DEUHYO ED 2009;1 (1):57-68.
10. Roy, C. The Roy Adaptation Model (3rd ed), New Jersey Upper Saddle River: Pearson Prentice Hall Health, 2009:35-50.
11. İnanç B.Y, Yerlikaya E.E, Kişilik Kuramları, 2. Bölüm, Sigmund Freud,13. Baskı, Pegem Akademi, Ankara, 2017:11-39
12. İnanç B.Y, Yerlikaya E.E, Kişilik Kuramları, 2. Bölüm, Eric From,13. Baskı, Pegem Akademi, Ankara, 2017:111-129.
13. Öz F. Sağlık Alanında Temel Kavramlar (1. Basım), İmaj İç ve Dış Ticaret Aş, Ankara, 2004:83-127.
14. Çakmaklı K. Aile için sosyal hizmet (1. Basım). T.C. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu Başkanlığı Yayınları, İstanbul,1991:139-163.
15. Özen Ş, Antar S, Özbulut Ö, Altındağ A, Oto R. İç göç yaşayan bir grup lise öğrencisinde ruhsal belirtiler şiddetinin cinsiyet ile ilişkisi. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Dergisi 2001;8(3):156-162.
16. Sır A, Bayram Y, Özkan M. Zorunlu iç göç yaşamış bir grupta travma sonrası stres bozukluğu üzerine bir ön çalışma. Türk Psikiyatri Dergisi, 1998; 9(3):173-180.
17. Aker T, Ayata B, Özeren M, Buran B, Bay A Zorunlu iç göç: Ruhsal ve toplumsal sonuçları, Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2002; 3(2):97-103.
18. Gün Z, Bayraktar F. Türkiyede'ki İç Göçün ergenlerin uyumundaki rolü, Türk Psikiyatri Dergisi, 2008;19(2):167-176.
19. Zincir H, Yagmur F, Erten Kaya Z, Balci E, Elmalı F. The incidence of domestic violence, the causative factors and their effects on the family. Pak J Med Sci January-March 2010; 26 (1): 201-205.
20. Sullivan R, Gaffikin L, Lowry E. Editör Özvarış BÖ. Tıp Eğitimcileri İçin Program Geliştirme Rehberi(1. Basım), JHPIEGO, Ankara, 1999:48-68.
21. Yıldırım A, Şimşek H.Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri (4.Basım). Tıpkı Basım, Ankara, 2004:103-124.
22. Kaya A, Saçkes M. Benlik Saygısı Geliştirme Programının 8. Sınıf Öğrencilerinin Benlik Saygısı Düzeylerine Etkisi, Deneysel Olarak Sınanmış Grupla Psikolojik Danışma ve Rehberlik Programları (1Basım), Editörler Erkan S, Kaya A, Pegem Yayıncılık, Ankara, 2005:1-40.

23. Çeçen A.R, Koçak, E. Deneysel bir çalışma: ilköğretim II. kademe öğrencilerine uygulanan benlik saygısı programının öğrencilerin benlik saygısı üzerindeki etkisi. Eğitim Araştırmaları, 2007;27:59-68.
24. Sezer Ö. Ergenlerin kendilik algılarının anne baba tutumları ve bazı faktörlerle ilişkisi, Yüzüncü Yıl Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 2010; 7(1):1-19.
25. Karadağ G, Güner İ, Çuhadar D, Uçan Ö. Gaziantep üniversitesi sağlık yüksekokulu hemşirelik öğrencilerinin benlik saygıları. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2008;3(7) :30-42.
26. Baybek H, Yavuz Ş. Muğla üniversitesi öğrencilerinin benlik saygısının incelenmesi. *Muğla Üniversitesi SBE Dergisi*, 2005;14:73-95.
27. Güngör, A. (1989). Lise öğrencilerinin özsaygı düzeylerini etkileyen etmenler. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
28. Rosenberg M (1965) Society and the adolescent self-image. Princeton, NJ: Princeton University Press.
29. Coopersmith S. The antecedents of self-esteem. V.H Freeman Company, Sanfransisco, 1967.
30. Kaya, A ve Sackes, M. Benlik saygısı geliştirme programının ilköğretim 8.sınıf öğrencilerinin benlik saygısı düzeylerine etkisi. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 2004;3(21):49-56.
31. Ponizovski AM, Ritsner MR, Modal I. Suicidal ideation and suicide attempts among immigrant adolescents from the former Soviet Union to Israel. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1999;38:1433-1441.
32. Hovey JD, King CA . Acculturative stress, depression and suicidal ideation among immigrant and second generation Latino adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1996;35: 1183-1192.
33. Polat G. İç göçün çocuk ruh sağlığına etkisi ve sosyal hizmet müdahalesi. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 2007; 18(1):89-106.
34. Adams, J.F. Ergenliği Anlamak (1.Basım). Çev. Onur B, İmge Kitabevi, Ankara, 1995:227-229.
35. Harter S. Identity and self development. In S. Feldman and G. Elliott (Eds.), *At the threshold:The developing adolescent*, Harvard University Pres, Cambridge,1990:352-387.
36. Roy, C. *The Roy Adaptation Model* (3rd ed), New Jersey Upper Saddle River: Pearson Prentice Hall Health, 2009:35-50.
37. Bolt, G. S. and Kempen, R. Segregation and Turks' housing conditions in middle-sized Dutch cities. *New Community*, 1997;23(3):363-384.
38. Çağlar, A. German Turks in Berlin: social exclusion and strategies for social mobility. *New Community* 1995;23(3):309-323.
39. Seifert W. Occupational and social integration of immigrant groups inGermany. *New Community*,1996;22(3): 417-436.
40. Kuruüzüm A. Kesin Dönüş Yapan İşçi Çocuklarının Uyum Problemi Üzerine Bir Alan Araştırması. *Akdeniz İ.İ.B.F. Dergisi*, 2002;3:102-113
41. Nemeth PM, Penckofer S, Gulanick M, Friedrich BV, Bryant F. The Relationships Among Self-Esteem, Stress, Coping Eating Behavior, and Depressive. *Research in Nursing & Health*, 2009;32, 96-109.
42. Oskay G. Değer yargıları yönünden ana-baba ergen çatışması. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*,1990;5:221-244.
43. İnceoğlu D, Erkman F, Aytar Güler. Yurt dışından kesin dönüş yapan ana-babaların aile yaşamı ve çocuk yetiştirme tutumu açısından türkiye'deki ana-babalarla karşılaştırılması. *Ulusal Psikiyatri ve Nöroloji Kongresi*, 1986;117-119.
44. Ellis A. Reflections on rational-emotive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1993;61(2):199- 201.

45. Erbil N, Divan Z, Önder P. Ergenlerin benlik saygısına ailelerinin tutum ve davranışlarının etkisi, Aile ve Toplum dergisi, 2006;3(10):7-15.
46. Uluocak PG. İç göç yaşamış ve yaşamamış çocukların okulda uyumu. Dokuz Eylül Üniversitesi Buca Eğitim Fakültesi Dergisi,2009;26:35-44.

Dispne-12 Ölçeğinin Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması

Validity and Reliability of Turkish Version of the Dyspnea-12 Scale

(Araştırma)

Zehra GÖK METİN*, Aylin HELVACI**

ÖZ

Amaç: Bu çalışmanın amacı, Dispne-12 Ölçeğinin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasının yapılmasıdır.

Gereç ve Yöntem: Metodolojik tasarıma sahip araştırma, Ankara ilinde bir üniversite hastanesinde takip edilen 60 KOAH tanılı hastayla yürütülmüştür. Veri toplamak için "Hasta Bilgi Formu" ve "Dispne-12 Ölçeği" kullanılmıştır. Sırasıyla ölçeğin dil ve kapsam geçerliği, yapı geçerliği, güvenilirlik değerlerini belirleme aşamaları gerçekleştirilmiştir.

Bulgular: Hastaların yaş ortalaması 63.5 ± 8.7 , KOAH tanı yılı ortalaması 5.9 ± 4.9 yıl idi. Örneklemin büyük çoğunluğunu (%70.0) erkek ve evli (%81.7) hastalar oluşturmuştur. Yapılan kapsam geçerliğinde ölçek maddelerine ilişkin uzman görüşleri arasında yüksek derecede uyum olduğu saptanmıştır (KGO=1.00). Açıklayıcı faktör analizi sonucunda, ölçeğin toplam varyansın %84.14'ünü açıklayan iki faktörlü yapıya sahip olduğu ve faktör yüklerinin 0.80-0.95 arasında değiştiği belirlenmiştir. Doğrulayıcı faktör analizine göre, $Ki-kare/sd=1.936$, normlaştırılmamış uyum indeksi=0.89 ve karşılaştırmalı uyum indeksi=0.94 olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0.97 bulunmuştur.

Sonuç: Dispne-12 Ölçeğinin Türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenilirlik kriterlerini kabul edilebilir düzeyde karşıladığı belirlenmiştir. Dispnenin subjektif açıdan değerlendirilmesinde önemli yeri olan ölçek, klinik çalışmalarda kullanılabilir.

Anahtar Kelimeler: Dispne, geçerlik, güvenilirlik, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, ölçek.

ABSTRACT

Aim: The aim of this study was to perform validity and reliability of Turkish version of the Dyspnea-12 Scale.

Material and Methods: This methodological study was conducted with 60 COPD patients followed in a university hospital located in Ankara. "Patient Information Form" and "The Dyspnea-12 Scale" were used for data collection. The language, content and structure validity and the reliability stages were completed, respectively.

Results: The mean age of the patients was 63.5 ± 8.7 years, and the mean duration of COPD was 5.9 ± 4.9 years. The big majority of the sample was composed of male (70.0%) and married

*Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Ankara, Türkiye,
E-mail: zehragok85@hotmail.com, Tel: 0312 305 15 80, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0311-9982>

**Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Ankara, Türkiye,
E-mail: aylinhelvacı94@gmail.com, Tel: 0312 305 15 80, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1910-2985>

Geliş Tarihi: 20 Mart 2018, Kabul Tarihi: 24 Nisan 2018

Atrif/Citation: Gök Metin Z., Helvacı A. Dispne-12 Ölçeğinin Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2018; 5(2):... <https://doi.org/>

(81.7%) patients. There was a consistency between the expert views on the items of the scale in the content variability analysis (CVR=1.00). As a result of exploratory factor analysis, the scale included two factor structures explaining 84.14% of the total variance, and the factor loadings ranged from 0.80 to 0.95. According to the confirmatory factor analysis, Chi-square/df was 1.936, non-normed fit index was 0.89, and comparative fit index was 0.94. The internal consistency of the Cronbach's alpha was 0.97.

Conclusion: The Turkish version of the Dyspnea-12 Scale met validity and reliability criteria at an acceptable level, is an appropriate tool to assess of dyspnea in a subjective manner and can be applied in clinical trials.

Key Words: *Chronic Obstructive Pulmonary Disease, dyspnea, reliability, scale, validity.*

GİRİŞ

Dispne, Amerikan Toraks Derneği tarafından (1999) “Yorgunluğa bağlı olarak değişen niteliksel farklı duyguların oluşturduğu özel bir nefes darlığıdır” şeklinde tanımlanmaktadır¹⁻³. Dispne, hastaların sağlık durumunun kötüleşmesine, kas gücünde azalmaya, iştahsızlık ve uyku sorunlarına, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede zorluklara, bakım bağımlılığının artmasına, depresyon, anksiyete ve tüm bu etkilere bağlı olarak yaşam kalitesinin düşmesine neden olmaktadır⁴⁻¹². Tüm bu etkiler dikkate alındığında, hastalarda dispnenin oluşturduğu olumsuz etkilerin değerlendirilmesi ve dispnenin yönetimi kritik bir hale gelmektedir.

Literatür incelediğinde, dispnenin klinik açıdan değerlendirilmesinde Türkiye’de kullanılan çok sayıda ölçüm ve değerlendirme aracının olduğu görülmektedir. Bu ölçekler arasında başlıcaları, Borg Skalası ve Görsel Analog Skala gibi tek boyutlu ölçeklerdir. Ayrıca, hastanın fiziksel aktivite düzeyi, yaşam kalitesi, duygusal durumu gibi boyutlarını da içine alan Medikal Araştırma Kurulu Skalası (MRCA) ve Bazal Dispne İndeksi gibi çok boyutlu olan farklı ölçekler de kullanılmaktadır^{13,14}.

Dispneyi çok boyutlu açıdan ele alabilen ölçüm araçlarından biri olan Dispne-12 Ölçeği, hastalarda dispnenin yol açtığı etkilerin subjektif açıdan değerlendirilmesinde yurt dışında sıklıkla kullanılmaktadır. Ayrıca, ölçeğin soruları az sayıda olup hastalar tarafından kolaylıkla anlaşılabilir¹⁵⁻¹⁹. Yapılan literatür taramasında ise ülkemizde bu ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasının olmadığı görülmüştür. Literatürde mevcut olan ve dispneyi değerlendirmede sınırlı kalan MRCA, Bazal Dispne İndeksi ve Görsel Analog Skala ile kıyaslandığında, Dispne-12 Ölçeğinin kronik bir semptom olan dispnenin hastalarda oluşturduğu fiziksel ve duyuşsal etkilerin tüm boyutları ile değerlendirilmesinde ülkemiz literatürüne önemli katkılar sağlayabileceği ve dispne semptomunu temel alan klinik çalışmalarda kullanılabilirliği düşünülmektedir^{15,20}. Bu nedenle bu araştırma, Dispne-12 Ölçeğinin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yapmak amacıyla yürütülmüştür.

GEREÇ ve YÖNTEM

Araştırmanın türü

Bu araştırma Dispne-12 Ölçeğinin geçerlik ve güvenilirliğini değerlendirmek üzere metodolojik olarak gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın yeri ve zamanı

Araştırma verileri, Ankara’da bulunan bir üniversite hastanesinin Dahiliye Klinikleri ve Göğüs Hastalıkları Polikliniğinde 4 Temmuz - 1 Ağustos 2017 tarihleri arasında toplanmıştır.

Araştırmanın evren ve örnekleme

Araştırmanın evrenini; Ankara’da bulunan bir üniversite hastanesinin dahiliye kliniklerinde yatarak tedavi alan ve göğüs hastalıkları polikliniğine başvuran, dispne şikayeti olan KOAH’lı hastalar oluşturmuştur. Araştırma örnekleme KOAH hastalarının seçilmesinde, KOAH’ın dünyada ve ülkemizde önemli bir mortalite ve morbiditeye neden olması²¹⁻²³ ve hastalık ilerledikçe şiddeti giderek artan dispne semptomunun çok boyutlu açıdan ele alınması önemli bir gerektirir¹¹⁻²¹. Araştırma örneklemini, iletişime girme sorunu olmayan, 18 yaş ve üzerinde olan ve araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden KOAH tanılı hastalar oluşturmuştur. İletişim sorunu bulunan, kognitif durumu yeterli olmayan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olmayan hastalar araştırma örnekleme dahil edilmemiştir. Literatürde geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarında örneklem büyüklüğünün ölçek madde sayısının en az beş katı olması gerektiği belirtilmektedir^{24,25}. Bu nedenle, 12 maddeden oluşan Dispne-12 Ölçeğinin geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yapmak üzere, araştırma örnekleme en az 60 hasta alınması gerektiği hesaplanmıştır.

Etik Konular

Öncelikle, Dispne-12 Ölçeğinin Türkçe geçerlik ve güvenilirliği çalışmasının yapılabilmesi için “The Dyspnea-12 (D-12) Scale” ölçeğinin orijinal formunu geliştirmiş olan Dr. Janelle York’a e-posta yolu ile ulaşılmış, ilgili yazardan hem ölçeğin orijinal formu hem de geçerlik-güvenirlik çalışması için yazılı izin alınmıştır. Alınan yazılı izin sonrası araştırma, “Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Kuruluna” sunulmuş ve etik kurul onayı alınmıştır (GO 17/526). Etik kurul iznini takiben araştırmanın yürütüldüğü kurumlardan araştırmanın uygulanabilmesi için kurum izin yazıları alınmıştır. Araştırma kriterlerine uyan hastaların dahil edilmesi için yardımcı araştırmacı 4 Temmuz - 1 Ağustos 2017 tarihleri arasında araştırmanın yürütüldüğü kurumun poliklinik ve kliniklerine düzenli ziyaretler yapmıştır. Bu sırada hastaneye başvuran ve dahil edilme kriterlerini karşılayan hastalara araştırmanın amacı açıklanmış, araştırma hakkında detaylı bilgi aktarılmıştır. Bu bilgilendirme sonrası araştırmaya katılmaya gönüllü olan hastalar gönüllü katılım olur formlarını onaylamışlardır. Araştırmada veriler, yardımcı araştırmacı tarafından yüz-yüze görüşme tekniği ile toplanmış olup her bir hasta için veri toplama formlarının doldurulması yaklaşık beş dakika almıştır.

Veri toplama araçları

Araştırmada “Hasta Bilgi Formu” ve orijinal adı “The Dyspnea-12 (D-12) Scale” olan “Dispne-12 Ölçeği” kullanılmıştır.

Hasta bilgi formu

Araştırmacılar tarafından literatür taranarak geliştirilen “Hasta Bilgi Formu” yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, ekonomik durum, meslek, çalışma durumu, KOAH tanı yılı, KOAH sınıflandırması, KOAH’a yönelik kullanılan ilaçlar, sigara içip içmeme durumu, Tiffeneau oranı (FEV1/FVC) olmak üzere toplam 12 sorudan oluşmaktadır¹⁵⁻¹⁹.

Dispne-12 Ölçeği

Yorke ve arkadaşları tarafından geliştirilen (2010) ve dispne (nefes darlığı) şiddetini ölçen toplam 12 maddeden oluşan bir ölçektir. Dörtlü likert tipteki (0=hiç, 1=hafif, 2=orta, 3=ciddi) seçeneklerini içermektedir. Ölçeğin ilk yedi maddesi nefesin bütün akciğerlere gidip gitmediğini, hastada nefes darlığının olup olmadığını, nefes almakta zorluk yaşanıp yaşanmadığını, nefes alırken çabanın var olup olmadığını değerlendirerek dispnenin hastalarda yarattığı fiziksel zorlukları sorgulamaktadır. Ölçeğin kalan beş maddesi ise nefes almanın stres, sinirlilik, depresyon, sıkıntı ve huzursuzluk gibi duygusal durumlara etkilerine odaklanmaktadır. Ölçeğin fiziksel boyutundan alınabilecek maksimum puan 21, duygusal boyutundan alınabilecek maksimum puan ise 15’tir. Ölçekten alınabilecek minimum puan 0, maksimum puan ise 36’dır. Ölçekten alınan puanın artması hastada dispne şiddetinin arttığını göstermektedir. Ölçeğin orijinal çalışmasında Cronbach alfa değeri 0.90 olarak bildirilmiştir¹⁵.

Araştırmanın uygulanması

Aşama 1- Dil geçerliği: Dispne-12 Ölçeği, hemşirelik alanında çalışan ve iyi derecede İngilizce bilen dört öğretim üyesi tarafından Türkçeye çevrilmiştir. Dört çeviri araştırmacılar tarafından birleştirilip, ölçek maddeleri üzerinde uzlaşma sağlandıktan sonra, her iki dili ana dili düzeyinde bilen bir dil uzmanı tarafından ölçek maddelerinin İngilizceye geri çevirisi yapılmıştır^{24,25}. Ölçeğin İngilizce özgün versiyonu ile İngilizceye çevrilmiş versiyonu ana dili İngilizce olan bir uzmana danışılmış ve bu uzman her iki versiyonu anlam ve benzerlik açısından karşılaştırmıştır. Uzmanın gelen öneriler sonrasında ilgili değişiklikler yapılarak ölçeğe son şekli verilmiştir.

Aşama 2- Kapsam geçerliği: Dispne-12 Ölçeğinin kapsam geçerliğini yapmak üzere Davis tekniğinden (1992) yararlanılmıştır^{26,27}. Davis tekniğinde ölçekte yer alan her bir maddenin kapsam geçerliğini değerlendirmeye yarayan (a) “Uygun”, (b) “Madde hafifçe gözden geçirilmeli”, (c) “Madde ciddi olarak gözden geçirilmeli” ve (d) “Madde uygun değil” şeklinde dörtlü derecelendirme bulunmaktadır. Ölçeğin kapsam geçerliğini yapmak üzere, ölçeğin geri çevirisi tamamlandıktan sonra iç hastalıkları hemşireliği alanında uzman yedi öğretim üyesine e-posta gönderilmiştir. Uzmanlardan ölçekte yer alan her bir soru için (a) “Uygun”, (b) “Madde hafifçe gözden geçirilmeli”, (c) “Madde ciddi olarak gözden geçirilmeli” ve (d) “Madde uygun değil” seçeneklerini içeren bir form üzerinde işaretleme yapmaları istenmiştir. Davis tekniğinde, her bir madde için a ve b seçeneklerini işaretleyen uzman sayısının, madde için görüş veren toplam uzman sayısına bölünmesi ile hesaplanan kapsam geçerlik indekslerinin 0.80’in üzerinde olması beklenmektedir²⁷.

Kapsam geçerliğini takiben, ölçeğin anlaşılabilirliğini test etmek için 10 KOAH tanılı hasta ile pilot çalışma yapılmıştır. Pilot çalışmada, hastaların ölçek maddelerinin anlaşılır ve kolayca cevaplanabilir olduklarını belirtmeleri nedeni ile ölçek maddelerinde ek bir değişiklik yapılmamıştır, pilot çalışmaya dahil edilen hastalar araştırma örneğine alınmamıştır.

Aşama 3- Yapı Geçerliği: Bu aşamada istatistiksel yazılım programı yardımı ile yapı geçerliği adımlarından olan açılımlı faktör analizi (AFA) ve doğrulayıcı faktör analizi (DFA) tekniklerinden yararlanılarak ölçeğin yapı geçerliği açısından uygun olup olmadığı incelenmiştir^{28,29}.

Aşama 4- Güvenirlik çalışması: Ölçeğin güvenirliliğini test etmek üzere Cronbach alfa güvenirlilik katsayısı ve maddelerin iç geçerliğini belirlemek üzere madde toplam korelasyonu analizleri kullanılmıştır^{30,31}. Ölçeğin zamana karşı tutarlı bir araç olup olmadığını belirlemek üzere ölçek test-retest puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Bu iki ölçüm arasındaki ilişkinin derecesi ve anlamlılığını test etmek için de Pearson Korelasyon testinden yararlanılmıştır. Toplam örneklem sayısı olan 60 hastaya ulaşıldıktan sonra, bu örneklem içinden rastgele seçilen 15 hastaya ölçek bir hafta ara ile ikinci kez uygulanmıştır³⁰.

Verilerin değerlendirilmesi

Verilerin istatistiksel analizi SPSS 22.0 programında yapılmıştır. Sosyo-demografik verilerin incelenmesinde yüzde, frekans, medyan, minimum- maksimum değerler, ortalama ve standart sapma gibi tanımlayıcı istatistiklerden yararlanılmıştır. Ölçeğin kapsam geçerliğini belirlemek üzere kapsam geçerlik oranı (KGO) ve kapsam geçerlik indeksi (KGİ) değerleri ile ilgili analizler tamamlanmıştır. Ölçek yapı geçerliği için AFA ve DFA tekniklerinden yararlanılmıştır. Açılımlı faktör analizinde temel bileşenler analizi kullanılmıştır. Ölçek içeriğinin ve örneklem büyüklüğünün yeterliliğini belirlemek için Bartlett Küresellik testi ve Keiser-Mayer-Olkin testlerinden faydalanılmıştır. Doğrulayıcı faktör analizi ile ölçeğin faktör yapısı ve faktör yükleri incelenmiştir. AMOS yazılım programı yardımı ile ölçeğe ilişkin path diyagramı oluşturulmuştur. Tekrarlı ölçümler arasındaki ilişkiyi belirlemek için eşleştirilmiş gruplarda t testi ve Pearson Korelasyon testinden yararlanılmıştır.

BULGULAR

Hastaların sosyo-demografik özellikleri

Araştırmaya dahil olan hastaların yaş ortalaması 63.5±8.7 yıl olup, büyük çoğunluğunu (%70.0) erkek hastalar oluşturmuştur. Hastaların büyük bir kısmı ilköğretim mezunu (%78.4) ve evli (%81.7) idi. Hastaların KOAH tanı yılı ortalaması 5.9±6.5 yıl olup, yarısından fazlası (%55.0) sigara kullanmayı bırakmıştı. Hastaların FEV1/FVC ortalamasınının 76.5±15.3 olduğu belirlenmiştir. Ayrıca, hastaların cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, sigara kullanım durumları ve KOAH evreleri gibi değişkenleri açısından ölçek puanları arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür (Tablo 1; p>0.05).

Tablo 1. Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri (n=60)

Parametre	n	%	X ± SS	Ki-kare	p
Ortalama Yaş (yıl)			63.5± 8.7		
Hastalık süresi (yıl)			5.9± 4.9		
FEV1 (%)			51.9 ± 19.6		
FVC (%)			60.8 ± 19.8		
FEV1/FVC (%)			76.5 ± 15.3		
			Dispne-12 Ölçeği X ± SS		
Cinsiyet					
Erkek	42	70.0	22.0±10.6		0.26
Kadın	18	30.0	19.0±8.9		
Eğitim durumu					
Okur-yazar değil	3	5.0	28.6±0.5	105.40	0.65
İlköğretim	47	78.3	19.4±9.3		
Lise	7	11.7	18.0±11.1		
Önlisans	3	5.0	24.3±10.2		
Medeni durum					
Bekar	1	1.7		102.68	0.08
Boşanmış	1	1.7			
Dul	9	15.0	18.1±9.7		
Evli	49	81.7	20.2±9.6		
Sigara içme durumu					
İçmiyor	10	16.7	21.0±10.3	52.95	0.59
İçiyor	17	28.3	19.7±9.3		
Bırakmış	33	55.0	19.7±9.6		
Gold kriterleri					
Evre 1	5	8.3	20.0± 8.2	93.33	0.22
Evre 2	27	45.0	17.1±9.4		
Evre 3	20	33.3	21.9±8.9		
Evre 4	8	13.3	24.5±10.5		

X=Ölçek puan ortalaması. SS=Standart sapma

Dispne-12 (D-12) Ölçeğinin kapsam geçerliği

Ölçek maddelerini Davis Tekniğine göre değerlendiren yedi uzman görüşü sonrası, ölçek maddelerine ilişkin kapsam geçerlik oranları ve ölçek kapsam geçerlik indeksi 1.0 olarak hesaplanmıştır.

Dispne-12 (D-12) Ölçeğinin faktör analizi

Öncelikle, örneklem sayısının yeterliliğini ve verilerin faktör analizi açısından uygunluğunu belirlemek için Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ve Barlett Küresellik Testleri uygulanmıştır. Araştırmamızda, KMO değerinin 0.92, Barlett testi sonucunun ise $\chi^2=892.04$ istatistiksel açıdan anlamlı ($p<0.05$) olduğu hesaplanmıştır (Tablo 2).

Tablo 2. KMO ve Barlett Küresellik Test Sonuçları

Kaiser-Meyer-Olkin Örnekleme Yeterliği Ölçümü				0.927		
Barlett's Küresellik Testi Sonuçları		Ki-Kare Serbestlik Derecesi		892.004		
		Anlamlılık		66		
				0.000		
Faktör öz-değerleri ve açıklama varyansları						
Madde	Öz-değer	Varyans %	Küm. Varyans %	Döndürme sonrası Öz-değer	Döndürme sonrası varyans %	Küm. Varyans %
1	9.09	75.7	75.75	5.40	45.0	45.0
2	1.00	8.3	84.14	4.69	39.1	84.1
3	0.46	3.8	88.02			
4	0.33	2.8	90.83			
5	0.26	2.2	93.05			
6	0.19	1.6	94.69			
7	0.15	1.2	95.94			
8	0.14	1.1	97.12			
9	0.11	0.9	98.11			
10	0.10	0.8	99.01			
11	0.06	0.5	99.57			
12	0.05	0.4	100.00			

Açımlayıcı faktör analizi (AFA)

Açımlayıcı faktör analizi uygulanırken temel bileşenler analizi tekniği tercih edilmiştir. Faktör analizi sırasında bağımsızlık ve yorumlamada açıklık sağlama amacı ile dik döndürme teknikleri arasında en sık kullanılan Varimax döndürme yöntemi kullanılmıştır²⁷. Açımlayıcı faktör analizi sonucu ortaya çıkan faktör yapısının son şekline ilişkin öz değerler ve açıklama varyansları Tablo 3'te verilmiştir. Yapılan açımlayıcı faktör analizinde, ölçek maddelerinden iki tanesinin özdeğerinin (eigenvalues) 1'in üzerinde olduğu ve bunların toplam varyansın %84.14'ünü açıkladığı saptanmıştır. Faktörler için toplam varyansı açıklama yüzdelerinin birinci faktör için %75.7 ve ikinci faktör için %8.3 olduğu belirlenmiştir (Tablo 3). Ölçeğe ait kırılma noktaları ise scree-plot grafiğinde (Şekil 1) görülmektedir. Birinci faktöre ait kırılma noktasının diğer faktörlere göre biraz daha büyük olmasına rağmen bir özdeğerinden yüksek diğer faktöre ait farklı bir kırılma noktasının daha olduğu görülmektedir. Scree-plot grafiği incelendiğinde ölçeğin iki faktörlü yapıda olduğu görülmektedir.

Tablo 3. Madde Toplam Korelasyon Değerleri ve Güvenirlik Katsayıları

Madde	X± SS	Madde Toplam Korelasyon	Cronbach Alfa
Fiziksel Boyut			
Nefesim tüm hava yollarıma geçmiyor	1.4±0.9	0.75	
Nefes alışım daha çok çaba gerektiriyor	1.7±0.8	0.81	
Nefes darlığı hissediyorum	1.9±0.8	0.88	
Nefes almakta zorluk yaşıyorum	1.8±0.8	0.86	
Yeterince hava alamıyorum	1.5±0.9	0.84	
Nefes alışım rahat değil	1.8±0.8	0.88	
Nefes alışım çok yorucu oluyor	1.7±0.8	0.82	
Duygusal Boyut			
Nefes alışım moralimi bozuyor	1.7±0.8	0.84	
Nefes alışım beni perişan ediyor	1.4±1.0	0.87	
Nefes alışım sıkıntı veriyor	1.6±0.8	0.83	
Nefes alışım beni huzursuz ediyor	1.6±0.9	0.84	
Nefes alışım sinir bozucu oluyor	1.4±1.0	0.85	
Toplam Ölçek Puanı	19.9±9.5		0.97
Fiziksel boyut	12.1±5.5		0.96
Duygusal Boyut	7.8±4.4		0.96

Sınıf içi korelasyon (ICC)=0.97, %95 güven aralığı (Min-Max=0.95-0.98)

Maddeler arası korelasyon=0.73 (Min-Max= 0.50-0.91)

Doğrulayıcı faktör analizi (DFA)

Açımlayıcı faktör analizi sonucunda ölçeğin 12 maddeden oluşan iki faktörlü bir yapıya sahip olduğu anlaşılmıştır. Elde edilen veriler üzerinden DFA yapılmıştır. 12 madde ve iki faktörden oluşan Dispe-12 Ölçeğinin DFA sonrasında elde edilen standart değerleri Tablo 4'te sunulmuştur. Modelin uyumunu değerlendirmek amacıyla uyum iyiliği indeksleri incelenmiştir. Araştırmamızda, Şimşek (2007) tarafından sık kullanıldığı belirtilen uyum indekslerinden olan $\chi^2=102.599$; $sd=53$; $RMSEA=0.12$; $GFI=0.76$; $AGFI=0.65$; $CFI=0.94$; $IFI=0.94$ değerleri hesaplanmıştır^{33,34} (Tablo 4). Doğrulayıcı faktör analizi sonrası elde edilen path diyagramı ise Şekil 2'de verilmiştir. Path diyagramında, ölçekte yer alan maddelerin faktör yüklerinin 0.80-0.95 arasında değiştiği görülmektedir.

Tablo 4. Dispne-12 Ölçeğinin Uyum Değerleri

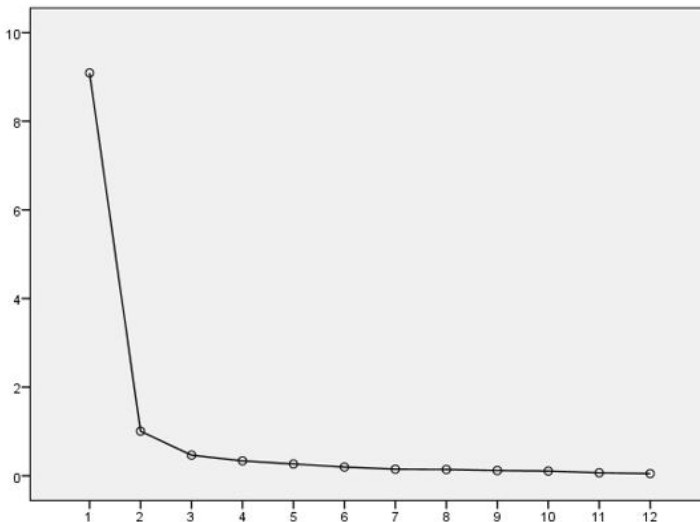
Uyumluluk indeksi	Değer
Ki-kare (X^2)	102.599
P- value	0.000
Serbestlik derecesi	53
Ki-kare/sd	1.936
RMSEA	0.126
SRMR	0.035
NNFI	0.894
RFI	0.869
CFI	0.945
IFI	0.946
GFI	0.766
AGFI	0.655

RMSEA= Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü

SRMR= Standartlaştırılmış ortalama hataların karekökü

NNFI= Normlaştırılmamış Uyum İndeksi, CFI= Karşılaştırmalı Uyum İyiliği İndeksi

IFI= Fazlalık Uyum İndeksi, GFI= Uyum İyiliği İndeksi, AGFI= Düzeltilmiş Uyum İyiliği İndeksi

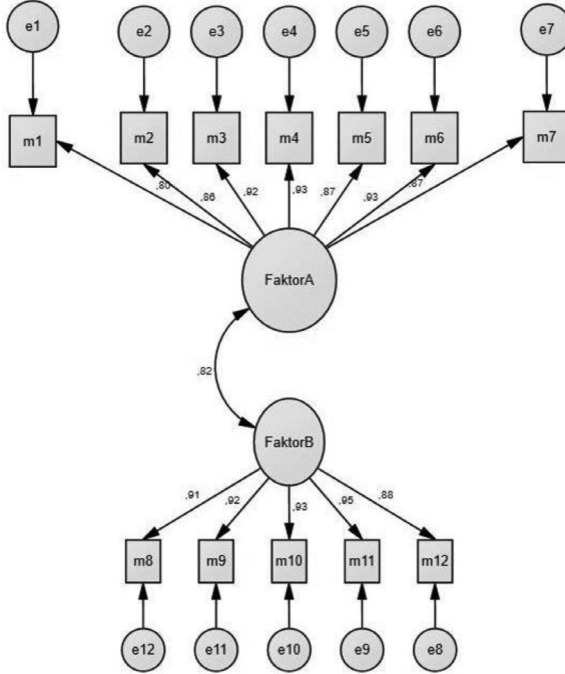


Şekil 1. Dispne-12 Ölçeğine İlişkin Scree-Plot Grafiği

Tablo 5. Dispne-12 Ölçeği İçin Test-Tekrar Test Arasındaki Uyumu (n=15)

Dispne-12 Ölçeği	n	X	SS	t	P
Ölçek Toplam Puan	15	27.1	7.7	1.126	0.27
Tekrar Test Ölçek Toplam Puan	15	26.5	8.1		
Pearson Korelasyon Testi				r= 0.96	<0.001

X=Ölçek puan ortalaması, SS=Standart sapma



Şekil 2. Dispne-12 Ölçeği Path Diyagramı

Dispne-12 (D-12) Ölçeğinin güvenilirliği

Araştırmamızda, ölçek güvenilirliğini sınamak için iç tutarlılık yöntemlerinden Cronbach alfa katsayısı ve madde-toplam ölçek puanı korelasyon katsayısı kullanılmıştır. Çalışmamızda D-12 Ölçeğinin Cronbach alfa katsayısı 12 maddelik form için 0.97, fiziksel boyut için 0.96, duygusal boyut için de 0.96 şeklinde hesaplanmıştır. İlgili ölçeğe ilişkin madde toplam korelasyon katsayıları Tablo 3'te verilmektedir.

Dispne-12 (D-12) Ölçeğinin zamana karşı güvenilirliği

Ölçek test-retest puanları arasındaki eşleştirilmiş gruplarda t-testi sonucuna göre; ölçek toplamından elde edilen iki ölçüm arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0.05$), ayrıca iki ölçüm arasında pozitif yönde çok kuvvetli düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu ($p<0.05$) (Tablo 5) belirlenmiştir.

TARTIŞMA

Dispnenin hastalarda oluşturduğu etkileri çok boyutlu ve subjektif açıdan değerlendirilebilen, iki alt boyut ve 12 maddeden oluşan Dispne-12 Ölçeğinin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması sonrası, araştırma bulgularımız ölçeğin dil, kapsam, yapı geçerliği ve güvenilirlik açısından kriterleri karşıladığını ve ölçeğin hastalar üzerinde kolayca kullanılabilmesini göstermiştir. Yapılan analizler sonrası, ölçeğin orijinal formu korunmuş ve ölçek maddelerinde herhangi bir değişikliğe gidilmemiştir.

Literatürde kapsam geçerliği için kapsam geçerlik indeksinin en az 0.80 olması gerektiği bildirilmektedir²⁰. Çalışmamızda yapılan kapsam geçerliği analizinde uzman görüşleri arasındaki uyumun, başka bir deyişle kapsam geçerlik indeksinin oldukça yüksek olduğu (1.0) ve ölçeğin kapsam geçerliği açısından kriterleri karşıladığı belirlenmiştir.

Yapılan çalışmalarda, ölçeğin yapı geçerliği açısından uygunluğunun test edilmesinde KMO katsayısı ve Barlett Küresellik testlerinden yararlanıldığı görülmektedir^{28, 30}. Literatürde KMO değerinin 0.60'ın üzerinde olması, 1'eyaklaşması verilerin faktör analizi için uygun olduğunu ortaya koymaktadır. Kalaycı (2009) ve Tavçancıl'a (2014) göre; KMO test sonucunun 0.50'nin üzerinde olması durumunda faktör analizi uygulanabilir, KMO değerinin 0.70- 0.80 aralığında olması orta; 0.80-0.90 aralığında olması iyi; 0.90'dan büyük olması ise mükemmel örneklem yeterliliğini göstermektedir^{35,36}. Bartlett küresellik testinin anlamlı olması ise, ölçekte bulunan maddelerin korelasyon matrisinin faktör analizi yapmaya uygun olduğunu göstergesidir. Çalışmamızda da benzer şekilde ölçeğin yapı geçerliği açısından uygunluğunun test edilmesi için KMO katsayısı ve Barlett Küresellik testi uygulanmış, KMO değerinin 0.92, Barlett testinin ise anlamlı olduğu belirlenmiştir. Bu bulgular değerlendirildiğinde, araştırma örneklem büyüklüğünün faktör analizi için yeterli olduğu ve ölçeğe ilişkin faktör analizi yapılabileceği sonucuna ulaşılmıştır³⁷.

Açımlayıcı faktör analizi sonuçları değerlendirilirken ölçeğin tek faktörlü ya da çok faktörlü yapıda olması durumunun özellikle göz önünde bulundurulması gerekmektedir²⁶. Literatürde tek faktörlü ölçeklerde toplam varyansın en az %30'nun açıklanması beklenirken, çok faktörlü ölçeklerde bu rakamın daha yüksek olması gerektiği bildirilmektedir³⁵. Araştırmamızda yapılan AFA sonucuna göre, Dispne-12 Ölçeği orijinalindeki gibi iki faktörlü yapı göstermiştir¹⁵. Ve bu iki faktörün toplam varyansın %84.14'ünü açıkladığı görülmüştür. Bu bulgu, Dispne-12 ölçek maddelerinin yeterli geçerlik düzeyinde olduğunu ve her bir maddenin ölçek ile yeterli düzeyde ilişkili olduğunu göstermiştir.

Çalışmamızda geçerlik analizlerinin son adımında uygulanan DFA'de ölçeğin faktör yükleri ve ölçek uyumluluk değerleri incelenmiştir. Elde edilen bulgulara göre, ölçekte yer alan iki faktör toplam varyansın çoğunluğunu (%84.14) açıklamaktadır ve dolayısı ile ölçeğin faktör yapısının güçlü olduğu söylenebilir. Uyumluluk indeksleri açısından bakıldığında ise literatürde GFI, AGFI'den elde edilen katsayının 0.90'ının üstünde olması iyi uyumu işaret etmektedir²⁸. RMSEA değerinin 0.10'dan küçük olması ve χ^2/sd 'nin ise 2.0'dan küçük olması iyi uyumu göstermektedir²⁹. Bulgularımızdaki uyumluluk indeksleri ele alındığında ($\chi^2/sd=1.93$ ve $RMSEA=0.12$) ölçeğin Türkçe versiyonunun orijinal modele uyumlu olduğu söylenebilir³⁰.

Araştırmamızda dil, kapsam ve yapı açısından geçerli olduğu belirlenen Dispne-12

Ölçeğinin Cronbach alfa güvenilirlik katsayıları analiz edilmiş ve Chronbach alfa değeri 0.97 şeklinde belirlenmiştir. Güney Kore'de bronşektazi ve tüberküloz hastalarında Dispne-12 Ölçeğinin geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında Cronbach alfa değeri bronşektazi hastaları için 0.90, tüberküloz hastaları için ise 0.94 şeklinde rapor edilmiştir³⁸. York ve ark. İngiltere'de Dispne-12 Ölçeğinin intersitisyel akciğer hastalığında geçerlik ve güvenilirliğini yaptıkları çalışmada Cronbach alfa değerinin 0.93 olduğunu bildirmişlerdir³⁹. Lee ve ark. Kore'de KOAH'lı hastalarda Dispne-12 Ölçeğinin geçerlik ve güvenilirliğini test ettikleri çalışmada ise Cronbach alfa değerini 0.78 şeklinde belirtmişlerdir⁴⁰. Literatürde Cronbach alfa katsayısının 0.0-1.0 arasında değiştiği, katsayının 0.60-0.80 arasında olması durumunda ölçeğin oldukça güvenilir, 0.80 ve üzerinde olması durumunda ise ölçeğin yüksek derecede güvenilir olduğu bildirilmektedir^{30,34}. Bu açıdan bakıldığında, araştırmamızda hesaplanan cronbach alfa değerinin literatürle uyumlu olarak yüksek derecede güvenilir olduğu görülmüştür.

Güvenirlik testlerinden bir diğeri de ölçeğin test-tekrar test sonuçlarının incelenmesidir. Bu test ile aynı grupta belli aralıklarla iki kez elde edilen ölçümler arasında hesaplanan korelasyon katsayısı incelenmekte olup, testin zamana bağlı olarak ne derece kararlı ölçümler verdiği belirlenmektedir²³. Akgül'e (2005) göre korelasyon katsayısının 0.25 ve daha az olması çok zayıf; 0.26-0.49 arasında olması zayıf; 0.50-0.69 arasında olması orta; 0.70-0.89 arasında olması yüksek; 0.90-1.0 arasında olması ise çok yüksek güçte ilişkiyi tanımlamaktadır⁴¹. Yüksek korelasyon, hem test puanlarının kararlılığını hem de ölçülen özellikle iki ölçüm arasında zamana bağlı olarak fazla değişme olmadığını göstermektedir. Bulgularımız doğrultusunda, Dispne-12 Ölçeğinin test-retest puanları arasındaki korelasyon katsayısı çok yüksek (0.99) şeklinde belirlenmiş ve ölçeğin zamana karşı tutarlı bir ölçüm aracı olduğu saptanmıştır.

Araştırmanın sınırlılıkları

Dispne-12 Ölçeğinin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması, tek bir merkezde ve sadece KOAH tanılı hastalar üzerinde gerçekleştirilmiştir. Bu durum, araştırmamızın önemli bir sınırlılığını oluşturmaktadır. Literatürde, KOAH hastaları özelinde, özellikle yaş ve KOAH evresinin mortalite ve semptom yükünü belirlemede etkili faktörler olabileceği bildirilmektedir³⁸. Bu açıdan ele alındığında, araştırma örneklemimize dahil edilen hastalar yaş ve KOAH evresi açısından homojen özellikler taşımamaktaydı. Bu durumun, dispnenin etkilerini yorumlamada hastalar açısından farklılık yaratabileceğini ve araştırmamızda bir sınırlılık oluşturabileceğini öngörmekteyiz.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Dispne-12 Ölçeğinin KOAH tanılı hastalarda geçerlik ve güvenilirliğinin test edildiği bu çalışmada, bulgularımız Dispne-12 Ölçeğinin sensivite ve spesifitesinin yüksek olduğunu göstermiştir. Dispneyi çok boyutlu ve subjektif açıdan değerlendirebilen Dispne-12 Ölçeğinin dispne semptomunu temel alan klinik araştırmalarda uygulanması yararlı olacaktır. Bununla birlikte, dispnenin her hasta için farklı bir anlam ifade ettiği göz önünde bulundurulduğunda, araştırma sonuçlarımızın dispne problemine neden olan kronik kalp yetmezliği, astım, kronik karaciğer, kronik böbrek yetmezliği, akciğer tümörü gibi hastalıklara sahip bireylerle test edilmesi önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. American Thoracic Society. Dyspnea: mechanisms, assessment, and management. A consensus statement. *Am J Respir Crit Care Med* 1999; 159:321-40.
2. Nazir SA, Erbland MA. Chronic obstructive pulmonary disease. *Drugs & Aging* 2009; 26(10): 813-31.
3. Rabe KF, Hurd S, Anzueto A, Barnes PJ, Buist SA, Calverley P. et al. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: GOLD executive summary. *Am J Respir Crit Care Med* 2007; 76(6): 532-55.
4. Dürr S, Zogg S, Miedinger D, Steveling EH, Maier S, Leuppi J. Daily physical activity, functional capacity and quality of life in patients with COPD. *COPD* 2014; 11(6): 689-96.
5. Tatlıcıoğlu T. Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) and its future. *Tüberk Toraks* 2007; 55(3): 303-18.
6. Bozbaş Ş, Ulubay G. Systemic effects of chronic obstructive pulmonary disease. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences* 2010; 11(2): 47-58.
7. Mannino DM, Buist AS. Global burden of COPD: risk factors, prevalence, and future trends. *Lancet* 2007; 370 (9589): 765-73.
8. Gruenberger JB, Vietri J, Keininger DL, Mahler DA. Greater dyspnea is associated with lower health-related quality of life among European patients with COPD. *International journal of chronic obstructive pulmonary disease* 2017; 12: 937-44.
9. Vardar Yağlı N, Çalık Kutukcu E, Sağlam M, İnce D, Arıkan H, Coplu L. The relationship between fear of movement, pain and fatigue severity, dyspnea level and comorbidities in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Disability and rehabilitation* 2018; 1-5.
10. Stephenson JJ, Wertz D, Gu T, Patel J, Dalal AA. Clinical and economic burden of dyspnea and other COPD symptoms in a managed care setting. *International journal of COPD* 2017; 12: 1947-59.
11. Williams M, Cafarella P, Olds T, Petkov J, Frith P. Affective descriptors of the sensation of breathlessness are more highly associated with severity of impairment than physical descriptors in people with COPD. *Chest* 2010; 138: 315-22.
12. Borge CR, Wahl AK, Moum T. Association of breathlessness with multiple symptoms in chronic obstructive pulmonary disease. *J Adv Nurs* 2010; 66(12): 2688-700.
13. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye kronik hava yolu hastalıkları önleme ve kontrol programı (2014-2017). 2014; Ankara. 22-5.
14. Kara D, Yıldız H. Dispne semptomunun değerlendirilmesinde dispne ölçeklerinin etkinlikleri ve kullanım sıklıkları. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*; 2013; 2(1): 137-49.
15. Yorke J, Moosavi SH, Shuldham C, Jones PW. Quantification of dyspnoea using descriptors: development and initial testing of the Dyspnoea-12. *Thorax* 2010; 65: 21-6.
16. Alyami MM, Jenkins SC, Lababidi H, Hill K. Reliability and validity of an Arabic version of the Dyspnea-12 questionnaire for Saudi nationals with chronic obstructive pulmonary disease. *Ann Thorac Med* 2015; 10: 112-17.
17. Yorke J, Armstrong I. The assessment of breathlessness in pulmonary arterial hypertension: Reliability and validity of the Dyspnoea-12. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2014; 13(6): 506-14.
18. Yorke J, Russell AM, Swigris J, Shuldham C, Haigh C, Rochnia, N. et al. Assessment of dyspnea in asthma: validation of the Dyspnea-12. *J Asthma* 2011; 48(6): 602-08.
19. Al-Gamal E, Yorke, J. Perceived breathlessness and psychological distress among patients with chronic obstructive pulmonary disease and their spouses. *Nurs Health Sci* 2014; 16(1): 103-11.
20. Casanova C, Marin JM, Martinez-Gonzalez C, De Lucas-Ramos P, Mir-Viladrich I, Cosio B. Differential effect of modified medical research council dyspnea, COPD assessment test, and clinical COPD

- questionnaire for symptoms evaluation within the new GOLD staging and mortality in COPD. Chest 2015; 148(1): 159-68.
21. World Health Organization. Top 10 causes of death. WHO 2015. Erişim tarihi: 13.07.2017 <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/index2.html>.
 22. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. PLoS Med 2006; 3(11): 436-37.
 23. Türkiye İstatistik Kurumu, Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2016. Erişim tarihi: 13.07.2017 <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=24572>.
 24. Esin MN. Veri toplama yöntem ve araçları ve veri toplama araçlarının güvenilirlik ve geçerliği. Erdoğan S, Nahçıvan N, Esin MN. Hemşirelikte Araştırma: Süreç, Uygulama ve Kritik, İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi. 2014. p. 217-30.
 25. Şencan H. Sosyal ve davranışsal ölçümlerde güvenilirlik ve geçerlilik. Ankara: Seçkin Yayıncılık; 2005. p. 22-32.
 26. Yurdugül H. Ölçek geliştirme çalışmalarında kapsam geçerliği için kapsam geçerlik indekslerinin kullanılması. In: 15. Ulusal Eğitim Bilimleri Kongresi Bildiri Kitabı; 2005; 1-6.
 27. Davis LL. Instrument review: getting the most from your panel of experts. Applied Nursing Research, 1992; 5(4): 194-97.
 28. Büyüköztürk Ş. Testlerin geçerlik ve güvenilirlik analizlerinde kullanılan bazı istatistikler. sosyal bilimler için veri analizi el kitabı. 15. Baskı. Ankara: Pegem Akademi; 2011. p.167-82.
 29. Akgül A. Korelasyon analizi. tıbbi araştırmalarda istatistik analiz teknikleri: SPSS uygulamaları. 2. Baskı. Ankara: Emek Ofset Ltd. Şti; 2003. p. 382-403.
 30. Karasar N. Ölçme ve araçlarında aranan nitelikler. bilimsel araştırma yöntemi. 19. Baskı. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım; 2009. p. 147-53.
 31. Orak NŞ, Alpar ŞE. Hemşirelerin profesyonel değerleri ölçeği'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışması. MÜSBED 2012; 2(Suppl. 1): 22-31.
 32. Büyüköztürk Ş. Çok değişkenli istatistikler. sosyal bilimler için veri analizi el kitabı. 15. Baskı. Ankara: Pegem Akademi; 2011. p. 35-65.
 33. Şimşek ÖF. Yapısal eşitlik modellemesine giriş, temel ilkeler ve LISREL Uygulamaları. Ankara: Ekinoks Yayınları; 2007. p. 44-9.
 34. Jöreskog K. Sörbom, D. LISREL 8.51, Mooresville: Scientific Software. 2001.
 35. Kalaycı Ş. SPSS uygulamalı çok değişkenli istatistik teknikleri. Ankara: Asil. 2009. p. 30-40.
 36. Tavşancıl E. Tutumların ölçülmesi ve SPSS ile veri analizi. 5. Baskı. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık Eğitim Danışmanlık Tic. Ltd.Şti; 2006. p. 35-45.
 37. Özdamar K. Güvenirlik ve soru analizi. paket programlar ile istatistiksel veri analizi. 4. Baskı. Eskişehir: Etam AŞ; 2002. p. 511-25.
 38. Lee S, Lee JS, Song JW, Choi CM, Shim TS, Kim TB, et al. Validation of the Korean version of chronic obstructive pulmonary disease assessment test (CAT) and Dyspnea-12 questionnaire. Tuberculosis and Respiratory Diseases 2010; 69(3): 171-76.
 39. Yorke J, Swigris J, Russell AM, Moosavi SH, Kwong G.N.M, Longshaw M. et al. Dyspnea-12 is a valid and reliable measure of breathlessness in patients with interstitial lung disease. Chest 2011; 139(1): 159-64.
 40. Lee BY, Lee S, Lee JS, Song JW, Lee SD, Jang SH. et al. Validity and reliability of CAT and Dyspnea-12 in bronchiectasis and tuberculous destroyed lung. Tuberculosis and respiratory diseases 2012; 72(6): 467-74.
 41. Cole DA. Utility of confirmatory factor analysis in test validation research. Journal of consulting and clinical psychology, 1987; 55(4): 584-87.

Türkiye’de 2009-2016 Yılları Arasında İş Sağlığı Hemşireliği Alanında Yürütülen Lisansüstü Tezlerin Değerlendirmesi

Evaluation of Postgraduate Theses
In the Field of Occupational Health
Nursing in Turkey Between 2009-2016

(Araştırma)

Oya Nuran EMİROĞLU*, Nilgün KURU**, Ebru ÖZTÜRK ÇOPUR***

ÖZ

Amaç: Bu çalışmada, Türkiye’de 2009–2016 yılları arasında “iş sağlığı hemşireliği” alanında yapılmış lisansüstü tezlerin bazı özellikleri yönünden incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Yüksek Öğretim Kurumu Ulusal Tez Merkezi veri tabanında “iş sağlığı, işçi sağlığı ve hemşirelik” anahtar kelimeleri ayrı ayrı ve birlikte kullanılarak tarama yapılmıştır. Tez değerlendirme formu araştırmacılar tarafından oluşturulmuştur.

Bulgular: Tarama sonucunda 15 teze ulaşılmış olup, tezlerin %86.7’si yüksek lisans tezidir. Bu tezlerin %53.8 oranda halk sağlığı hemşireliği anabilim dalında, çoğunlukla Marmara Üniversitesinde (%23.0) ve 2009 (%30.7) yılında yapıldığı görülmüştür. Tezlerin %73.2’si tanımlayıcı çalışmadır. Tezlerde literatür doğrultusunda hazırlanan tanıtıcı bilgiler formu, ölçekler, anketler ve OMAHA Sınıflama Sistemi kullanılmıştır.

Sonuç: Tezlerin büyük çoğunluğunun yüksek lisans tezi olduğu, tanımlayıcı araştırma türünde yapıldığı, yıllara göre iş sağlığı alanında yapılan tezlerde sayısal azalma görüldüğü ve çalışmaların çoğunun yayın haline dönüştürülmediği saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Çalışan sağlığı, hemşirelik, iş sağlığı, lisansüstü hemşirelik eğitimi.

*Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye,
E-mail: oyanuan@hacettepe.edu.tr, Tel: 0312 305 15 80, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5722-5660>

**Hacettepe Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye,
E-mail: knilgun@windowslive.com, Tel: 0312 305 15 80, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5200-6821>

*** Hacettepe Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye,
E-mail: ebru.ozrtuk@hacettepe.edu.tr, Tel: 0312 305 15 80, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1843-3499>

Geliş Tarihi: 29 Ocak 2018, Kabul Tarihi: 25 Mayıs 2018

Çalışma 6-7 Mayıs 2016 tarihinde Kocaeli’de gerçekleşen 1.Uluslararası İş Güvenliği ve Çalışan Sağlığı Kongresinde sözel bildiri olarak sunulmuştur.

Atf/Citation: Emiroğlu O. N., Kuru N., Öztürk Çopur E. Türkiye’de 2009-2016 Yılları Arasında İş Sağlığı Hemşireliği Alanında Yürütülen Lisansüstü Tezlerin Değerlendirmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2018; 5(2):... <https://doi.org/>

ABSTRACT

Aim: The aim of the study was to investigate some characteristics of the postgraduate theses conducted in the field of occupational health nursing between 2009-2016 in Turkey.

Material and Methods: Search terms included “occupational health”, “employee health” and “nursing” were used separately and together on the database of the National Council of Higher Education Thesis Center. The Thesis Evaluation Form was developed by the researchers.

Results: As a result of the search, 15 theses were reached and it was found that 86.7% of them were master thesis. It was also determined that 53.8% of the thesis were conducted in the public health nursing field, mostly in Marmara University (23.0%) and in the year of 2009 (30.7%). 73.2% of the theses used descriptive research techniques. Questionnaires, scales and OMAHA Classification System were used in these theses as data collection tools.

Conclusion: It was determined that the majority of theses were master thesis and used descriptive research type. There was a decrease in the number of thesis conducted in the field of occupational health according to years and the majority of studies were not published yet.

Key Words: *Employee health, nursing, occupational health, postgraduate nursing education.*

GİRİŞ

Hemşirelik araştırmalarının genel amacı hemşirelik mesleğinin uygulama, eğitim, yönetim ve bilişimi de dahil olmak üzere hemşirelik mesleğinde önem taşıyan konuların farklı boyutlarını anlamak, meslek ile ilgili problemleri çözmek veya soruları cevaplamaktır¹. Araştırmalar hemşirelere az bilinen konuları tanımlamak, hemşirelik bakım planlarını açıklamak, olası hemşirelik çıktılarını öngörmek, istenmeyen çıktıların bulunması ve istenilen davranış değişikliklerinin gerçekleştirilmesi için olanak vermektedir. Hemşirelik araştırmaları hemşirelik hizmetlerinin güçlenmesi için önemli ve gereklidir². Hemşirelik araştırmalarının mesleki gelişme kapsamında dikkatle ele alınması ve araştırma sonuçlarının uygulamaya yansıtılmasına gereksinim duyulmaktadır³. Hemşirelik araştırmalarının uygulamaya yansıtılmasının temel koşulu ve önceliği olay ve olgulara sorgulayıcı bir yaklaşım sergileyerek, bilginin uygulama ortamları içinde ve bilimsel yöntem ışığında oluşturulmasıdır⁴. İyi gözlemlerden elde edilen araştırma problemleri ile yürütülen araştırmalar ancak uygulama alanlarında kullanılabilir⁵. Uygulama alanlarında kullanılacak araştırma sonuçlarına ulaşmak için araştırma önceliği gerektiren alanlara yönelmek gerekir. Araştırmalara ayrılan sınırlı kaynaklar da göz önüne alındığında, ülkelerde araştırma önceliklerinin bilinmesi ve oluşturulması oldukça önemlidir⁶.

1997 yılında Dünya Sağlık Örgütü hemşirelik alanında öncelikli araştırma alanları listesi yayınlamış ve bu alanlardan birisinin de iş sağlığı olduğunu vurgulamıştır⁷. Uluslararası Çalışma Örgütü ve Dünya Sağlık Örgütü Ortak Komitesi tarafından 1951 yılında yapılmış olan iş sağlığı tanımı, bütün çalışma alanlarını kapsayacak şekilde, “İş sağlığı, bütün mesleklerde çalışanların bedensel, ruhsal ve sosyal yönden iyilik hallerini sürdürme ve daha üst düzeylere çıkarma çalışmaları” olarak tanımlanmaktadır⁸. Disiplinler arası çalışma gerektiren iş sağlığı hizmetlerinde hemşire, çalışan bireyi çalışma ortamında sürekli gözlemleyecek en uygun kişi olduğu için iş sağlığı hizmetlerinde anahtar rolde görülmektedir⁹.

1989-1998 yılları arasında yapılan ve 263 hemşirelik araştırmalarının incelendiği uluslararası bir çalışmada halk sağlığı konularının %31,9 ile birinci sırada yer aldığı görülmektedir. Halk sağlığı konularının dağılımına bakıldığında epidemiyolojik çalışmalar başta gelirken, iş sağlığı hemşireliği ile ilgili çalışmalarında azımsanmayacak sayıda olduğu belirtilmektedir¹⁰. Türkiye’de ise hemşirelikte araştırma önceliklerinin belirlenmesine yönelik bilimsel araştırmalar oldukça sınırlıdır. Araştırmacıların daha önce yapılmış araştırma sonuçlarını takip ederek, dolaylı yoldan araştırma konu eğilimlerini saptamaya çalıştıkları belirtilmektedir¹¹. Bilimsel yayınların hazırlanmasında önceki çalışmalardan doğru bir biçimde yararlanılması ve kaynakların eleştirel olarak değerlendirilmesi için aktif bir süreç gereklidir¹². Ülkemizde hemşirelik araştırmalarının bilinçli olarak gelişimi hemşirelik yüksekokullarının kurulmasına dayanmaktadır¹³. Türkiye’de hemşirelik alanında iş sağlığı ile ilgili ilk tez, doktora tezi olup 1989 yılında yapılmıştır¹⁴. Yüksekokulların kurulması ile birlikte yürütülen tezler araştırmaların temelini oluşturmakta ilgili alanlarda çalışma yürütmek isteyenlere rehberlik etmektedir¹². Bu nedenle tezlerin yıllara göre ağırlık verdiği konular ve ulaştığı bulgular sonraki araştırmalar açısından önemli rol oynamaktadır. Özsoy ve arkadaşları tarafından hemşirelikte lisansüstü tezlerin değerlendirilmesi sonucu, ilk yayından 2009 yılına kadarki süreçte 15 lisansüstü teze ulaşılmıştır¹⁵. Özsoy ve arkadaşlarının yapmış olduğu değerlendirmenin devamı niteliğinde olan bu çalışmanın amacı, 2009-2016 yılları arasında hemşirelikte iş sağlığı alanında çalışılan lisansüstü tezlerin değerlendirmesidir. Geçmişten günümüze iş sağlığı alanında yürütülmüş tezlerin gözden geçirilmesi, var olan durumun ortaya konması, araştırma önceliklerinin belirlenmesi önemli olacaktır. Bu araştırmanın iş sağlığı alanında yürütülecek olan araştırmalara ışık tutacağı beklenmektedir. Ayrıca yürütülen çalışmalar iş sağlığı hemşireliği ve iş sağlığı hemşireliği yönetimi hakkında daha ileri araştırmalar için bir temel oluşturmaktadır¹⁶.

GEREÇ ve YÖNTEM

Araştırmanın Amacı ve Türü

Bu çalışma, Türkiye’de 2009–2016 yılları arasında “iş sağlığı hemşireliği” alanında yapılmış lisansüstü tezlerin bazı özellikleri yönünden incelenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırmanın Örneklemi

Çalışmanın örneklemini 15 tez oluşturmuştur. Özsoy ve arkadaşlarının 2012 yılında yayınlanan makalesinde 1990-2009 yılları arasında iş sağlığı alanındaki lisansüstü hemşirelik tezleri değerlendirilmiştir. Bu nedenle Özsoy ve arkadaşlarının değerlendirdiği lisansüstü tezler çalışma kapsamına alınmayıp, o tarihten günümüze kadar olan tezler değerlendirilmiştir. Çalışma 15.03.2016-16.04.2016 tarihleri arasında yürütülmüş, 2009- 16 Nisan 2016 tarih aralığındaki tezler incelenmiştir. Yüksek Öğretim Kurumu ulusal tez merkezi sayfasındaki (<https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/>) “Basit tarama” seçeneği seçilmiş ve anahtar kelimeler olarak “iş sağlığı, işçi sağlığı

ve hemşirelik” ayrı ayrı ve birlikte kullanılarak hemşirelik alanındaki tezler dikkate alınarak tarama yapılmıştır. Belirlenen arama kriterleri doğrultusunda erişim izni olan 13 teze ve erişim izni olmayan 2 teze ulaşılmıştır.

Verilerin Toplanması

Araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan “tez değerlendirme formu” veri toplama aracı olarak kullanılmıştır. Veriler; yüksek lisans ve doktora tezi, yayınlandığı yıl, üniversite, anabilim dalı, amacı, yöntemi (araştırma türü, evren, örneklem, veri toplama araçları) ve tezin yayına çevrilme durumu olmak üzere on farklı konu başlığı altında toplanmış ve gruplandırılmıştır.

Verilerin Değerlendirilmesi

Tezlerden elde edilen verilerin özellikleri sayı ve yüzde hesaplamaları yapılarak özetlenmiştir.

Araştırmanın Etik Yönü

Yüksek Öğretim Kurumu ulusal tez merkezi sayfasından erişim izni olan 13 tez kullanılmış, erişim izni olmayan 2 tez için de tez yazarları aranmış ve gerekli kullanım izinleri alındıktan sonra çalışmaya dahil edilmiştir.

BULGULAR

Tablo 1’de tezlerin yüksek lisans ve doktora tezi, tezin yayınlandığı yıl, yürütüldüğü üniversite ve anabilim dalına ilişkin tanıtıcı bilgileri yer almaktadır. Tabloya göre, 2009-2016 tarihleri arasında toplamda 15 tez yürütülmüş olup tezler ağırlıklı olarak (%30.7; n:4) 2009 yılında gerçekleşmiştir. Yürütülen tezlerin büyük çoğunluğu (%86.6; n:13) yüksek lisans tezi olup, (%23.0; n:4) Marmara Üniversitesi’nde yapıldığı belirlenmiştir.

Tablo 2’de yüksek lisans ve doktora tezlerinin yapıldıkları anabilim dallarına göre dağılımları incelenmiş olup, tezlerin yarısı (%53.3; n:8) Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalında yürütülmüştür.

Tablo 3’de çalışma kapsamına alınan tezler sunulmuştur.

Tablo 4’de çalışma kapsamına alınan tezler yürütülme amaçlarına göre değerlendirildiğinde, yüksek lisans tezlerinin çalışma kapsamına alınan kişilerin iş sağlığı ve güvenliği durumlarını (%38.4; n:5), çalışılan işin kişilerin psikososyal boyutuna etkisini (%30.8; n:4), çalışanların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını (%30.8; n:4) belirlemek amacıyla yürütülmüştür. Doktora çalışmalarında ise birinde hastanede çalışan hemşirelere yönelik iş sağlığı hemşireliği uygulamalarında Omaha Sınıflama Sisteminin kullanımının uygunluğunu belirlemek amaçlanırken²⁷, diğer doktora çalışmasında yeraltı maden ocaklarında çalışan işçilerin çalışma koşullarının ruh sağlığına etkilerini belirlemek amaçlanmıştır³⁴.

Tablo 5’de yüksek lisans ve doktora tezlerinin yöntem kısımlarına ilişkin bilgiler sunulmuştur. Yürütülen tezlerin çoğunda (%84.6; n:11) tanımlayıcı araştırma deseni

Tablo 1. Yüksek Lisans ve Doktora Tezlerine İlişkin Tanıtıcı Bilgiler

Tanıtıcı Özellikler	Yüksek Lisans Tezleri		Doktora Tezleri	
	n	%	n	%
Tezin Yılı				
2009	4	30.7	-	-
2010	2	15.4	1	50.0
2011	2	15.4	-	-
2012	1	7.7	-	-
2013	2	15.4	-	-
2014	1	7.7	1	50.0
2015	1	7.7	-	-
Üniversite				
Marmara Üniversitesi	3	23.0	1	50.0
Gaziantep Üniversitesi	3	23.0	-	-
Afyon Kocatepe Üniversitesi	2	15.5	-	-
Hacettepe Üniversitesi	-	-	1	50.0
Haliç Üniversitesi	1	7.7	-	-
Ankara Üniversitesi	1	7.7	-	-
Cumhuriyet Üniversitesi	1	7.7	-	-
İstanbul Üniversitesi	1	7.7	-	-
Dokuz Eylül Üniversitesi	1	7.7	-	-
Toplam	13	100.0	2	100.0

Tablo 2. Çalışma Kapsamında Değerlendirmeye Alınan Tezlerin Anabilim Dallarına Göre Dağılımı

Anabilim Dalı	Yüksek Lisans Tezleri		Doktora Tezleri	
	n	%	n	%
Halk Sağlığı Hemşireliği	7	53.8	1	50.0
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği	2	15.4	-	-
Hemşirelikte Yönetim	2	15.4	-	-
Psikiyatri Hemşireliği	-	-	1	50.0
Hemşirelik Anabilim Dalı	2	15.4	-	-
Toplam	13	100.0	2	100.0

kullanılmıştır. Yüksek lisans tezlerinin yarısından biraz fazlasının örneklemini (%53.8; n:7) işçiler oluşturmaktadır. Araştırmacılar veri toplama aracı olarak (%61.6; n:8) ölçek ve anket formundan yararlanmış olup, ölçekler İş Güvenliği Ölçeği, SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği, Durumluluk-Süreklilik Kaygı Ölçeği, Algılanan Stres Düzeyi Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II ve Görsel Kıyaslama Ölçeği'dir. Anket olarak da çalışma kapsamına alınan bireylerin tanımlayıcı özelliklerini belirleyen formlar kullanılmıştır.

Tablo 6'de yüksek lisans ve doktora tezlerinin yayına çevrilme durumları incelenmiş olup, 13 tane yüksek lisans tezinden sadece biri uluslararası hakemli dergide yayınlanırken¹⁷,

Tablo 3. Çalışma Kapsamında Değerlendirmeye Alınan Tezler

Tez	Araştırmacı	Tezin Adı
Doktora	Tokur Kesgin, M	Hastanede Çalışan Hemşirelere Yönelik İş Sağlığı Hemşireliği Uygulamalarında OMAHA Sınıflama Sisteminin Kullanılması (27)
YL	Yavuz, E.	Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin İş Sağlığı ve İş Güvenliği Durumlarının İncelenmesi (28)
YL	Uçak, A.	Sağlık Personelinin Maruz Kaldığı İş Kazaları ve Geri Bildirimlerinin Değerlendirilmesi (29)
YL	Sezgin, Ö.	İşçilerin Sigarayı Bırakmasında İş Sağlığı Hemşiresinin Rolü (30)
YL	Öztürk, A.	Bir Kamu Kurumunda Çalışan İşçilerin İş Stres Düzeylerinin Değerlendirilmesi (31)
YL	Yaman, H.	Gaziantep'teki Meksa-Gesop Çıraklık Eğitim Merkezindeki Kursiyerlerin İş Sağlığı ve İş Güvenliğine Bakışının Değerlendirilmesi (32)
YL	Çetin, L.	Sınıf Öğretmenlerinde Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Bazı Faktörler (33)
Doktora	Kuzu, A.	Yeraltı Maden Ocaklarında Çalışan İşçileri Çalışma Koşullarının Ruh Sağlığına Etkisinin Belirlenmesi (34)
YL	Usca, Y.	Hastanede Çalışan Temizlik İşçileriyle Bir Fabrikada Çalışan İşçilerde Stres ve Kaygı Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler (35)
YL	Bağcı, S.	Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Anksiyete Düzeylerinin ve Belirleyici Faktörlerin Araştırılması (36)
YL	Karayemişoğlu, K.A.	Çalışan Güvenliği Açısından Hemşirelerin Çalışma Koşullarının Değerlendirilmesi (37)
YL	Gönül, G.	Bir İlaç Firmasında Çalışanların Koroner Kalp Hastalığı Risk Faktörleri ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları (38)
YL	Yeşiltepe, A.	Temizlik İşçilerinin Bel Ağrıları ve Etkili Olan Faktörlerin Belirlenmesi (39)
YL	Yeşil, H.	Metal Sektöründe Faaliyet Gösteren Bir İşyerinde Bel Ağrısı Prevalansını Etkileyen Fiziksel, Psikososyal ve Ergonomik Faktörler (40)
YL	Arkan, G.	Sanayi Sitesinde Çalışan Çocuk İşçilerin Çalışma Koşulları ve İstismara Bakışı (41)

2 tane doktora tezinin biri uluslararası hakemli bir dergide yayınlanmıştır¹⁸. Yürütülen tezlerin büyük çoğunluğu (%86.7; n:13) yayınlanmamıştır.

TARTIŞMA

Çalışma kapsamına toplam 15 tez alınmıştır. Bu tezlerin yıllara göre dağılımına bakıldığında yüksek lisans tezlerinin en fazla 2009 yılında olduğu görülmektedir. Halk sağlığı hemşireliği yüksek lisans ve iş sağlığı hemşireliği yüksek lisans programlarının artışına paralel olarak bu alanda yapılan tezlerin de sayısal olarak artması beklenmektedir. Fakat iş sağlığı hemşireliği alanındaki tezlerin yıllara göre sayısal olarak dağılımına bakıldığında giderek azalan bir eğilim olduğu görülmektedir. Bu durum iş sağlığı hemşireliği alanında tez yapabilmek için gerekli olan kurum izinlerinin alınmasının

Tablo 4. Çalışma Kapsamında Değerlendirmeye Alınan Tezlerin Yürütülme Amaçlarına Göre Dağılımı

Yürütülme Amaçları	Yüksek Lisans		Doktora	
	n	%	n	%
Çalışma kapsamına alınan kişilerin iş sağlığı ve güvenliği durumlarını belirlemek	5	38.4	-	-
Çalışılan işin kişilerin psikososyal boyutuna etkisini belirlemek	4	30.8	1	50.0
Çalışanların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını belirlemek	4	30.8	-	-
Omaha Sınıflama Sisteminin kullanımını belirlemek	-	-	1	50.0
Toplam	13	100	2	100

Tablo 5. Yüksek Lisans ve Doktora Tezlerinin Yöntem Kısımlarına Yönelik Bilgiler

Tanıtıcı Özellikler	Yüksek Lisans Tezleri		Doktora tezleri	
	n	%	n	%
Araştırma Türü				
Tanımlayıcı	11	84.6	-	-
Kesitsel	1	7.7	-	-
Karma	-	-	1	50.0
Yarı-deneysel	-	-	1	50.0
Randomize Kontrollü Deneysel	1	7.7	-	-
Örneklem				
Sağlık Çalışanları	4	31.0	1	50.0
İşçiler	7	53.8	1	50.0
Öğretmenler	1	7.6	-	-
Halk Eğitim Öğrencileri	1	7.6	-	-
Veri toplama aracı				
Sadece Anket Formu	5	38.4	-	-
Anket Formu ve Ölçek	8	61.6	1	50.0
Anket Formu ve OMAHA Sınıflama Sistemi	-	-	1	50.0
Toplam	13	100.0	2	100.0

zorluğu ile açıklanabilir. İş sağlığı hemşireliği ile ilgili ilk doktora tezi 1990 yılında yapılmıştır. Bu çalışma kapsamına alınan 2009-2016 yılları arasında toplam 2 doktora tezi yapılmış ve bunun ilki 2010 yılında ikincisi ise 2014 yılında tamamlanmıştır. Doktora tezlerinin az olması iş sağlığı hemşireliği ile ilgili ileri çalışmaların ve alanda kanıta dayalı uygulamaların yetersiz olduğunu düşündürmektedir. Ayrıca Kadioğlu ve arkadaşlarının (2013) Türkiye'deki halk sağlığı hemşireliği eğitimini değerlendirdikleri çalışmada belirttikleri gibi danışman sayısının azlığı da alanda yapılan tez çalışmalarının az olması ile ilişkilendirilebilir¹⁹. Ardahan ve Özsoy'un Türkiye'de hemşirelik araştırma

Tablo 6. Yüksek Lisans ve Doktora Tezlerinin Yayına Çevrilme Durumu

Tanıtıcı Özellikler	Yüksek Lisans Tezleri		Doktora Tezleri	
	n	%	n	%
Tezin Yayına Çevrilme Durumu				
Evet	1	7.7	1	50.0
Hayır	12	92.3	1	50.0
Toplam	13	100.0	2	100.0
Yayınlanmış Tezler				
Ulusal Hakemli Dergi	-	-	-	-
Uluslararası Hakemli Dergi	1	50.0	1	50.0
Toplam	1	50.0	1	50.0

eğilimleri üzerine yaptıkları çalışma da 1984-2007 yılları arasında yapılan yüksek lisans ve doktora tezlerini incelenmiş ve tezlerin %82.9'unun yüksek lisans tezi olduğu bulunmuştur²⁰. Yürütülen çalışmaların daha çok yüksek lisans düzeyinde ve sorun belirlemeye yönelik durum analizi şeklinde olduğu görülmektedir. Yüksek lisans tezlerinin daha çok olması yüksek lisans programlarının doktora programlarından daha önce açılmasıyla ve dolayısıyla yüksek lisans programındaki öğrencilerinin daha fazla olması ile açıklanabilir. Bu durum birçok ülke içinde benzer durumdadır. Örneğin; İngiltere ve Avustralya'da da son 10 yılda doktora eğitiminin hızlı bir ivme kazanmış olduğu²¹ ve 2011'de Amerika Birleşik Devletleri'ndeki hemşirelerin sadece %1'inin doktora derecesine sahip olduğu bilinmektedir²². Türkiye'de yapılan tez çalışmalarının azlığının tersine Amerika Birleşik Devletleri'ndeki 1989-98 yılları arasında yapılan 263 hemşirelik araştırmasının incelendiği bir çalışmada halk sağlığı konularının %31,9 ile birinci sırada yer aldığı görülmektedir. Halk sağlığı konularının dağılımına bakıldığında epidemiyolojik çalışmalar başta gelirken iş sağlığı hemşireliği konusu ile ilgili çalışmalarında azımsanmayacak sayıda olduğu belirtilmektedir¹⁰.

Tezler yapılmış oldukları üniversitelere göre incelendiğinde en çok Marmara Üniversitesi'nde yapıldığı görülmektedir. Yapılan bir başka çalışmada yüksek lisans tezlerinin %37.4'ü Marmara Bölgesi, %24.5'i İç Anadolu Bölgesi, %25.1'i Ege Bölgesinde bulunan üniversitelerde yapıldığı görülmüştür²⁰.

Tezlerin yapılmış olduğu anabilim dalına göre dağılımı incelendiğinde yüksek lisans tezlerinin en fazla (%53.8) halk sağlığı hemşireliği anabilim dalında gerçekleştiği, yapılmış olan 2 tane doktora tezinden bir tanesinin de yine halk sağlığı hemşireliği anabilim dalında yapıldığı belirtilmiştir (Tablo 2). İş sağlığı hemşireliği konularının halk sağlığı hemşireliği konu alanlarından biri olması ve iş sağlığı hemşireliği anabilim dalı olarak herhangi bir programın var olmaması bu durum için etken olabilir. Ülkemizde hemşirelikte lisansüstü eğitim ilk olarak Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü bünyesinde Hemşirelik Anabilim Dalı altında 1968 yılında yüksek lisans ve 1972 yılında doktora programları olarak başlamasına rağmen, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı yüksek lisans ve doktora programı 1998 yılında başlamıştır. Ayrıca hemşirelikte yüksek lisans ve doktora eğitiminin başlangıçta hemşirelik programı

olarak yürütülmesi sonucu olarak yapılan tezlerin %15.4'ünün hemşirelik anabilim dalı altında yapılmış olduğu görülmektedir²³. Bir başka çalışmada benzer şekilde yapılan tezlerin %69.2'sinin hemşirelik anabilim dalında yapıldığı görülmektedir²⁰. Lisansüstü eğitim programlarının açılabilmesi için yükseköğretim kurumunun belirlemiş olduğu bazı koşullar bulunmaktadır. Doktora programı açılması için en az ikisi profesör kadrosunda olmak üzere altı öğretim üyesi, birisinin profesör olması halinde ise en az ikisi doçent olmak üzere üniversite kadrosunda asgari toplam altı öğretim üyesi olması gerekmektedir. Yüksek lisans programının açılması için ise en az ikisi profesör ve/veya doçent unvanına sahip olmak üzere üniversite kadrosunda asgari üç öğretim üyesi gerekmektedir. Bunun yanı sıra doktora programında yer alacak öğretim üyelerinin en az dört yarıyıl bir lisans ya da iki yarıyıl tezli yüksek lisans programında ders vermiş olması, yüksek lisans programı için ise en az iki yarıyıl bir lisans programında ders vermiş olması ayrıca bir öğretim üyesinin doktora programında tez yönetebilmesi için en az bir yüksek lisans tezi yönetmiş olması gerektiği şartları konulmuştur²⁴. Hemşirelik yüksekokulları/ bölümleri/ fakültelerinde görev yapan öğretim üye sayısının yetersiz olması ve diğer koşullar sebebiyle hemşirelik de lisansüstü eğitiminin anabilim dallarında yürütülmesi güçleşmiştir. Lisansüstü eğitiminin gerekliliği ve devamının sağlanması nedeniyle de farklı çalışma alanları olan öğretim üyeleri bir araya gelerek hemşirelik anabilim dalı adı altında lisansüstü programları yürütmektedirler.

Çalışma kapsamına alınan tezlerin adları incelendiğinde başlıkta olması gereken çalışma grubunu ve çalışmanın içeriğini yansıttığı görülmektedir. Ayrıca başlıklarda kullanılan fiillere bakarak (değerlendirmek, belirlemek, incelemek) çalışmaların türüne yönelik kanıya varılabilmektedir. Benzer şekilde yapılan bir başka çalışmada da tezlerin başlığının çoğunun içeriği yansıttığı bulunmuştur²⁵. Başka bir çalışmada da başlıkta en çok incelemek, değerlendirmek ve belirlemek fiillerinin kullanıldığı görülmektedir²⁰. Konularına bakıldığında ise yüksek lisans tezlerinin durum analizi yapmak, bilgi düzeyini belirlemek ve iş sağlığı hemşiresinin rollerini belirlemeye yönelik olduğu, doktora tezlerinin de daha çok etki belirlemeye yönelik çalışmalar olduğu görülmektedir. Benzer şekilde yapılan bir başka çalışmada yüksek lisans tezlerindeki konu eğilimleri incelendiğinde; tezlerin çoğunlukla bilgi düzeyini belirleme çalışmaları, ölçek kullanılarak yapılan çalışmalar, temel hemşirelik girişimleri, kalite çalışmaları, hemşirenin rolleri ile ilgili olduğu belirlenmiştir. Doktora tezlerindeki konu eğilimleri incelendiğinde ise, doktora tezlerinin ölçek kullanılarak yapılan çalışmalar, kalite çalışmaları, bilgi düzeyini belirleme çalışmaları, temel hemşirelik girişimleri, hemşirelikte araştırmalar ile ilgili olduğu saptanmıştır²⁰.

Çalışmada tezlerin türüne göre dağılımlarına bakıldığında, yüksek lisans tezlerinin büyük çoğunluğunun (%84.6; n:11) tanımlayıcı araştırma tipinde olduğu görülmektedir. Kesitsel ve yarı-deneysel tezlerin %7.7 oranla çok daha az olduğu görülmektedir. Doktora tezlerinde ise tanımlayıcı çalışmalardan uzaklaşıldığı ve deneysel çalışmalara yönelme olduğu görülmektedir. Yine benzer şekilde Ardahan ve Özsoy'un yaptığı çalışmada da tezlerin %47.6'sının tanımlayıcı olduğu belirtilmektedir²⁰. Ayrıca tezlerin hiçbirinde nitel araştırmalara yer verilmediği görülmektedir. Bu durum ülkemizde yüksek lisans tezlerinde genelde tanımlayıcı çalışmaların yürütülmesi ve sorun belirlemeye yönelik olması ve doktora tezlerinde ise alana yenilik getirecek, kanıta dayalı uygulamalara yönelik çalışmalara öncelik verilmesi ve nitel araştırmaların çok yapılmaması ile açıklanabilir.

Çalışmada tezlerin örneklem grubuna bakıldığında, çalışma grubunu en fazla işçilerin oluşturduğu ve onu sağlık çalışanlarının takip ettiği görülmektedir. Doktora tezlerinin bir tanesinde hemşireler örneklem grubunu oluştururken, diğerinde ise işçiler çalışma örneklemini oluşturmaktadır.

Tezlerde veri toplama aracı olarak çoğunlukla anket formu ve ölçeklerin kullanıldığı ve bir doktora tezinde sınıflama sisteminin kullanıldığı görülmektedir. Tezlerde yeni bir ölçek geliştirmektense daha önce geliştirilmiş ölçekleri kullanma eğilimi olduğu görülmektedir. Ölçeklerin standardizasyonu ve tarafsız ölçmeyi sağladığı için çoğunlukla ölçek kullanımının tercih edildiği düşünülebilir²⁶. Bir başka çalışma sonucunda da ölçeklerin daha çok doktora tezlerinde kullanıldığı, yüksek lisans tezlerinin de büyük çoğunluğunda (%87.7) ölçek kullanıldığını görülmektedir²⁰.

Tezlerin yayına çevrilme durumu çalışmanın yürütüldüğü tarihler arasında Türk tıp dizini, google akademik, pubmed ve google scholar veri tabanları taranarak belirlenmiştir. Toplam 13 yüksek lisans tezinden sadece birinin uluslararası hakemli dergide yayınlandığı¹⁷, 2 doktora tezinin de birinin uluslararası hakemli dergide¹⁸ yayınlandığı görülmektedir. Wilkes ve arkadaşlarının (2015) Avustralya'da 2001-2012 yılları arasında doktora mezunu 27 kişi ile yaptıkları çalışmada 6 kişinin yayını olmamasına rağmen 21 kişinin toplamda doktora tezlerine ait 88 yayını olduğu görülmektedir²¹.

Bu durum tez süreci tamamlandıktan sonra araştırmacıların danışmanları ile olan iletişiminin devam ettirmede güçlük yaşaması, dergilerin yayımlama süreci ile ilgili bilgilere sahip olmaması, hakemlerden ve editörden gelen düzeltmelerin zamanında ve hızlı yapmaması yayın sürecinin uzamasına neden olmaktadır. Ayrıca editör ve hakem kaynaklı sorunlar da yayın sürecini etkileyebilmektedir. Hakemlerin değerlendirmelerini hızlı ya da yavaş yapmaları, editör ekibinin niceliksel ve niteliksel özellikleri de yayınlanma sürecinde etkili olabilmektedir. Bunun yanı sıra dergilerin yayın periyodu ve yayın kabul etme durumu da makalelerin yayınlanma sürecine etki edebilmektedir⁴².

SONUÇ ve ÖNERİLER

Çalışma kapsamına alınan tezlerin daha çok yüksek lisans programında yürütüldüğü, tanımlayıcı düzeyde olduğu, tezlerde ölçeklerin sıklıkla kullanıldığı ve tezlerin büyük oranda yayınlanmadığı görülmektedir. Oysa yapılan tezlerin ve araştırmaların bilim dünyasına katkısı sonuçlarının paylaşılmasına bağlıdır. Bu nedenle yayınlanmamış tezlerin yayınlanmama nedenlerinin araştırılması, tezlerin tamamının yayına çevrilmesi ve alandaki diğer profesyonellerin ulaşımına imkân vermesi gerekmektedir. Ayrıca ülkemizde de diğer ülkelere paralel şekilde doktora çalışmalarının az olduğu görülmele birlikte ivedi bir şekilde doktora tez çalışmalarına önem verilmesi ve dikkat çekilmesi önerilmektedir. Tez çalışmalarının araştırma önceliklerinden bağımsız olarak yapıldığı görülürken öncelikle ülkemiz için araştırma önceliklerinin belirlenmesi önerilmektedir. Ayrıca; hemşirelerin mesleki gelişmelere yön verebilmesi, değişimlere ayak uydurabilmesi için çalışmaların uygulamaya yansiyacak şekilde planlanması ve daha çok yeni bir bilgi ve/veya uygulama ortaya çıkaracak şekilde yapılması önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Polit DF, Beck CT. Nursingresearch: Generating and assessing evidence for nursing practice. China: Lippincott Williams Wilkins, 2008. p. 2-47.
2. Polit DF, Beck CT. Nursing research: Principles and methods: United States of America: Lippincott Williams Wilkins, 2004. p. 3-42.
3. Emiroğlu ON, Aksayan S. Gelişmekte olan ülkelerde araştırma güçlükleri ve çözüm önerileri. Hemşirelikte Araştırma Dergisi 1999, 1(1):36-40.
4. Karagözoğlu Ş. Bilim, bilimsel araştırma süreci ve hemşirelik. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2006, 13(2):64-71.
5. Salazar MK. Applying research to practice. Practical guidelines for occupational health nurses. AAOHN Journal 2002, 50(11):520-527.
6. Siriruttanapruk S, Anantagunlath P. Occupational health and safety situation and research priority in Thailand. Industrial health 2004; 42(2):135-140.
7. Hirschfeld MJ. WHO Priorities for a common nursing research agenda. Int Nurs Rev, 1998; 45(1):13-4.
8. ILO/WHO. Committee on Occupational Health, International Labour Organization and World Health Organization 1951. "Thirteenth Session of the Joint ILO/WHO Committee on Occupational Health" http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms_110478.pdf
9. Emiroğlu ON. İş sağlığı hemşireliği ve sorunları. Toplum ve Hekim 2000, 15(39): 178-181.
10. Orrego S, Castrillon C, Najera RM. Research projects presented at the Pan American Colloquium on Nursing: 1989-1998. Invest Enfermagem (Portugal) February 2000, 5: 62-71.
11. Özsoy AS. Hemşirelikte araştırma öncelikleri. Hemşirelikte Araştırma Dergisi 2009, 11(1):52-59.
12. Emiroğlu ON. Bilim etiği ve sorumluluklar. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 2005, 7(1):5-25.
13. Velioglu P, Oktay S. Türkiye'de hemşirelik araştırmalarına tarihsel açıdan kısa bir bakış. Hemşirelik Araştırma Dergisi 1999, 1(1):5-12.
14. Karadakovan A, Fadiloğlu Ç. Gürültülü Ortamda Çalışmanın Kan Basıncı ve Nabız Hızı Üzerindeki Etkisi ve Bu Konuda Yapılan Hizmet İçi Eğitimin, İşçilerin Koruyucu Önlem Almaya İlişkin Bilgi ve Davranışlarına Etkisinin İncelenmesi. Doktora Tezi, Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İzmir, 1989.
15. Özsoy S, Yıldırım JG, Kalkım A, Muslu L, Yıldırım N. Türkiye'de hemşirelikte iş sağlığı lisansüstü tezlerinin eleştirel değerlendirmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2012; 28(3):65-84.
16. Mellor G, McVeigh C. Occupational health nursing practice in Australia: What occupational health nurses say they do and what they actually do. Collegian, 2006; 13(3):18-24.
17. Arkan G, Sohbet R. Workplace Health Saf. 2014 Nov;62(11):453-9. doi: 10.3928/21650799-20140902-05. Epub 2014 Sep.
18. Kesgin M T, Kublay G. Using the Omaha System in occupational health nursing applications: Advantages of a common language in the diagnosis, intervention and evaluation of nurses' health problems. Procedia-Social and Behavioral Sciences, 2014: 152, 488-494.
19. Kadioğlu H, Albayrak S, Esin MN. Public health nursing education in Turkey: A national survey. International Nursing Review, 2013; 60 (4):536-542.
20. Ardahan M, Özsoy S. Türkiye'de hemşirelik araştırmalarındaki eğilimler: yüksek lisans ve doktora tezleri üzerine bir çalışma. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2015; 4(4):516-534.

21. Wilkes L, Cummings J, Ratanapongleka M, Carter B. Doctoral theses in nursing and midwifery: challenging their contribution to nursing scholarship and the profession. Australian Journal of Advanced Nursing, 2015; 32(4):6-14.
22. Nickitas DM, Feeg V. Doubling the number of nurses with a doctorate by 2020: predicting the right number or getting it right? Nursing Economics, 2011; 29(3): 109-111.
23. Kocaman G. Türkiye’de hemşirelik eğitim sorunları. Hemşirelikte Araştırma Dergisi Özel Baskı, 2004; 119-150.
24. Yüksek Öğretim Kurumu (YÖK). Lisansüstü Eğitim-Öğretim Programı Açılması ve Yürütülmesine Dair İlkeler. URL: http://www.yok.gov.tr/web/guest/icerik/-/journal_content/56_INSTANCE_rEHF8BIsfYRx/10279/13282424. 22.03.2018.
25. Kapborg I, BerteröC Critiquing Bachelor candidates’ theses: are the criteria useful?. International Nursing Review, 2002; 49(2):122-128.
26. Karasar N. Bilimsel araştırma yöntemi. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım, 2010. s. 136-156.
27. Tokur Kesgin M, Kublay G. Hastanede çalışan hemşirelere yönelik iş sağlığı hemşireliği uygulamalarında omaha sınıflama sisteminin kullanılması [tez]. Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2010.
28. Yavuz E, Bahçecik N. Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin iş sağlığı ve iş güvenliği durumlarının incelenmesi [tez]. İstanbul: Haliç Üniversitesi, 2009.
29. Uçak A, Karabekir HS. Sağlık personelinin maruz kaldığı iş kazaları ve geri bildirimlerinin değerlendirilmesi [tez]. Afyon: Afyon Kocatepe Üniversitesi, 2009.
30. Sezgin Ö, Ergün A. İşçilerin sigarayı bırakmasında iş sağlığı hemşiresinin rolü [tez]. İstanbul: Marmara Üniversitesi, 2009.
31. Öztürk A, Tezel A. Bir kamu kurumunda çalışan işçilerin iş stres düzeylerinin değerlendirilmesi [tez]. Ankara: Ankara Üniversitesi, 2015.
32. Yaman H, Sohbet R. Gaziantep’teki MEKSA-GESOP çıraklık eğitim merkezindeki kursiyerlerin iş sağlığı ve iş güvenliğine bakışının değerlendirilmesi [tez]. Gaziantep: Gaziantep Üniversitesi, 2011.
33. Çetin L, Güler N. Sınıf öğretmenlerinde yaşam kalitesi ve etkileyen bazı faktörler [tez]. Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi, 2010.
34. Kuzu A, Barlas Ünsal G, Gonce Onan N. Yeraltı maden ocaklarında çalışan işçileri çalışma koşullarının ruh sağlığına etkisinin belirlenmesi [tez]. İstanbul: Marmara Üniversitesi, 2014.
35. Usca Y, Sohbet R. Hastanede çalışan temizlik işçileriyle bir fabrikada çalışan işçilerde stres ve kaygı düzeyleri ve etkileyen faktörler [tez]. Gaziantep: Gaziantep Üniversitesi, 2013.
36. Bağcı S, Karalar M. Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin anksiyete düzeylerinin ve belirleyici faktörlerin araştırılması [tez]. Afyon: Kocatepe Üniversitesi, 2012.
37. Karayemişoğlu Kazanç A, Baykal Ü. Çalışan güvenliği açısından hemşirelerin çalışma koşullarının değerlendirilmesi [tez]. İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2010.
38. Gönül G, Ergün A. Bir ilaç firmasında çalışanların koroner kalp hastalığı risk faktörleri ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları [tez]. İstanbul: Marmara Üniversitesi, 2009.
39. Yeşiltepe A, Beşer A. Temizlik işçilerinin bel ağrıları ve etkili olan faktörlerin belirlenmesi [tez]. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi, 2014.
40. Yeşil H, Ergün A. Metal sektöründe faaliyet gösteren bir işyerinde bel ağrısı prevalansını etkileyen fiziksel, psikososyal ve ergonomik faktörler [tez]. İstanbul: Marmara Üniversitesi, 2013.
41. Arkan G, Sohbet R. Sanayi sitesinde çalışan çocuk işçilerin çalışma koşulları ve istismara bakışı [tez]. Gaziantep: Gaziantep Üniversitesi, 2011.
42. Al U, Şencan İ. Bilimsel iletişimin dikenli yolları: makalelerin yayın süreci üzerine bir değerlendirme. Türk Kütüphaneciliği, 2016; 30(3): 449-470.

Acil Servise Başvuran Bireylerde Düşme Riski ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi

Risk of Falling and its Affecting Factors Among Emergency Room Patients

(Araştırma)

Öznur ERDEM*, Selma ATAY**

ÖZ

Amaç: Bu araştırma, acil servise başvuran bireylerde düşme riski ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma tanımlayıcı nitelikte tasarlanmış olup bir acil servise başvuran 1000 birey ile yürütülmüştür. Verilerin toplanmasında, bireylerin sosyo-demografik özelliklerine yönelik bilgi formu ve acil servis hastalarında kullanılan "KINDER 1" düşme değerlendirme aracı kullanılmıştır. Veriler sayı, yüzde ki-kare analizi ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: Araştırmaya katılan bireylerin %24.5'inin 65 yaş üstünde olduğu, %49.1'inin erkek, %55.9'unun kronik hastalığa sahip olduğu bulunmuştur. Bireylerin %65.3'ünün yüksek düşme riski taşıdığı saptanmıştır. Düşme riski ile yaş, cinsiyet, kronik hastalığa sahip olma, görme işitme problemi, düşme öyküsü, sürekli ilaç kullanımı, bilinç durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur.

Sonuç: Acil servise başvuran bireylerin düşme risklerinin yüksek olduğu bulunmuştur. Elde edilen sonuçlar doğrultusunda; acil serviste bulunan bireylerin düşme risk değerlendirmesinin acil servise spesifik değerlendirme araçları ile yapılması önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Acil servis, düşme riski, güvenlik

ABSTRACT

Aim: This study was conducted to determine the risk of falling and its affecting factors among emergency room (ER) patients.

Material and Methods: This descriptive study was conducted with 1000 patients who presented at ER. The data was collected by using a questionnaire and the KINDER 1 Fall Assessment Tool designed for ER patients. The data were analyzed by using number, percentage and chi-square test.

*Çanakkale On Sekiz Mart Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik, Çanakkale, Türkiye,

E-mail: erdemoznur@hotmail.com, Tel: 0535 490 38 82, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5858-9933>

**Çanakkale On Sekiz Mart Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü, Çanakkale, Türkiye,

E-mail: selmaatay@gmail.com Tel: 0535 240 51 94, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2068-1099>

Geliş Tarihi: 29 Ocak 2018, Kabul Tarihi: 2 Haziran 2018

25-28 Nisan 2018 tarihinde Belek-Antalya'da yapılan 12. Uluslararası Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Hasta Güvenliği Kongresi, 2018'de sözel bildiri olarak sunulmuştur.

Atf/Citiation: Erdem Ö., Atay S. Acil Servise Başvuran Bireylerde Düşme Riski ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2018; 5(2):... <https://doi.org/>

Results: It was found that 24.5% of the participants were over 65 years old, 49.1% were male and 55.9% had chronic disease. 65.3% of the participants were found to have a high risk of falling. A statistically significant difference between the risk of falling and age, gender, having chronic illness, visual/hearing problem, history of falling, continuous drug use, state of consciousness was found.

Conclusion: It was found that patients who presented at ER had a high risk of falling. According to the study results, it could be advised to assess the falling risk of ER patients with assessment tools specific to ER.

Key Words: *Emergency room, risk of falling, safety*

GİRİŞ

Hasta düşmeleri, hasta mortalite ve morbidite oranında artışın yanı sıra maliyette artışa da sebep olduğu için önemli bir konudur¹⁻³. Düşmelere bağlı gelişen ciddi yaralanmaların büyük kısmını kalça ve pelvis kırıklarının oluşturduğu, daha sonrasında ise üst ve alt ekstremitelerde kırık ve çıkıkları ile kafa ve omurga yaralanmalarının geldiği belirtilmektedir^{1,4-6}. Sağlık Kuruluşları Akreditasyonu Ortak Komisyonu (JCI), raporunda; ABD’de hastanelerde her yıl yüz binlerce hastanın düştüğünü, bunlarında % 30-50 oranında yaralanma ile sonuçlandığını, yaralanan bireylere ilave tedavilerin gerektiğini, bununda hastanede kalış süresini uzattığını, bir düşme sonrası yaralanma maliyetinin de kişi başı yaklaşık 14.000 dolar olduğunu belirtilmiştir⁷. Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise, hastanelerde gerçekleşen ciddi düşmelerin neden olduğu maliyet artışının 8726,94 TL olduğu, ayrıca düşmelerin hastane yatış süresini 14,61 gün artırdığı belirtilmektedir². Dünyada ve ülkemizde kliniklerde hasta düşmelerinin değerlendirildiği çalışmalar mevcuttur⁸⁻¹⁵. Ancak acil serviste bulunan bireylerde düşme değerlendirilmesine ilişkin sınırlı sayıda çalışmaya ulaşılmıştır¹⁶⁻¹⁸. Bir acil serviste iki yıllık dönemde meydana gelen 57 düşme vakasının retrospektif incelendiği çalışmada, acil servislere düşme değerlendirmesinde yatan hastalarda kullanılan değerlendirme aracının duyarlılığını %37.5 bulmuşlar ve çalışmanın sonucunda acil servisteki bireylerin düşme risklerinin değerlendirilmesinde kliniklerde kullanılan değerlendirme araçlarının uygun olmadığını belirtmişlerdir⁹. Düşmeye bağlı yaralanmaların bireylere ve kurumlara yükünü azaltmak için acil servise gelen bireylerin düşme değerlendirmesi yapılmasının büyük önem taşıdığı belirtilmektedir³. Acil servislere 7 gün, 24 saat kesintisiz sağlık hizmeti sunulmaktadır. Acil servisle belirsiz ve beklenmeyen hızlı olayların olduğu kalabalık, hasta düşmeleri için büyük potansiyel taşıyan ortamlardır¹⁶⁻¹⁷. Tanrikulu ve Sarı (2017) çalışmalarında, acil servise başvuran hastaların %30,3’ünün düşme riskinin yüksek olduğunu saptamışlardır. Özellikle hastaların bireysel özellikleri, kronik hastalık durumu, acil serviste bulunduğu birim, acil servise başvuru nedeninin düşme riskini etkilediğini belirtmişlerdir¹⁸.

Düşmeye bağlı yaralanmaların bireylere ve kurumlara yükünü azaltmak için acil servise gelen bireylerin düşme değerlendirmesi yapılması büyük önem taşımaktadır³. Bu araştırma, acil servise başvuran bireylerin düşme riskinin değerlendirilmesinde acil servise spesifik düşme değerlendirme aracı kullanılarak yapılmıştır.

GEREÇ ve YÖNTEM

Araştırmanın Türü

Bu araştırma, acil servise başvuran bireylerin düşme riskinin değerlendirilmesi ve etkileyen faktörlerin incelenmesi amacıyla planlanmış tanımlayıcı bir çalışmadır.

Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini; bir devlet hastanesinin acil servisine başvuran, araştırmaya katılmayı kabul eden, 18 yaş ve üzeri hastalar oluşturmuştur. Araştırmanın örneklem hesaplanmasında güç analizi kullanılmıştır. Güç analizi ile belirlenen, 1000 birey örnekleme dahil edilmiştir.

Veri Toplama Araçları

Veri toplama aracı olarak araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda oluşturulan hasta bilgi formu ve acil servise spesifik düşme risk tanılama aracı olan KINDER 1 düşme risk değerlendirme aracı kullanılmıştır. Hasta bilgi formu iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm; hastanın yaş, cinsiyet, eğitim ve medeni durumu gibi demografik özelliklerini, ikinci bölüm ise; hastada düşmeye sebep olabilecek kronik hastalık durumu, görme/işitme problemi, acile geliş sebebi, sürekli kullandığı ilaçlar, bilinç durumu, düşme öyküsü ve acil serviste bulunduğu birimi içeren sorulardan oluşmuştur.

KINDER 1 Düşme Risk Değerlendirme Aracı

2010 yılında Alexander ve arkadaşları tarafından geliştirilen KINDER 1 düşme risk değerlendirme aracı, acil servise özgü olup, hastaların düşme riskini belirlemektedir. Bu araç; hareket yeterliliği, mental durumda değişiklik, 70 yaş üzeri olma ve acil servise düşme nedeni ile başvurma durumlarının sorgulandığı 4 maddeden ve değerlendirmeyi yapan hemşirenin hastaya ilişkin gözlemlerini ifade ettiği kısımdan oluşmaktadır. Değerlendirme aracında sorulara cevaplar hemşire tarafından hasta değerlendirildikten sonra evet/hayır şeklinde verilmektedir. Araçtaki sorulardan birinin “evet” olarak değerlendirilmesi hastanın “yüksek düşme riski” taşıdığını göstermektedir. Aracın Türkçeye uyarlanması Erdem (2018) tarafından yapılmıştır¹⁹. Kapsam geçerliği için maddelerin uygunluğu konusunda uzman görüşleri arasındaki uyumun değerlendirilmesi amacıyla Kendall’s W iyi uyum analizi yapıldığı, uzman görüşleri arasında anlamlı bir fark olmadığı belirtilmiştir (Kendall’s W= .243, p= .121). Araçta veriler kategorik olduğu için bağımsız gözlemciler arasında uyuma bakmak için kappa testi kullanıldığı, iki gözlemcinin sonuçları arasında mükemmel tutarlılığın olduğu vurgulanmıştır (K= 1.00, p< .001)¹⁹.

Verilerin Toplanması

Araştırmanın uygulaması için, ilgili kurumdan yazılı izin ve çalışmaya katılan hastalardan aydınlatılmış onam alındıktan sonra veriler Aralık 2016 – Mayıs 2017

tarihleri arasında toplanmıştır. Veriler, araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Bir birey ile görüşme ortalama 10-15 dakika sürmüştür.

Araştırmanın Sınırlılıkları

KINDER 1 Düşme değerlendirme aracının seçicilik ve duyarlılığına bakılmamış olması araştırmanın bir sınırlılığıdır.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılması için araştırmanın yapıldığı kurumun etik kurulundan (Karar No: 2016-21) resmi izin ve araştırmaya katılmayı kabul eden bireylerden yazılı izin alınmıştır.

Verilerin Analizi

Araştırmadan elde edilen verilerin değerlendirilmesi bilgisayar ortamında Statistical Package For Social Sciences (SPSS) for Windows 20.00 paket programı kullanılarak yapılmıştır (SPSS 2011).Veriler sayı, yüzde ki-kare analizi ile değerlendirilmiştir.

BULGULAR

Çalışmaya dahil edilen bireylerin %46.1'inin 18-44 yaş aralığında, %50.9'unun kadın, %45.1'i ilkokul, %69.9'unun evli olduğu belirlenmiştir. Çalışmaya dahil edilen bireylerin %55.9'unun kronik hastalığa sahip olduğu, bunlarında %53.8'inin ise iki ve üzerinde kronik hastalığa sahip olduğu, %11.2'si görme/işitme problemi olduğu bulunmuştur. Çalışmaya dahil edilen bireylerin bilinç durumunda %80.2'sinin uyanık ve oryante olduğu saptanmıştır. Ayrıca bireylerin %25.9'unun düşme öyküsü mevcuttur.

Çalışmaya dahil edilen bireylerin KINDER 1 Düşme Değerlendirme aracına göre düşme riski sonuçları Tablo 1'de verilmiştir. Çalışmaya dahil olan bireylerin %65.3'ünün yüksek düşme riski taşıdığı, %34.7'sinin ise düşme riski bulunmadığı saptanmıştır.

Bireylerin demografik özellikleri ve düşmeye sebep olabilecek değişkenler ile düşme değerlendirme sonuçlarının karşılaştırılması Tablo 2'de verilmiştir. 65 yaş ve üstü bireylerin %95.5'inin yüksek düşme riski taşıdığı bulunmuştur. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda yaş grupları arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($\chi^2=162.28$, $p<0.001$). Araştırmaya dahil edilen kadınların %68.4'ünün, erkeklerin ise %62.1'inin yüksek düşme riski taşıdığı, bireylerin cinsiyetleri ile düşme riski arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($\chi^2=4.31$, $p<0.05$). Çalışmamızda kronik hastalığı olan bireylerin %77.6'sınının yüksek düşme riski taşıdığı saptanmıştır.

Tablo 1. Bireylerin Düşme Risk Değerlendirme Sonuçları

Düşme Riski	Sayı	%
Yüksek Düşme riski var	653	65.3
Yüksek Düşme riski yok	347	34.7

Tablo 2. Bireylerin Demografik Özellikleri ve Düşmeye Sebep Olabilecek Değişkenler ile Düşme Değerlendirme Sonuçlarının Karşılaştırılması

Demografik özellikleri ve düşmeye sebep olabilecek değişkenler	Yüksek Düşme Riski				Toplam	P
	Var		Yok			
	sayı	%	sayı	%	sayı	
Yaş						$\chi^2=162.28, p=.001$
18-44	220	47.7	241	52.3	461	
45-64	199	67.7	95	32.3	294	
65 yaş ve üstü	234	95.5	11	4.5	245	
Cinsiyet						$\chi^2=4.31, p>.001$
Kadın	348	68.4	161	31.6	509	
Erkek	305	62.1	186	37.9	491	
Kronik Hastalık						$\chi^2=85.1, p<0.001$
Var	434	77.6	125	22.4	653	
Yok	219	49.7	222	50.3	347	
Tek yada Çoklu kronik hastalık (559)						$\chi^2=16.23, p<0.001$
Tek Kronik Hastalık	180	69.8	78	30.2	258	
İki ve + Kronik hastalık	253	84.1	48	15.9	301	
Görme/İşitme Problemi						$\chi^2=39.57, p<0.001$
Var	103	92.0	9	8.0	112	
Yok	550	61.9	338	38.1	888	
Düşme Öyküsü						$\chi^2=19.17, p<0.001$
Var	198	76.4	61	23.6	259	
Yok	455	61.4	286	38.6	741	
Sürekli kullandığı ilaç						$\chi^2=89.43, p<0.001$
Var	421	78.5	115	21.5	536	
Yok	232	50.0	232	50.0	464	
Bilinç durumu						$\chi^2=120.71, p<0.001$
Uyanık ve oryante (yer-zaman-kişi)	459	57.2	343	42.8	802	
Oryantasyonu yok	183	100.0	-	-	183	
Aralıklı konfüzyon(Davranışlar huzursuz, organizasyon ve amaçtan yoksundur)	11	73.3	4	26.7	15	

*ki-kare test

Kronik hastalık ile düşme riski arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($x^2=85.1$, $p<0.001$). Sahip olunan kronik hastalık sayısının tek ya da iki ve üzerinde olması ile düşme riski arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($x^2=16.23$, $p<0.001$). Çalışmaya dahil edilen bireylerin görme/işitme problemi olanların %92.0'sinin yüksek düşme riski taşıdığı, görme/işitme problemi ile düşme riski arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($x^2=39.57$, $p<0.001$). Düşme öyküsü olanların %76.4'ünün yüksek düşme riski taşıdığı, düşme öyküsü ile düşme riski arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($x^2=19.17$, $p<0.001$). Çalışmaya dahil edilen bireylerden sürekli ilaç kullandığını belirtenlerin %78.5'inin yüksek düşme riski taşıdığı saptanmıştır. Sürekli ilaç kullanımı ile düşme riski arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($x^2=89.43$, $p<0.001$). Çalışmaya dahil edilen bireylerden oryantasyonu olmayan bireylerin tamamının yüksek düşme riski taşıdığı, uyanık ve oryante olan bireylerde de bu oranın azımsanmayacak oranda yüksek (%57.2) olduğu görülmüştür. Bilinç durumu ile düşme riski arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($X^2=120.71$, $p<0.001$).

TARTIŞMA

Çalışmaya dahil edilen bireylerin, acil servise spesifik KINDER 1 Düşme Değerlendirme aracına göre düşme riski sonuçlarında, %65.3'ünün yüksek düşme riski taşıdığı saptanmıştır. Acil servisler, hastaya uygulanacak müdahalelerin aciliyet gerektirmesi yanında hasta ve yakınlarının yüksek stres düzeyine sahip olması, çalışma koşullarının ağır olması, hasta yoğunluğunun fazla olması ve karmaşık teknoloji kullanımı gibi faktörler hasta güvenliğini tehdit etmektedir. Bu tür yerler hasta düşmesi için büyük bir potansiyel teşkil etmektedir.¹⁶ Tanrikulu ve Sarı'nın (2017) çalışmalarında acil servise başvuran bireylerin %30.3'ünün düşme riski yüksek, %26.1'i orta, %43.6'si ise az düşme riskine sahip olduğu bulunmuştur¹⁸. Townsend ve arkadaşları (2016) çalışmalarında, acil servise başvuran bireylerin %27'sinin yüksek düşme riski taşıdığını belirtmişlerdir³. Bu sonuçları birleştirdiğimizde düşme acil servislerde de önemli bir problemidir. Bu nedenle değerlendirilmesinde kullanılan araçların acil servise özel olmasının önemli olduğunu söyleyebiliriz.

Çalışmamızda 65 yaş ve üstü hastaların %95.5'inin yüksek düşme riski taşıdığı bulunmuştur. Literatürde, yaşın ilerlemesi ile düşme riskinin arttığı belirtilmektedir^{2,20-21}. Yaşlı yetişkinler arasında düşme hem ölümcül hem de ölümcül olmayan kasıtsız yaralanmaların başında gelmektedir^{4,20,22}. 65 yaş üstü bireylerin her yıl 1/3'ünün düştüğü belirtilmektedir²³⁻²⁴. WHO raporuna göre, her yıl 65 yaş ve üzeri bireylerin düşme oranı %28-%35 arasında iken, bu oran 70 yaşından sonra %32-%42'ye çıkmaktadır⁴. Çalışma sonuçlarımıza benzer şekilde DeGrauw ve arkadaşları (2016) çalışmalarında, 2006-2011 tarihleri arasında acil servise gelen bireylerin kasıtsız düşme yaralanmalarının 65 yaş üzerindeki bireylerde arttığını belirtmişlerdir²². Tanrikulu ve Sarı'nın (2017) çalışmalarında acil servise başvuran 65 yaş ve üzeri hastaların %58.3'ünün yüksek düşme riski taşıdığını belirtmişler ve düşme riskinin yaş ile birlikte doğru orantılı arttığını bulmuşlardır¹⁸. Barış, İntepeler ve Yeginboy (2016) retrospektif çalışmalarında, kliniklerde toplam 1622 düşme raporu incelenmişler ve sonuçlarda ciddi düşmelerin; %69.2'sinin 60 yaş ve üzeri hastalarda gerçekleştiğini belirtmişlerdir². Bu durum, yaşla birlikte kronik hastalıkların, çoklu ilaç kullanımının artması, görme/

işitme problemlerinin artması, denge problemlerinin görülmesi, fiziksel fonksiyonların ve kas gücünün azalmasıyla açıklanabilir.

Araştırmada, düşme riskinin cinsiyete göre farklılık gösterdiği bulunmuştur. Literatürde cinsiyet ve düşme riski arasındaki ilişkiye ilişkin farklı sonuçlar bulunmaktadır. Bazı çalışmada kadın hastalarda erkeklere göre düşmeye bağlı yaralanma oranı daha yüksek belirtilirken, bazılarında ise erkek hastalarda düşmeye bağlı yaralanma oranı daha yüksek belirtilmektedir^{19,25}. Tanrıku ve Sarı'nın (2017) çalışmalarında ise düşme riski ile cinsiyet arasında anlamlı ilişki olmadığına vurgu yapılmıştır¹⁸. Barış, İntepeler ve Yeginboy (2016) çalışmalarında, ciddi düşme deneyimi yaşayan erkek hastaların sayısı kadın hastaların yaklaşık iki katı olarak belirtilmiştir². Araştırma sonucumuzu destekler şekilde Karataş ve Maral'ın çalışmasında (2001), 65 ve üzeri yaş grubunda kadın cinsiyetinin düşme riskini yaklaşık 4 kat artırıcı risk faktörü olduğu belirtilmiştir²⁶.

Bu araştırmada, kronik hastalığa sahip olma durumu ile düşme riski arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Tanrıku ve Sarı'nın (2017) çalışmalarında da, acil servise başvuran hastaların kronik hastalık ile düşme riski düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur¹⁸. Öz (2016) acil servise düşme ön tanısıyla başvuran 65 yaş üstü bireylerde evde düşme risk faktörlerinin belirlenmesi başlıklı çalışmasında, kronik hastalık varlığının düşme riskini etkilediğini bulmuştur²⁷. Bu duruma kronik hastalıkların yaşla birlikte artmasının neden olduğunu söyleyebiliriz.

Araştırmada bireylerin görme/işitme problemi ile düşme riski arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Literatürde bireylerin görme/işitme problemi olmasının düşme riskini artırdığı belirtilmektedir^{10,28}. Görme dengenin sağlanmasında önemli olduğu için görmenin bozulması düşme için bir risk faktörüdür²⁹. Källstrand-Ericson ve Hildingh (2009) çalışmalarında, görme kaybının düşme riskini artırdığını belirtmişlerdir³⁰. İşitme kaybının, vestibüler bozuklukların, baş dönmesi ve denge kaybının düşme için risk faktörü olduğu belirtilmektedir³¹. İşitme kaybı ve düşme öyküsü arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada, 2001- 2004 yılları arasında 40-69 yaş arası 2017 katılımcı dahil edilmiş ve çalışma sonucunda işitme kaybında her 10 dB artışın son 1 yılda düşme oranını 1.4 kat artırdığı belirlenmiştir²⁸. Tanrıku ve Sarı'nın (2017) çalışmalarında ise, görme problemi olan bireylerin %70.8'inin yüksek düşme riski taşıdığı bulunmuştur.

Araştırmada düşme öyküsü olan bireylerin %76.4'ünün yüksek düşme riski taşıdığı bulunmuştur. Düşme tanılama ölçeklerinde daha önce düşme öyküsünün olması düşme açısından risk faktörü olarak değerlendirilmektedir^{24,32}. Yapılan çalışmalarda da hastaların düşme hikâyesinin olmasının düşme korkusuna sebep olarak düşme riskini artırdığını göstermektedir^{9,35-36}. Çalışma sonuçlarımıza benzer şekilde Tanrıku ve Sarı'nın (2017) acil servise bulunan hastalarda yaptıkları çalışmada da düşme hikâyesi olan bireylerin %61,5'inin düşme riski yüksek bulunmuştur¹⁸.

Araştırmada bireylerin sürekli ilaç kullandığını belirtenlerin %78.5'inin yüksek düşme riski taşıdığı bulunmuştur. Literatürde ilaç kullanımının düşme için risk oluşturduğu belirtilmektedir^{7,18,35-37}. Bu bulgumuzu destekler şekilde Öz'ün (2016) acil servise düşme ön tanısıyla başvuran 65 yaş üstü bireylerde evde düşme risk faktörlerinin belirlenmesi başlıklı çalışmasının sonucunda, sürekli ilaç kullanma ve kullanılan ilaç sayısının

düşme sayısını etkilediği bulunmuştur²⁷. Tanrıkulu ve Sarı'nın (2017) çalışmalarında, düşme açısından riskli ilaç kullanan hastaların %46'sının yüksek düşme riski taşıdığı belirtilmiştir¹⁸. Bu durum sürekli ilaç kullanan bireylerin genellikle kronik hastalığı olan, yaşlı bireyler olmasıyla açıklanabilir.

Araştırmaya dahil edilen bireylerden oryantasyonu olmayan bireylerin tamamının yüksek düşme riski taşıdığı, uyanık ve oryante olan bireylerde de bu oranın azımsanmayacak oranda yüksek (%57.2) olduğu görülmüştür. Literatürde bilinç durumundaki değişikliklerin bireylerin düşme riskini artırdığı belirtilmektedir³⁹⁻⁴⁰. Tanrıkulu ve Sarı'nın (2017) çalışmalarında, acil serviste bulunan oryantasyonu bozuk ya da aralıklı konfüzyonu olan bireylerin %93,5'inin yüksek düşme riski bulunduğu belirtilmiştir. Berke'nin (2008) nöroşirurji hastalarında yaptığı çalışmada ise oryantante olmayan bireylerin %90'ının düşme riski yüksek bulunmuştur⁹. Nogal ve arkadaşlarının (2008) yaptığı çalışmada ise, nörolojik problemi bulunan hastaların düşmelerinde mental durumun etkili olması önemli derecede anlamlı olarak gösterilmektedir³⁹. Çalışmamızdaki bu bulgu yapılan diğer çalışma sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir. Oryantasyon bozukluğu denge problemine neden olacağı için düşmeyi artırıcı bir risk faktörüdür.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu araştırmada acil serviste bulunan bireylerin, %65.3'ünün yüksek düşme riski taşıdığı belirlenmiştir. Bireylerin yaşı, cinsiyeti, kronik hastalık durumu, sürekli kullandığı ilaç olması, düşme öyküsünün varlığı ile düşme riski arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Araştırma sonuçlarına göre, acil serviste bulunan bireylerin düşme risklerini belirlemede acil servise spesifik düşme araçlarının kullanılması önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Dunne TJ, Gaboury I, Ashe MC. Falls in hospital increase length of stay regardless of degree of harm, J Eval Clin Pract, 2014; 20(4):396-400.
2. Baris VK, Intepeler SS, Yeginboy EY. The Cost of Serious Patient Fall-Related Injuries at Hospitals in Turkey: A Matched Case-Control Study. Clin Nurs Res. 2016 Sep 29. pii: 1054773816671521.
3. Townsend AB, Valle-Ortiz M, Sansweet T. A successful ED fall risk program using the KINDER 1 Fall Risk Assessment Tool. J Emerg Nurs. 2016;42(6):492-497.
4. World Health Organization. WHO global report on falls prevention in older age, 2007;1-48. http://www.who.int/ageing/publications/Falls_prevention7March.pdf, Erişimtarihi:05.01.2018. WHO 2007
5. Galbraith GJ, Butler JS, Memon AR, Dolan MA, Hartly JA, Cost Analysis of a Falls-prevention Program in an Orthopaedic Setting, Clin Orthop Relat Res. 2011 Dec; 469(12): 3462-3468.
6. Zecevic AA, Chesworth BM, Zaric GS, Huang Q, Salmon A, McAuslan D, Welch R, Brunton D. Estimating the cost of serious injurious falls in a Canadian acute care hospital. Can J Aging. 2012 Jun;31(2):139-47. doi: 10.1017/S0714980812000037. Epub 2012 May 24.
7. The Joint Commission. Preventing falls and fall-related injuries in health care facilities. Sentinel Event Alert. 2015; 55: 3. http://www.jointcommission.org/sea_issue_55/. Erişim tarihi: 01.01.2018.
8. Savcı C, Kaya H, Acaroğlu R, Kaya N, Bilir A, Kahraman H, Gökerler N. Nöroloji ve nöroşirurji kliniklerinde hastaların düşme riski ve alınan önlemlerin belirlenmesi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi. 2009; 2(3):19-25.

9. Berke D. Nöroşirurji hastalarında düşme risk derecesinin belirlenmesi. Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2008.
10. Mollaoglu M, Fertelli T, Tuncay FÖ. Dahili kliniklerde yatan bireylerin düşme riski ve alınan önlemlerin incelenmesi. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2013; 12(1):27-34.
11. Tzeng HM, Yin CY. Most frequently observed risk factors for adult inpatient injurious falls in hospitals. Clinical Nurse Specialist. 2013; 27:314-322.
12. Schwendimann R, Buhler H, De Geest S, Milisen K. Characteristics of hospital inpatient falls across clinical departments, Gerontology, 2008;54(6):342-348
13. Chelly JE, Canroy L, Miller G, Elliot MN ve ark. Risk factors and injury associated with falls in elderly hospitalized patients in a community hospital, Patient Saf, 2008;4(3):178-183
14. Zecevic AA, Chesworth BM, Zanic GS, Huang Q, Salmon A, McAuslan D, Welch R, Brunton D. Estimating the cost of serious injurious falls in a Canadian acute care hospital. Can J Aging. 2012 Jun;31(2):139-47. doi: 10.1017/S0714980812000037.
15. Haines TP, Waldron NG. Translation of falls prevention knowledge into action in hospitals: what should be translated and how should it be done?, J Safety Res, 2011;42(6):431-424.
16. Alexander D, Kinsley TL, Waszinski C. Journey to a safe environment: Fall prevention in an emergency department at a level 1 trauma center. Journal of Emergency Nursing 2013; 39(4):346-352.
17. Potter R. Falls in the emergency department. Journal of Emergency Nursing. 2015; 41:466-468.
18. Tanrikulu F, Sari D. Determining patients' risk of falling in the emergency department. International Journal of Caring Sciences. 2017; 10(2): 907-914.
19. Erdem Ö (2018). Acil Servise Gelen Hastalarda Düşme Riski Ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çanakkale.
20. Terrell KM, Weaver CS, Giles BK, Ross MJ. ED patient falls and resulting injuries. J Emerg Nurs. 2009 Apr;35(2):89-92. doi: 10.1016/j.jen.2008.01.004. Epub 2008 Jul 10.
21. Weigand JV, Gerson LW. Preventive care in the emergency department: Should emergency departments institute a falls prevention program for elder patients? A systematic review. Acad Emerg Med. 2001; 8:823-826.
22. DeGrauw X, Annet J L, Stevens J A, Xu L, Coronado, V. Unintentional injuries treated in hospital emergency departments among persons aged 65 years and older, United States, 2006–2011. Journal of Safety Research, 2016; 56, 105–109. doi:10.1016/j.jsr.2015.11.002.
23. Web-based Injury Statistics Query and Reporting System 2015. Centers for Disease Control and Prevention [on-line]. Available at <http://www.cdc.gov/injury/wisqars/> Accessed December 12, 2015.
24. Oliver D, Healey F, Haines TP. Preventing falls and fall-related injuries in hospitals. Clin Geriatr Med. 2010 Nov;26(4):645-92. doi: 10.1016/j.cger.2010.06.005.
25. Quarrantey G.K. Falls and Related Injuries Based on Surveillance Data: U.S. Hospital Emergency Departments. Walden University, College of Health Sciences 2016.
26. Karataş GK, Maral I. Ankara- Gölbaşı İlçesinde Geriatrik Popülasyonda 6 Aylık Dönemde Düşme Sıklığı ve Düşme İçin Risk Faktörleri. Turkish Journal of Geriatrics 2001; 4(4): 152-158.
27. Öz FB. Bir hastane acil servisine düşme ön tanısıyla başvuran 65 yaş üstü bireylerde evde düşme risk faktörlerinin belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Mersin 2016.
28. Lin FR, Ferrucci L. Hearing loss and falls among older adults in the United States. Arch Intern Med. 2012;172(4):369–371.
29. Lord SR. Visual risk factors for falls in older people. Age Ageing. 2006 Sep;35 Suppl 2:ii42-ii45.

30. Källstrand-Ericson J, Hildingh C. Visual impairment and falls: a register study. *J Clin Nurs*. 2009 Feb;18(3):366-72. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02516.x.
31. Criter RE, Honaker JA. Fall risk screening protocol for older hearing clinic patients. *Int J Audiol*. 2017 Oct;56(10):767-774. doi: 10.1080/14992027.2017.1329555. Epub 2017 May 25.
32. Morse J. Development of the Morse Fall Scale. Preventing Patient Falls. U.S. of America, First Edition, 1997.
33. Soyuer F, Soyuer A, Öztürk A. Kronik inmede düşmeyi etkileyen faktörler. *Türk Serebrovasküler Hastalıklar Dergisi*. 2006; 12(3): 83-87.
34. Ganz DA, Bao Y, Shekelle PG, Rubenstein LZ. Will my patient fall? *JAMA*. 2007; 297(1):77-86.
35. Huang AR, Mallet L, Rochefort CM, Eguale T, Buckeridge DL, Tamblyn R. Medication-related falls in the elderly: causative factors and preventive strategies. *Drugs Aging*. 2012 May 1;29(5):359-76. doi: 10.2165/11599460-000000000-00000.
36. Titler MG, Shever LL, Kanak MF, Picone DM & Qin R. Factors associated with falls during hospitalization in an older adult population. *Research and Theory for Nursing Practice*. 2011; 25:127-148.
37. Gauterio DP, Zortea B, Costa SantosSS, da Silva Tarouco B, Lopes MJ, Jo~ao Fonseca C. Risk Factors for new accidental falls in elderly patients at traumatology ambulatory center. *Imprenta Universidad de Antioquia*. 2015; 33:35-43.
38. Hou WH, Kang CM, Ho MH, Kuo JM, Chen HL, Chang WY. Evaluation of an inpatient fall risk screening tool to identify the most critical fall risk factors in inpatients. *J Clin Nurs*. 2017; 26(5-6):698-706.
39. Nogal L, Gonzales L, Ramirez G, Casado R. Characteristics of Falls of Neurological Cause in the Elderly. *Revista De Neurologia*. 2008; 46(9); s. 513-516.
40. Salameh F, Cassuto N, Oliven A. A simplified fall-risk assessment tool for patients hospitalized in medical wards. *Isr Med Assoc J*. 2008; 10(2):125-129.

Üniversite Son Sınıf Hemşirelik Öğrencilerinin Eğitimleri Süresince Emzirme Konusunda Edindikleri Bilgi ve Deneyimler

The Knowledge and Experiences of Fourth-Year Undergraduate Nursing Students on Breastfeeding During Their Education

(Araştırma)

Gülten KOÇ*, Ayten ŞENTÜRK-ERENEL** Kafiye EROĞLU***

öz

Amaç: Çalışmanın amacı lisans eğitimi yapan dört hemşirelik okulunun mezun konumdaki öğrencilerinin, emzirme konusundaki bilgi düzeylerini ve uygulamalarını belirlemektir.

Gereç ve Yöntem: Araştırma tanımlayıcı tiptedir. Araştırmanın evrenini dört üniversitenin hemşirelik lisans programı mezun konumunda olan 261 öğrenci oluşturmuştur. Evrenin %90.8'ine ulaşılmıştır. Veriler araştırmacılar tarafından geliştirilen soru formu aracılığıyla, yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır.

Bulgular: Öğrencilerin emzirme bilgi puan ortalaması 38.8 ± 3.5 (toplam 50 puan)'dir. Emzirme konusu alt boyutlarından anne sütünün içeriği ve emzirme alt boyutu puan ortalaması 9.8 ± 2.1 , etkili emzirme davranışı alt boyutu puan ortalaması 9.2 ± 2.7 , anne sütünün faydaları alt boyutu puan ortalaması 4.4 ± 0.9 , laktasyon fizyolojisi alt boyutu puan ortalaması 6.0 ± 1.1 , meme bakımı alt boyutu puan ortalaması 4.2 ± 1.3 olarak saptanmıştır. Öğrencilerin %97.5'i eğitimleri boyunca en az bir defa emzirme danışmanlığı, %72.2'si ise meme bakımı yapmıştır. Öğrencilerin %97'si emzirme bilgisi, %96.5'i emzirme danışmanlığı yapma konusunda kendisini yeterli bulduğunu ifade etmiştir. Öğrencilerin mezun oldukları okulların eğitim modeli ve danışmanlık sayısına göre bilgi puan ortalamaları bakımından gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p < 0.05$).

*Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Doğum-Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye, E-mail: gultenko@hacettepe.edu.tr, Tel. 0312 305 15 80, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1094-5003>

**Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Doğum-Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye, E-mail: ayten@gazi.edu.tr, Tel. 0312 216 26 00, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0841-2099>

***Koç Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Doğum-Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye, E-mail: kafiye.eroglu@gmail.com, Tel. 0212 311 26 57, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8177-7211>

Geliş Tarihi: 27 Aralık 2017, Kabul Tarihi: 7 Haziran 2018

Atıf/Citatie: Koç G., Şentürk-Erenel A., Eroğlu K. Üniversite Son Sınıf Hemşirelik Öğrencilerinin Eğitimleri Süresince Emzirme Konusunda Edindikleri Bilgi ve Deneyimler. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2018; 5(2):... <https://doi.org/>

Sonuç: Çalışma bulguları, çalışmanın yürütüldüğü okulların ders programında emzirme konusuna yönelik verilen teorik ve uygulamalı eğitimin iyi düzeyde olduğunu göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik eğitimi, emzirme, hemşirelik öğrencileri

ABSTRACT

Aim: The purpose of this study was to identify the knowledge and practices of fourth-year undergraduate students studying at four nursing schools on breastfeeding.

Material and Methods: The population of this descriptive study consisted of 261 students studying at four nursing schools. A total of 90.8% of the eligible population was reached. The data were collected via face-to-face interview method through a questionnaire developed by researchers.

Results: The mean knowledge score of the students was 38.8 ± 3.5 (total 50 points). The mean scores on the sub-dimensions were as follows: 9.8 ± 2.1 in the content of breast milk and breastfeeding, 9.2 ± 2.7 in the effective breastfeeding behavior, 4.4 ± 0.9 in the benefits of breast milk, 6.0 ± 1.1 in the physiology of lactation, and 4.2 ± 1.3 in breast care. Whereas 97.5% of the students had provided lactation consultation at least once during their education, 72.2% of them had provided breast care. The students found the consultation and breast care they had provided sufficient by 97% and 96.5% respectively. It was found that there was a significant difference between groups in terms of mean knowledge scores according to the education model of the school and the number of consultancy ($p < 0.05$).

Conclusions: The study findings show that the schools in which the study was conducted have a curriculum that ensures a commendable theoretical and practical educational process for breastfeeding.

Key Words: Nursing education, breastfeeding, nursing students

GİRİŞ

Emzirme; hemen hemen bütün çağlarda ve kültürlerde yenidoğanın beslenmesi için anne sütünün bebeklere ulaşmasını sağlayan en sağlıklı yöntemdir. Emzirmenin anne ve bebek sağlığına başta fizyolojik ve emosyonel olmak üzere pek çok faydası bulunmaktadır¹⁻⁴. Bu nedenle Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Birleşmiş Milletler Çocuk Fonu (UNICEF) tarafından bebeklerin ilk altı ay sadece anne sütü, altı aydan 2 yıla kadar da ek gıdalarla birlikte anne sütü ile beslenmesi önerilmektedir^{5,6}. Buna karşın dünyanın pek çok bölgesinde emzirme prevalansı, etkili emzirme oranı ve emzirme süresi oldukça düşüktür. DSÖ'nün 2011 yılı sağlık istatistiğine göre; dünyada ilk altı ayda sadece anne sütü ile beslenme davranışı %36'dır⁷. Benzer biçimde Türkiye'de de ilk altı ayda sadece anne sütü ile besleme davranışının oldukça düşük olduğu iki aydan küçük bebeklerin sadece %57.9'unun anne sütü ile beslendiği, bebekler 2-3 aylık olduğunda sadece anne sütü ile besleme oranının %35.4'ye, dört-beş aylık olduğunda ise %9.5'e düştüğü belirlenmiştir. Türkiye'de ortalama emzirme süresi 16.7 ayken, sadece anne sütü ile besleme ortalama süresi 1.2 aydır⁸.

Emzirme davranışının istenilen düzede olabilmesi için, annelere gebelik ve doğumu izleyen dönemde emzirme konusunda bilgi verilmesi ve danışmanlık yapılması önemlidir⁹. Bu amaca uygun olarak DSÖ; tıp, hemşirelik ve ebelik okullarında yeni doğan ve çocuk beslenmesi ile ilgili bilgi ve farkındalığın artırılmasını ve emzirmenin teşviki için okulların ders programları kapsamına emzirme konularının alınmasını önermiştir¹⁰. Amerika Birleşik Devletleri Sağlık ve İnsan Hizmetleri Birimi de, anne

ve çocuklara bakım veren bütün sağlık çalışanlarının eğitim ve öğretimleri sırasında emzirmeye önem verilmesi gerektiğini belirtmektedir¹¹. Çeşitli uluslararası kuruluşlar tarafından bebeklerin anne sütü ile beslenmesinin teşvik edilmesinde özellikle hemşire ve ebelerin kilit personel olduğu vurgulanmaktadır¹²⁻¹⁵. Buna karşın yapılan çalışmalarda annelerin, emzirme kararını etkileyen faktörler ve emzirme süresine ilişkin farkında oluş düzeylerinin düşük olduğu; sağlık personelinin de emzirme konusunda yeterli bilgiye sahip olmadığı belirlenmiştir¹⁶⁻¹⁸. Yapılan çalışmalarda hemşirelerin eğitimleri sırasında emzirme konusunda yeterli bilgi ve beceri sahibi olmadan mezun oldukları belirtilmektedir¹⁹⁻²⁶. Patton ve arkadaşlarının çalışmalarında²⁵ hemşirelerin sadece %25'inin, emzirme konusunda en önemli bilgi kaynağı olarak hemşirelik eğitimlerini belirttikleri belirlenmiştir. Freed ve arkadaşları tarafından beş lisans ve önlisans hemşirelik programındaki emzirme eğitimini değerlendirmek amacıyla yapılan çalışmada²⁶, eğitimin etkili emzirme konusunda öğrencilere yeterli temel bilgi ve beceriyi kazandırmadığı saptanmıştır.

Hemşirelerin emzirmeye yönelik rollerini yerine getirebilmeleri için lisans eğitim programlarının içeriğinin etkili emzirmenin iyileştirilmesi, desteklenmesi ve yönetimi konusunda bilgi ve beceri kazandıracak şekilde düzenlenmesine gereksinim vardır. Bunun yanı sıra mezuniyet sonrasında da sürekli eğitim programları ile bilgi ve becerilerin pekiştirilmesi ve güncellenmesi gerekmektedir. Bu durum, hemşirelerin emzirme savunucusu olarak anne ve bebeklere güvenli bakım verilmesini sağlayacaktır. Türkiye'de hemşirelik okullarının eğitim programlarında emzirme konusu içerik ve süre bakımında farklılık göstermekte ve hastanelerde de standart bir emzirme eğitimi programı bulunmamaktadır. Aynı zamanda hemşirelik öğrencilerinin emzirme ile ilgili bilgi ve uygulamalarına ilişkin herhangi bir çalışma yapılmamıştır. Bu nedenle bu çalışma, Türkiye'nin başkenti Ankara'da lisans eğitimi yapan dört hemşirelik okulunun mezun konumundaki öğrencilerinin emzirme konusundaki bilgi düzeylerini ve uygulamalarını belirlemek amacıyla yapılmıştır.

GEREÇ ve YÖNTEM

Araştırmanın Türü

Araştırma tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırma Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Ankara'da bulunan dört üniversitenin (Ankara Üniversitesi, Başkent Üniversitesi, Gazi Üniversitesi ve Hacettepe Üniversitesi) hemşirelik programı son sınıfında, mezun konumunda olan (tüm dersleri almış) toplam 261 öğrenci oluşturmuştur. Çalışmamızda örneklem seçimi yapılmamış, evrenin tamamı örneklem kapsamına alınmıştır. Ancak bazı öğrencilerin çalışmaya katılmayı kabul etmemeleri nedeniyle evrenin %90,8'ine ulaşılmıştır. Örneklem, araştırmaya katılmayı kabul eden toplam 237 öğrenciden oluşmuştur. Örneklem alınan öğrencilerin tamamı, buldukları hemşirelik programında farklı dersler kapsamında emzirme konusunda bilgi almışlardır (Tablo 1).

Tablo1. Emzirme Konularının Verildiği Dersler ve İçeriği

Dersler (n=237)*	Sayı	%
Kadın Sağlığı Hemşireliği	206	86.9
Çocuk Sağlığı Hemşireliği	167	70.5
Halk Sağlığı	78	32.9
Yenidoğan Sağlığı ve Hemşireliği	49	20.7
Yaşam Boyu Sağlığın Geliştirilmesi	20	8.4
Ana Çocuk Sağlığı Aile Planlaması	20	8.4
Sağlık Farkındalığı	7	3.0
Konu İçeriği (n=237)*		
Anne Sütünün İçeriği	235	99.2
Ek Gıdaya Başlama	235	99.2
Meme Bakımı	235	99.2
Laktasyon Fizyolojisi	231	97.5
Etkili Emzirme	232	97.3
Emmenin Geliştirilmesi	228	96.2
Emme Fizyolojisi	227	95.8
Emzirme Danışmanlığı	225	94.2
İlaç kullanma Durumunda Emzirme	216	91.1
Özel Durumlarda Emzirme	214	90.3
Anne Sütünün Baskılanması	207	87.3

*Birden fazla seçenek işaretlendiği için yüzdeler n üzerinden alınmıştır.

Eğitim Programı

Araştırmanın yapıldığı okullardan biri modüler, diğer üçü klasik eğitim modelinde eğitim yapmaktadır. Emzirme konusu, klasik eğitim yapan okullarda 14 hafta süren ve haftada 22 saat (6 saat teorik 16 saat pratik) olarak yürütülen üç büyük ders kapsamında özel bir bölüm olarak ele alınmaktadır. Ayrıca klinik eğitim başlamadan önce dersane ortamında emzirmenin öğretilmesi kontrol listesi kullanılarak öğrencilerin emzirme danışmanlığı bilgi ve becerisinin geliştirilmesine yönelik uygulamalar yapılmaktadır. Daha sonra öğrenciler aldıkları dersler gereği çeşitli uygulama alanlarında emzirme danışmanlığı yapmaktadırlar. Modüler eğitim yapan okulda ise emzirme konusu bazı dersler içinde klasik eğitime göre daha dar içerikte ele alınmakta, uygulama öncesi dersane ortamında demonstrasyon yoluyla danışmanlık becerisi geliştirilmekte ve daha sonra klinik alanda uygulama yaptırılmaktadır.

Veri Toplama Araçları

Veriler, araştırmacılar tarafından ilgili literatür kullanılarak hazırlanan soru formu aracılığı ile toplanmıştır. Soru formu, içerik bakımından alanında uzman üç öğretim üyesi tarafından değerlendirilerek kapsam geçerliliği çalışması yapılmış ve uzmanların önerileri doğrultusunda düzenlendikten sonra araştırma kapsamına alınmayan bir üniversitede 20 öğrenci ile ön uygulama yapılmıştır.

Soru formu iki bölümden oluşmaktadır. *Birinci bölümde*; öğrencilerin bazı demografik özellikleri ile eğitimleri süresince emzirme konusunun işlendiği dersler, ders içerikleri ve emzirme danışmanlığı yapma durumlarını belirlemeye yönelik sorular bulunmaktadır.

İkinci bölüm; ülkemizde hemşirelik eğitiminde minimum standartları belirlemek amacı ile oluşturulan Hemşirelik Çekirdek Eğitim Programı'nda hemşirelik programlarında yer alması gereken emzirme ile ilgili konular ve içerikleri göz önünde bulundurularak ve DSÖ'nün emzirme ile ilgili önerilerinden yararlanılarak hazırlanmıştır. Bu bölüm öğrencilerin emzirme konusundaki bilgilerini belirlemek amacıyla yönelik 50 ifadeden ve anne sütü ve emzirme (15 madde), anne sütünün faydaları (6 madde), laktasyon fizyolojisi (8 madde), etkili emzirme davranışı (14 madde) ve meme bakımı (7 madde) olmak üzere 5 alt gruptan oluşmuştur. Öğrencilerden verilen ifadeleri doğru/yanlış olarak yanıtlaması istenmiştir. Doğru yanıtlar 1 puan olarak değerlendirilmiş olup, bu bölümden alınabilecek en yüksek puan 50'dir. Öğrencilerin aldığı 41-50 puan çok iyi, 40-31 puan iyi, 30-21 puan orta, 20-11 puan kötü, 10 ve altı puan çok kötü olarak gruplandırılmıştır. Çalışmamızda çok kötü ve kötü puan alan öğrenci bulunmadığından değerlendirme sadece ilk üç grup üzerinden yapılmıştır. Ayrıca bu bölümde yer alan beş alt grubun puanları ve puan ortalamaları ayrı ayrı hesaplanmıştır. Veriler 21.05.2012-08.06.2012 tarihleri arasında toplanmıştır.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın uygulamasına geçilmeden önce uygulamanın yapıldığı okul idarelerinden yazılı, öğrencilerden sözlü izin alınmıştır.

Araştırmanın Uygulanması

Veri toplama formu bütün öğrencilerin mezuniyetlerinden önceki son final sınavının sonunda, uygulanmıştır. Formun doldurulması ortalama 25-30 dakika sürmüştür.

Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) for Windows 16.0 paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler (sayı, yüzde, aritmetik ortalama ve standart sapma) ile t testi ve tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogrov-Smirnov testi ile değerlendirilmiştir ($p>0.05$).

Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın bazı sınırlılıkları bulunmaktadır. Öğrencilerin emzirme ile ilgili yaptığını ifade ettiği uygulamalara ilişkin veriler öğrenci beyanına dayalıdır. Araştırmada kullanılan veri toplama formunun sadece kapsam geçerlilik çalışması yapılmıştır. Araştırmadan elde edilen sonuçlar sadece araştırmanın yapıldığı okullara genellenebilir.

BULGULAR

Öğrencilerin yaş ortalaması 22.9 ± 1.9 olup, %81.4'ü klasik eğitim yapan bir okulda eğitim görmüştür. Emzirme konusunun verildiği dersler arasında ilk üç sırada kadın sağlığı hemşireliği (%86.9) çocuk sağlığı hemşireliği (%70.5) ve halk sağlığı hemşireliği

bulunmaktadır (%32.9). Öğrencilerin %97.0'si emzirme konusunda kendisini yeterli hissettiğini belirtmiştir. Bunun yanı sıra öğrencilerin emzirme konusunda bilgi düzeylerine bakıldığında %36.3'ünün çok iyi, % 61.6'sının iyi, %2.1'inin orta düzeyde olup, bilgi puan ortalaması 38.8 ± 3.5 (min:29, max:47)'dir (Tablo 2).

Emzirme konusu alt boyutlarının puanları değerlendirildiğinde, anne sütünün içeriği ve emzirme alt boyutu bilgi puan ortalaması 9.8 ± 2.1 dir (Tablo 3). Bu bölümde en fazla doğru yanıt; "kafein ve alkol anne sütü aracılığı ile bebeğe geçer" (%92.0), "kolostrum yenidoğanda pasif immünizasyonu sağlayacak olan immüoglobülinleri içerir" (%92.0) ifadelerine verilmiştir. En az doğru yanıt ise; "Dini inançları gereği bebeğini emzirmeyen bir kadına müdahale edilmemelidir" (%43.9), "Eğer anne çalışıyorsa sadece 4 ay anne sütü vermesi yeterlidir" (%42.6) ifadelerine verilmiştir.

Etkili emzirme davranışı alt grup bilgi puan ortalaması 9.2 ± 2.7 'dir (Tablo 3). Bu bölümde en fazla doğru yanıt; "Bebekler yaşamlarının ilk 6 ayında sadece anne sütü ile beslenmelidir" (%99.6), "Bebekler doğum sonrası ilk yarım saat içinde emzirilmelidir" (%97.0), "Bebekler günde en az 8 kez emzirilmelidir" (%84.8), ifadelerine verilmiştir. Buna karşın en az doğru yanıt verilen ifadeler "Anne sütü yeterli ve bebeğin kilo alımı normale, ek gıdaya 6. aydan daha geç bir dönemde başlanabilir" (%46.0), "Bebeğin ağzını şapırdatarak emmesi, memeyi doğru kavrayıp, etkili emdiğinin göstergesidir" (%45.1)'dir.

Anne sütünün faydaları alt boyutu bilgi puan ortalaması 4.4 ± 0.9 'dur (Tablo 3). Bu bölümde en fazla doğru yanıt; "Emzirme sırasında anne ve bebek arasında duygusal bir yakınlaşma olur" (%99.6), "Emzirme, anneyi meme ve endometrium kanserinden korur" (%95.8) ifadelerine verilmiştir. En az doğru yanıt verilen ifadeler ise "Emzirme etkili bir aile planlaması olmadığı için önerilmemelidir" (%54.0), "Anne sütü içindeki immüoglobülinler bebeği hastalıklardan sadece ilk 2 ay koruma özelliğine sahiptir (%39.2)" ifadelerine verilmiştir.

Tablo 2. Öğrencilerin Emzirme Konusunda Bilgi Düzeyi n=237

Bilgi Düzeyi	Sayı	%
Çok iyi (41-50 puan)	86	36.3
İyi (31-40 puan)	146	61.6
Orta (21-30 puan)	5	2.1

Tablo 3. Emzirmenin Alt Boyutları ve Toplam Bilgi Puan Ortalamalarının Dağılımı

Alt Boyutlar	n	Ort	SS	Min	Max
Anne Sütü ve Emzirme	237	9.8	2.1	3	14
Etkili Emzirme Davranışı	237	9.2	2.7	4	14
Anne Sütünün Faydaları	237	4.4	0.9	1	6
Laktasyon Fizyolojisi	237	6.0	1.1	2	8
Meme Bakımı	237	4.2	1.3	0	7
TOPLAM	237	38.8	3.5	29	47

Laktasyon fizyolojisi alt boyutu bilgi puan ortalaması 6.0 ± 1.1 'dir (Tablo 3). Bu grupta en fazla doğru yanıt; "Doğum sonrası dönemde süt salınımı başlamamışsa bebeğin anne ile tensel teması sağlanmalıdır" (%98.7), "Bebek doğduğunda arama, emme ve yutma refleksi vardır" (%97.0) ifadelerine verilmiştir. En az doğru yanıt ifadeleri ise "Bebeğin emzirilmesinin uygun olmadığı durumlarda süt yapımının kendiliğinden durması beklenir" (%47.7) ve "Büyük memeli kadınlarda süt salınımı, küçük memeli olan kadınlara göre daha fazladır" (%40.9)'dur. Meme bakımı alt boyutu bilgi puan ortalaması 4.2 ± 1.3 'dür (Tablo 3). Bu grupta en fazla doğru yanıt; "İçe dönük ya da düz meme başı için en uygun girişim, meme başı egzersizlerinin gebelik döneminde başlanmasıdır" (%82.3) ve "Meme bakımında, memenin kuru ve temiz tutulması yeterlidir" (%81.4) ifadelerine verilmiştir. En az doğru yanıt ise "Annenin her emzirme öncesi ellerini yıkaması meme başı çatlaklarının oluşmasını engeller" (%52.3) ve her emzirme öncesi memeler sabunlu su ile yıkanmalıdır" (%46.8), ifadelerine verilmiştir.

Çalışmamızda öğrencilerin %97.5'i eğitimleri boyunca en az bir defa emzirme danışmanlığı yapmıştır. Danışmanlık yapan öğrencilerin % 40.1'i 10 ve daha fazla sayıda danışmanlık yapmıştır. Hastanelerin doğum sonu klinikleri (% 88.2), annelerin evleri (% 78.1) ve sağlık ocağı/aile planlaması merkezleri (% 61.2) danışmanlık yapılan yerler arasında ilk üç sırada yer almaktadır. En fazla danışmanlık yapılan konular; etkili emzirme teknikleri (%94.9), meme bakımı ve meme problemleri (%94.5), anne sütünün içeriği, anne sütünün yararları (%94.5) ve emzirmenin geliştirilmesine yönelik girişimlerdir (%94.1). Öğrencilerin %96.5'i danışmanlık yaparken kendisini yeterli bulduğunu belirtirken, sadece %3'ü yetersiz olduğunu ifade etmiştir (Tablo 4).

Öğrencilerin %96.2'si eğitimlerinin uygulama kısmında bebeğin emzirilmesini sağlamış, %72.2'si meme bakımı yapmıştır. Meme bakımı yaptığını belirten öğrencilerin %38.6'sı 4-6 defa meme bakımı yapmıştır. Meme bakımı yapma nedenleri arasında ilk üç sırada; meme ucu çatlağı (%94.9), meme ucunun içe çökük olması (%77.4) ve meme dolgunluğu (%74.2) bulunmaktadır (Tablo 5).

Klasik eğitim modeli kullanan okullarda okuyan öğrencilerin emzirme bilgi puan ortalamalarının (39.35 ± 3.04) modüler eğitim modeli kullanan okullarda okuyan öğrencilerin puan ortalamalarından (35.40 ± 3.63) yüksek olduğu ve yapılan danışmanlık sayısı arttıkça emzirme bilgi puan ortalamalarının arttığı belirlenmiştir. Öğrencilerin mezun oldukları okulların eğitim modeli ve yaptıkları danışmanlık sayısına göre bilgi puan ortalamaları bakımından gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p < 0.05$). Buna karşın emzirme konusunda kendini yeterli bulma ve danışmanlık yapma durumlarına göre bilgi puan ortalamaları bakımından gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak önemsizdir ($p > 0.05$) (Tablo 6).

TARTIŞMA

Emzirmenin anne ve bebek sağlığına çok önemli faydaları olmasına rağmen pek çok ülkede annelerin büyük bir kısmı bebeklerini hiç emzirmemekte, kısa süreli emzirmekte ya da erken dönemde ek gıdaya başlamaktadır. Bunun yanı sıra sağlık personelinin, özellikle ebe ve hemşirelerin, annelerin emzirmeye karar vermelerinde veya emzirmeyi sürdürmelerinde önemli rolü olduğu belirtilmektedir^{27,28}. Hemşirelerin bu sorumluluğu yerine getirebilmesi ve etkili danışmanlık yapabilmesi için emzirme konusundaki bilgi ve farkında oluş durumları oldukça önemlidir. Bu nedenle lisans eğitiminde emzirme

Tablo 4. Öğrencilerin Anne Sütü ve Emzirme Danışmanlığı Yapma Durumlarına Yönelik Özelliklerinin Dağılımı

Özellikler	Sayı	%
Danışmanlık (n=237)		
Yapan	231	97.5
Yapmayan	6	2.5
Danışmanlık Sayısı (n=231)		
Hatırlamayan	15	6.5
1-3	40	17.3
4-6	45	19.5
7-9	16	6.9
10 ve Üzeri	115	49.8
Danışmanlık Yapılan Yer (n=231)*		
Hastanelerde Doğum Sonu Klinikleri	209	88.2
Ev	185	78.1
Sağlık Ocağı/Aile Planlaması Merkezleri	145	61.2
Gebe Poliklinikleri	63	26.6
Komşu/Akraba/Yakınlar	51	21..5
Danışmanlık İçeriği=231)*		
Başarılı emzirme teknikleri	225	94.9
Meme bakımı ve meme problemleri	224	94.5
Anne sütünün içeriği, yararları	224	94.5
Emzirmenin geliştirilmesine yönelik girişimler	223	94.1
Ek gıdalara başlama	191	80.5
İlaçlar ve emzirme	139	58.6
Özel durumlarda emzirme	134	56.5
Emmenin fizyolojisi	129	54.8
Laktasyonun fizyolojisi	102	43.0
Süt salgısının bastırılması	96	40.5
Danışmanlıkta Kendini Yeterli Hissetme (n=231)		
Yeterli Hisseden	223	96.5
Yeterli Hissetmeyen	7	3.0
Cevapsız	1	0.5

*Birden fazla seçenek işaretlendiği için yüzdeler n üzerinden alınmıştır.

konusuna gereği kadar süre ayrılması ve mezuniyet sonrası eğitimler ile konunun güncellenmesi gerekmektedir²⁸. Çalışmamızda öğrencilerin büyük bir çoğunluğunun emzirme puanlarının çok iyi (% 61.6) ve iyi (%36.3) düzeyde olması bu açıdan olumlu bir bulgudur (Tablo 2). Öğrencilerin 50 puan üzerinden değerlendirilen emzirme bilgi puan ortalaması iyi düzeydedir (38.8±3.5) (Tablo 3). Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde, hemşirelik öğrencilerinin eğitimleri sırasında emzirmeye ilişkin bilgi ve uygulamalarının belirlenmesine yönelik yapılan çalışmalarda farklı sonuçlar elde edilmiştir. Ahmed ve arkadaşlarının iki üniversitenin hemşirelik bölümü öğrencileri ile yaptıkları çalışmada²⁹ emzirme bilgi puan ortalaması 17±2.9 (toplam puan 24) olarak bulunmuştur. Bu çalışmanın sonucu bizim sonucumuzla benzerlik göstermektedir. Buna karşın Marzalı'ın ABD'de 36 farklı hemşirelik programına kayıtlı 385 öğrencinin katılımı ile yaptığı çalışmada²¹ öğrencilerin emzirme bilgi puan ortalaması 100 üzerinden 66.21 olarak belirlenmiştir. Spear'ın çalışmasında²⁰ lisans düzeyindeki hemşirelik öğrencilerinin %60'ının emzirme bilgi puanları düşük düzeyde bulunmuştur. Mısır'da Ahmed ve El Guindy (2011) tarafından yapılan çalışmada¹⁹ da ana çocuk

Tablo 5. Öğrencilerin Eğitimleri Süresince Emzirme ve Meme Bakımına Yönelik Yaptıkları Bazı Uygulamaların Dağılımı

Eğitim Süresince	Sayı	%
Bebeğin Emzirmesini (n=237)		
Yaptıran	228	96.2
Yaptırmayan	9	3.8
Meme Bakımı (n=237)**		
Yapan	171	72.2
Yapmayan	66	27.8
Meme Bakımı Sayısı (n=171)		
Hatırlamayan	12	7.1
1-3	56	32.7
4-6	66	38.6
7-9	11	6.4
10 ve Üzeri	26	15.2
Meme Bakımı Verme Nedenleri (n=171)*		
Meme ucu çatlağı	148	94.9
Meme ucunun içe çökük olması	104	77.0
Meme dolgunluğu	92	74.2

*Birden fazla seçenek işaretlendiği için yüzdeler n üzerinden alınmıştır.

Tablo 6. Öğrencilerin Bazı Özelliklerine Göre Bilgi Puan Ortalamalarının Dağılımı

Özellikler	Bilgi Puan Ortalamaları			İstatistik
	N	Ort.	SS	
Okuduğu Okulun Eğitim Modeli*				
Klasik	193	39.35	3.04	t=8.081 p=0.000
Modüler	44	35.40	3.63	
Emzirme Konusunda Kendini Yeterli Bulma Durumu				
Bulan	230	38.95	3.53	t=1.859 p=0.064
Bulmayan	7	36.42	3.95	
Emzirme Danışmanlığı				
Yapan	231	38.90	3.59	t=0.729 p=0.467
Yapmayan	6	37.83	2.22	
Danışmanlık Sayısı Hatırlamayan				
1-3	15	37.13	5.01	F=4.060 p=0.003
4-6	40	37.57	3.88	
7-9	45	38.53	3.73	
10 ve Üzeri	16	40.00	2.19	
	115	39.94	3.16	

*Yöntem kısmında açıklanmıştır.

sağlığı hemşireliği dersinin hem teorik hem de uygulama bölümünü tamamlayan lisans düzeyi hemşirelik öğrencilerinin emzirme bilgi puanlarının oldukça düşük olduğu belirtilmiştir. Çalışmamızda öğrencilerin bilgi puan ortalamalarının yüksek olmasında ülkemiz sağlık politikalarında güvenli annelik ve bebek dostu yaklaşımının benimsenmiş olması nedeniyle okulların müfredat programlarında emzirme konusuna geniş biçimde yer vermesinin etkisi olabilir. Ayrıca teorik ve pratik eğitimler sırasında

emzirme becerisi geliştirmeye yönelik olarak beceri listesi kullanılması ve derslerin interaktif eğitim yöntemleri ile yapılmasının rolü de olabilir.

Etkili emzirme davranışının sağlanabilmesinde emzirme konularının hemşirelik programlarının temel dersleri içeriğinde yer alması gerektiği, öğrencilere emzirme danışmanlığı becerisi kazandırmada derslerde emzirme konusuna özel olarak odaklanılmasının önemli olduğu ve araştırma sonuçlarına dayanan seminerlerin yapılması gerektiği vurgulamaktadır^{30,31}. Çalışmamızda klasik eğitim yapılan okullardaki öğrencilerin bilgi puan ortalaması 39.35 ± 3.00 modüler eğitim alan öğrencilerin bilgi puan ortalaması ise 35.40 ± 3.63 olup, gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak önemlidir ($p < 0.05$). Çalışmamızın yapıldığı klasik eğitim veren üç okulda emzirme konusu üç temel ders kapsamında ayrı bir konu başlığı olarak yer almaktadır. Bu okullarda öğrencilere emzirme becerisi kazandırmak amacıyla yönelik olarak teorik eğitimi takiben klinik öncesi uygulama laboratuvarında beceri/kontrol listesi kullanılarak, maket üzerinde veya rol play yöntemi ile emzirme eğitim ve danışmanlığı yaptırılmaktadır. Laboratuvar uygulamasında yeterli olan öğrenci, eğitici gözetiminde klinikte ve/veya diğer uygulama alanlarında emzirme danışmanlığı yapmaktadır. Dodgson ve Tarrant tarafından Hong Kong'un en büyük üniversitesinde yapılan yarı-deneysel çalışmada²⁷, bir gruba standart emzirme eğitimlerinin yanı sıra 10 saati teorik, 8 saati de perinatal kliniklerinde uygulamalı olmak üzere toplam 18 saat emzirme eğitimi verilmiş, diğer gruba ise kendi eğitim programlarında yer alan standart emzirme eğitimi dışında herhangi bir eğitim verilmemiştir. Yapılan değerlendirmede gruplar arasındaki fark müdahale grubu lehine istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bu sonuçlara dayanarak emzirme eğitiminde başarılı olunması için, teorik ve klinik eğitimin birbirini tamamlayacak biçimde yapılmasının önemli olduğu söylenebilir.

Çalışmamızda öğrencilerin emzirme toplam bilgi puan ortalaması iyi düzeyde olmakla (Tablo 2) birlikte, emzirme alt boyutlarında ifadelere verilen yanıtlar incelediğinde emzirme ile ilgili bazı konularda bilgi gereksinimleri olduğu belirlenmiştir. Bulgular bölümünde de belirtildiği gibi kolostrumun içeriği, ek gıdaya başlama zamanı, bebeğin doğru emdiğinin göstergeleri, laktasyonel amenore metodu ve meme bakımı konularına öğrencilerin sadece yarısına yakın bölümü doğru cevap vermiştir. Ahmed ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada²⁹ öğrencilerin %50'sinin sadece anne sütü ile beslenme, %85'inin de bebeğin sadece anne sütü ile beslenme süresine ilişkin yeterli bilgi sahibi olmadığı belirlenmiştir. Anjum ve arkadaşlarının tıp fakültesi öğrencileri ile yaptıkları çalışmada³², öğrencilerin %69'unun emzirmeye doğumdan hemen sonra başlanması gerektiğini, %42'sinin ilk 4-6 ay sadece anne sütü ile beslenmesi gerektiğini, %33'ünün ek besinlere 4-6. ayda başlanması gerektiğini, %4'ünün kolostrumun sağılarak atılması gerektiğini, %12'sinin kolostrumun zararlı olduğunu ifade ettikleri saptanmıştır. Ayrıca bu çalışmada kliniğe çıkan ve çıkmayan öğrencilerin bilgi düzeyleri karşılaştırılmış, klinikte uygulama yapan öğrencilerde doğru cevap verme oranının, kliniğe çıkmayanlardan yüksek olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda öğrencilerin bilgi puan ortalamalarının iyi düzeyde olmasının konu ile ilgili tüm derslerin hem teorik hem de uygulamalı olarak tamamlanmış olduğundan kaynaklandığı düşünülmüştür. Ahmed ve arkadaşlarının çalışmasında²⁹ öğrencilerin yarısından daha az kısmının emzirmenin yönetimi ile ilgili ifadelere doğru yanıt verdikleri belirlenmiştir. Öğrencilerin %65'inin meme ucu ağrısının emzirmenin normal bir parçası olduğunu, %65'inin ise meme ucu ağrısı ya da çatlağı olduğunda annenin bu memesini bebeğe vermemesi ve memesini

24 saat dinlendirmesi gerektiğini ifade ettikleri bulunmuştur. Öğrencilerin %57'sinin ek besin vermenin emzirmenin sürdürülmesini olumsuz etkileyen bir faktör olduğunu bilmediği, %63'ünün anne sütünün yetersiz olduğunu düşünüyorlarsa bebeğine mama verebileceğini ifade ettikleri saptanmıştır.

Çalışmamızda öğrencilerin laktasyonun baskılanması ve hormonal kontrolü konularında bilgileri yetersiz olmakla birlikte, laktasyona yönelik zararlı olabilecek geleneksel inançlara (dini inanç gereği bebeği üç ezan geçtikten sonra beslenmesi gibi) yönelikte de bilgi sahibi olmadıkları dikkati çekmektedir. Çalışmamızı destekler biçimde Ahmed ve arkadaşlarının çalışmasında²⁹ da öğrencilerin laktasyon fizyolojisine yönelik bilgi gereksinimlerinin olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlar emzirme konusunun işlendiği derslerde laktasyon fizyolojisi ve hormonal kontrolünün konularının daha ayrıntılı işlenmesi gerektiğini ortaya koyması bakımından önemlidir. Bunun yanı sıra özellikle Türkiye gibi müslüman ülkelerde laktasyonu olumsuz etkileyebilecek geleneksel uygulamalar konusuna da yer verilmesi gerektiğini düşündürmektedir.

Kadın Sağlığı, Doğum ve Neonatal Hemşireleri Derneği'ne göre (2007) hemşireler emzirmenin başlatılması ve sürdürülmesine yardım edecek ve destekleyecek en ulaşılabilir sağlık personelidir. Bu nedenle hemşirelik öğrencilerinin emzirmenin başlatılması ve sürdürülmesi için anneleri bilgilendirmesi ve desteklemesi kadar emzirmenin yönetilmesi ile ilgili temel becerileri de kazanması gereklidir³³. Çalışmamızda öğrencilerin tamamına yakının emzirme danışmanlığı yapmış (Tablo 4) ve meme bakımı vermiş olması (Tablo 5), teorik olarak edindikleri bilgileri uygulamaya aktararak emzirme danışmanlığı becerilerinin pekişmesine olanak sağladıklarını göstermektedir. Öğrencilerimizin yarısının 10 ve üzeri sayıda danışmanlık yapmasının (Tablo 4) ve tamamına yakınının 4'ten daha fazla meme bakımı vermiş olmasının (Tablo 5) bilgilerinin artmasına ve kalıcı olmasına katkı sağladığını düşünmekteyiz. Çalışmamızda danışmanlık sayısı ile bilgi puan ortalamaları arasında fark istatistiksel olarak önemli olduğu ve danışmanlık sayısı arttıkça bilgi puan ortalamasında artış olduğu saptanmıştır ($p<0.05$), (Tablo 5). Mısır'da yapılan bir çalışmada¹⁹ öğrencilerin %83'ünün eğitimleri sırasında emzirmeye ilişkin yeterli bilgi ve deneyim kazandıklarını ifade ettikleri, %70'inin doğum sonrası dönemde annelerin bebeklerini emzirmelerine yardım konusunda kendilerini yeterli ya da çok yeterli buldukları belirlenmiştir. Tschetter'in çalışmasında³⁴ hemşirelik öğrencilerinin bilgi puanlarının düşük olmasına rağmen emzirmenin desteklenmesi konusunda kendilerini yeterli hissettikleri saptanmıştır. Freed ve arkadaşları²⁶ da hemşirelik öğrencilerinin yaklaşık $\frac{3}{4}$ 'ünün annelere emzirmenin başlatılmasında yardımda ve yarıdan fazlasının ise (%69) annelerin emzirme konusundaki ihtiyaçlarını karşılamada kendilerini yeterli hissettiklerini belirlemişlerdir. Çalışmamızda öğrencilerin %96.5'i danışmanlık yaparken kendilerini yeterli hissettiklerini ifade etmiştir (Tablo 4). Bu sonuçlar emzirme davranışının toplumda istenilen düzeye gelebilmesinde hemşirelerde lisans eğitiminden itibaren uygulamaya dayalı interaktif eğitim yöntemlerinin önemli olduğunu göstermektedir. Ayrıca çalışmamızda öğrencilerin danışmanlık yaptıkları emzirme konularının içeriğine baktığımızda; her boyutta yeterli düzeyde danışmanlık yapamadıkları belirlenmiştir. Öğrencilerimizin önemli bir kısmının etkili emzirme, anne sütünün yararları, meme bakımı ve meme problemleri (%94-95) ve ek gıdalar konusunda danışmanlık yaptıkları görülürken (%80.5), ilaçlar ve emzirme, özel durumlarda emzirme, laktasyonun fizyolojisi ve baskılanması konularında daha az

danışmanlık yaptıkları belirlenmiştir (Tablo 3). Bu sonuç öğrencilerimizin kapsamlı bilmedikleri konularda daha az danışmanlık hizmeti verdiklerini veya bu durumlar ile sık karşılaşmadıkları için danışmanlık yapmadıklarını düşündürmektedir. Öğrencilerimizin emzirme konusunda danışmanlık yaptıkları yerlere baktığımızda çoğunluğunun danışmanlık hizmetini hastanelerde (%88.2) ve kadınların evlerinde (%78.1) yaptıkları görülmektedir. Bu durum emzirme danışmanlığının özellikle doğum ve kadın sağlığı hemşireliği, çocuk sağlığı hemşireliği, halk sağlığı hemşireliği derslerinin uygulaması sırasında yapılmış olmasından kaynaklanmaktadır. Ayrıca öğrencilerin %21'inin derslerinin uygulaması dışında da emzirme danışmanlığı yaptığını ifade etmesinin (Tablo 4) emzirme konusunda öğrencilerin duyarlılık kazandıklarının göstergesi olması bakımından önemli olduğunu da söyleyebiliriz.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu çalışma bulguları, Türkiye'nin başkentindeki lisans düzeyinde hemşirelik eğitimi veren ve çalışmanın yürütüldüğü okullarının ders programında emzirme konusuna yönelik verilen eğitimin iyi düzeyde olduğunu göstermektedir. Bu sonucu Türkiye'de güvenli annelik ve bebek dostu hastane yaklaşımının hemşire eğitimciler tarafından özüksendiğinin bir göstergesi olarak yorumlayabiliriz. Ancak emzirme konusunda bilgi düzeyi düşük bulunan okullarda emzirme konusunun içerik ve işleniş biçiminden yeniden gözden geçirilmesi gerektiği söylenebilir. Bu amaca yönelik olarak emzirme konu ağırlığının artırılması ve interaktif eğitim teknikleriyle yapılmasının önemli olduğu düşünülmektedir. Teorik bilginin uygulamaya aktarımında kolaylık sağlanması bakımından emzirme kontrol listesi kullanılmasının da öğrenciye beceri kazandırılmasına yardımcı olduğu belirlenmiştir. Öğrencilerin sahip oldukları teorik bilgileri kullanabilecekleri ortamlarda uygulama yapmaları büyük önem taşımaktadır. Mezun hemşirelerin emzirme konusundaki bilgi eksikliğinin mezuniyet sonrası hizmet içi eğitim programlarında vaka çalışmaları, rol play, problem çözme ve kanıta dayalı projeler gibi değişik yöntemler kullanılarak giderilmesi önerilir.

KAYNAKLAR

1. Chen A, Rogan WJ. Breastfeeding and the risk of postneonatal death in the United States. *Pediatrics* 2004; 113(5):435-439.
2. World Health Organization (2009) Infant and young child feeding : model chapter for textbooks for medical students and allied health professionals. URL: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597494_eng.pdf, Ocak 6, 2016.
3. Horta BL, Bahl R, Martinez JC, Victora CG. Evidence on the long-term effects of breastfeeding systematic reviews and meta-analyses. Geneva: World Health Organization; 2007. URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43623/1/9789241595230_eng.pdf, Ocak 6, 2016.
4. Thompson J. Breastfeeding benefits and implications: Part two. *Community Practitioner* 2005; 78(6):218-219.
5. World Health Organisation & UNICEF. Global strategy for infant and young child feeding. Geneva: World Health Organization; 2003. URL: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241562218.pdf>, Ocak 6, 2016.
6. Kramer MS, Kakuma R. The optimal duration of exclusive breastfeeding: review. Geneva: The Cochrane Library; 2009. Issue:4.

7. World Health Organisation. World health statistics 2011. Geneva: World Health Organization; 2011. URL: http://www.who.int/publications/world_health_statistics/EN_WHS2011_full.pdf, Ocak 6, 2016.
8. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü. Türkiye nüfus ve sağlık araştırması 2013. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü; 2014.
9. Duman N. Home care after postpartum early discharge. TAF Preventive Medicine Bulletin 2009; 8(1):73-82.
10. World Health Organisation & UNICEF (2009). baby-friendly hospital initiative: revised, updated and expanded for integrated care. Geneva: WHO, UNICEF & Wellstart International. URL: http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9789241594967_s1/en/index.html, Ocak 6, 2016.
11. U.S. Department of Health and Human Services. The Surgeon General's Call to Action to Support Breastfeeding. Washington DC: U.S. Department of Health and Human Services, Office of the Surgeon General. 2009.
12. Philipp BL, McMahon MJ, Davies S. Breastfeeding information in nursing textbooks needs improvement. Journal of Human Lactation 2007; 23(4):345-349.
13. Britton C, Mc Cormick FM, Renfrew MJ, Wade A, King SE. Support for breastfeeding mothers. Cochrane Library 2007 Jan 24;(1):CD001141.
14. Westdahl C, Goertez SP. Promotion of breastfeeding—beyond the benefits. International Journal of Childbirth Education 2006; 21(4): 8-16.
15. Condon M. Breast is best, but it could be better: What is in breast milk that should not be? Pediatric Nursing 2005; 31(4): 333-338.
16. Boyd AF, Spatz DL. Breastfeeding and human lactation: Education and curricular issues for pediatric nurse practitioners. Journal of Pediatric Health Care 2013 March-April; 27(2): 83-90.
17. Ward KN, Byrne JP A critical review of the impact of continuing breastfeeding education provided to nurses and midwives. Journal of Human Lactation 2011; 27(4): 381-393.
18. Watkins AL, Dodgson EJ. Breastfeeding educational interventions for health professionals: A synthesis of intervention studies. Journal for Specialists in Pediatric Nursing 2010; 15(3): 223-232.
19. Ahmed A, el Guindy SR. breastfeeding knowledge and attitudes among Egyptian baccalaureate students. International Nursing Review 2011; 58: 372-378.
20. Spear HJ. Baccalaureate nursing students' breastfeeding knowledge: A descriptive study. Nurse Education Today 2006; 26(4): 332-337.
21. Marzalic PR. Breastfeeding Education in University Nursing Programs, Health Sciences, University of Illinois at Chicago 2004: 140.
22. Chiu FH, Gau ML, Kuo SC, Chung UL. Common problems of clinical performance examination in breastfeeding instruction for nursing baccalaureate students. Journal of Nursing Research 2003; 11(2): 109-117.
23. Chen CH, Shu HQ, Chi CS. Breastfeeding knowledge and attitudes of health professionals and students. Acta Paediatrica Taiwanica 2001; 42(4): 207-211.
24. Register N, Eren M, Lowdermilk D, Hammond R, Tully MR. Knowledge and attitudes of pediatric office nursing staff about breastfeeding. Journal of Human Lactation 2000; 16(3): 210-215.
25. Patton CB, Beaman M, Csar N, Lewinski C. Nurses' attitudes and behaviors that promote breastfeeding, Journal of Human Lactation 1996; 12 (2): 111-115.
26. Freed GL, Clark SJ, Harris BG, Lowdermilk DL. Methods and outcomes of breastfeeding instruction for nursing students. Journal of Human Lactation 1996; 12 (2): 105-110.
27. Dodgson JE, Tarrant M. Outcomes of a breastfeeding educational intervention for baccalaureate nursing students. Nurse Education Today 2007; 27: 856-867.

28. Bozzette M, Posner T. Increasing student nurses' knowledge of breastfeeding in baccalaureate education. *Nurse Education in Practice* 2013 May; 13(3) :228-33.
29. Ahmed A, Bantz D, Richardson C. Breastfeeding knowledge of university students. *MCN* 2011; 36(6): 361-367.
30. Spatz DL. The breastfeeding case study: A modal for educating nursing students. *Journal of Nursing Education* 2005; 44(9): 432-434.
31. Spatz DL, Pugh LC, The Academy of Nursing Expert Panel on Breastfeeding: The integration of the use of human milk and breastfeeding in baccalaureate nursing curricula. *Nursing Outlook* September-October 2007; 55(5): 257-263.
32. Anjum Q, Ashfaq T, Siddiqui H. Knowledge regarding breastfeeding practices among medical students of Ziauddin University Karachi. *J Pakistan Medical Association* 2007; 57(10): 480-483.
33. Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses. Breastfeeding (position Statement) 2007. URL: http://www.awhonn.org/awhonn/content.do?name=05_HealthPolicyLegislation%2F05_BreastfeedingAdvocacy.htm. Ocak 6, 2016.
34. Tschetter LJ. Graduating nursing students' self-efficacy regarding breastfeeding management, PhD Dissertation. University of South Dakota; 2007.

Bakteriyel Vajinozisin Preterm Eylem Üzerine Etkisi

The Effect of Bacterial Vaginosis on Preterm Labor

(Derleme)

Tuğba DÜNDAR*, Sevgi ÖZSOY**

öz

Her yıl yaklaşık 15 milyon bebek, preterm eylemle doğmakta ve yaklaşık 1 milyon çocuk, preterm eylem sonucu gelişen komplikasyonlar nedeni ile hayatını kaybetmektedir. Preterm eylem gelişiminde rol oynadığı düşünülen çok sayıda risk faktörü bulunmaktadır. Genetik faktörler değiştirilemez risk faktörleri arasında iken; gebelik yaşı, enfeksiyonlar, çoğul gebelik, stres, beslenme dengesizliği ve sigara içme gibi faktörler değiştirilebilir risk faktörleri arasında yer almaktadır. Değiştirilebilir risk faktörleri arasında yer alan enfeksiyonlardan biri bakteriyel vajinozistir. Bakteriyel vajinozis, kadınlarda sıklıkla görülen ve çoğunlukla asemptomatik seyreden bir durumdur. Bu nedenle, düzenli pelvik muayene yaptırmayan kadınlarda teşhis ve tedavisi gecikmektedir. Çok eşli olanlar, sigara içenler, vajinal duş yapanlar ve siyah ırktan olanlar bakteriyel vajinozis açısından risk altındadır. Bakteriyel vajinozis, üreme çağındaki kadınlarda sık rastlanan bir enfeksiyon olduğu için gebelik sırasında da görülebilmektedir. Neredeyse her kadının hayatının bir parçasını oluşturan gebelik döneminde, bakteriyel vajinozisin varlığının, preterm eylem görülme riskinde artışa neden olduğu belirlenmiştir. Bu nedenle; hemşirelerin, bakteriyel vajinozis açısından riskli gebeleri belirlemede, takip etmede, gerektiğinde tedaviye yönlendirmede, vajinal enfeksiyonlar ve korunma yolları ile ilgili eğitim ve danışmanlık vermede preterm eylemlerin önlenmesi açısından önemli rolü vardır.

Anahtar Kelimeler: Bakteriyel vajinozis, gebelik, hemşirelik, preterm eylem

ABSTRACT

Approximately 15 million babies are born prematurely each year and about 1 million children die because of complications resulting from preterm labor. There are a great number of risk factors that are thought to play a role in the development of preterm labor. While genetic factors are among the unmodifiable risk factors; gestational age, infections, multiple pregnancy, stress, nutritional imbalance and smoking are among the modifiable risk factors. Among one of the infections in modifiable risk factors is bacterial vaginosis. Bacterial vaginosis is a common condition seen among women and are usually asymptomatic. For this reason, diagnosis and treatment are delayed in women who do not have regular pelvic examinations. Women who are polygamous, smokers, practice vaginal douching and black are at risk for bacterial vaginosis. Bacterial vaginosis can also be seen during pregnancy because it is a common infection in

*Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Doğum-Kadın Sağlığı Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Aydın, Türkiye, E-mail: tugbadndr@gmail.com, Tel: 0256 213 88 66, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6693-0820>

**Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Doğum-Kadın Sağlığı Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Aydın, Türkiye, E-mail: sevgiozsoy09@gmail.com, Tel: 0256 213 88 66, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8851-8140>

Geliş Tarihi: 13 Temmuz 2017, Kabul Tarihi:01 Şubat 2018

Atrf/Citatan: Dündar T., Özsoy S. Bakteriyel Vajinozisin Preterm Eylem Üzerine Etkisi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2018; 5(2):... <https://doi.org/>

women of reproductive age. It has been determined that bacterial vaginosis in pregnancy causes an increased risk of developing preterm labor. Therefore, nurses play a crucial role in identifying and following up risky pregnancies in terms of bacterial vaginosis, referral to care if necessary, providing education and consultancy on vaginal infections and ways of prevention, and thus prevent preterm labor.

Key Words: Bacterial vaginosis, pregnancy, nursing, preterm labor

GİRİŞ

Preterm eylem, 20. ve 37. gebelik haftası arasında, ilerleyici servikal efasman ve dilatasyona yol açan uterus kontraksiyonlarının varlığı olarak tanımlanmaktadır^{1,2}. Dünya genelinde her yıl yaklaşık 15 milyon gebe, 37. gebelik haftasından önce doğumunu gerçekleştirmekte ve bu sayı giderek artmaktadır¹. 2015 yılı Kasım ayı itibari ile 100 canlı doğumda preterm eylem görülme oranının en fazla olduğu ilk beş ülke; Malawi (%18,1), Komoros (%16,7), Kongo (%16,7), Zimbabwe (%16,6) ve Ekvator Ginesi (%16,5)'dir¹. Ülkemizde ise 2010 yılı preterm eylem oranı 100 canlı doğumda 12'dir³. Preterm eylem, beş yaş altı ölümlerin önde gelen nedenlerinden biridir. Dünya üzerinde, preterm eylemin getirdiği komplikasyonlar nedeni ile her yıl yaklaşık 1 milyon çocuk hayatını kaybetmektedir.

Preterm eylemlerin %60'dan fazlası Afrika ve Kuzey Asya'da görülmekle birlikte, gelir düzeyi düşük olan ülkelerdeki bebeklerin %12'si, gelir düzeyi yüksek olan ülkelerdeki bebeklerin ise %9'u erken doğmaktadır. Ancak, gelir düzeyi yüksek olan ülkelerde doğan preterm bebeklerin neredeyse tamamı hayatta kalırken; gelir düzeyi düşük olan ülkelerde doğan preterm bebeklerin yarısı sağlık hizmetlerindeki yetersizlik nedeni ile hayatını kaybetmektedir¹. Hayatta kalan bebeklerin ise bir kısmı, öğrenme güçlüğü, görme ve işitme ile ilgili problemlerle karşı karşıya kalmaktadır^{1,4}.

Preterm eylem, sosyo-ekonomik faktörler^{1,5,6} (sigara içme, kötü beslenme vb.), enfeksiyonlar (bakteriyel vajinozis - BV), üriner sistem enfeksiyonu), obstetrik faktörler (serviks kısıklığı ve servikal yetmezlik, gebelik sırasında kanama, çoğul gebelik ile fetal malformasyonlar^{5,6}, preterm eylem öyküsünün varlığı⁷ ve maternal kronik hastalıklar (diyabet, hipertansiyon, anemi vb.)¹ gibi pek çok nedenle görülebilmektedir. Ayrıca gebelikler arasında geçen sürenin 12-15 aydan kısa olması⁸⁻¹⁰, gebelik yaşının 35 ve üstünde olması^{11,12} olması, yüksek düzeyde psikolojik ya da sosyal stres yaşamak, sigara, alkol ve ilaç alımında artışına neden olan depresyon varlığı da⁷ preterm eylem riskini artırmaktadır. Preterm eyleme neden olan faktörlerden sosyo-ekonomik faktörler, gebelik aralığının kısa olması ve genital yol enfeksiyonlarından biri olan BV değiştirilebilir risk faktörleri arasında yer almaktadır¹³⁻¹⁵.

Bakteriyel Vajinozis

Üreme çağındaki pek çok kadında görülebilen anormal vajinal akıntının nedenlerinden birisi BV'dir ve vakaların yaklaşık yarısında asemptomatik seyretmektedir¹⁵⁻¹⁷. Cinsel aktif kadınlarda yaygın olarak görülen BV, vajinanın normal florasında bulunan Lactobacillus bakterilerinde azalma ve her ortamda yaşayabilen fakültatif bakterilerde artma ile ortaya çıkan bir durumdur.

Sağlıklı vajinal flora, vajinal dengenin sürdürülmesi açısından önemlidir. Kadının fertil çağı boyunca düzenli olarak oluşan vajinal sekresyon, servikal glandlar başta olmak

üzere bartolin ve uterin glandların sekresyonlarından oluşur. Normal vajinal sekresyon, 3.8-4.2 arasında asidik bir pH'a sahip, kokusuz, renksiz ve kansızdır⁸. Aerobik olan normal vajinal florada, en sık Laktobasiller görülmekle birlikte Bakteroides, Peptokoklar, Staphylococcus epidermidis, Korinobakteriler, Peptostreptokoklar, B ve D grubu streptokoklar, Escherichia coli (E.coli) ve Eubakteriumlar da bulunmaktadır. Candida albicans, Gardnerella vaginalis ve Trichomonas vaginalis ise düşük miktarlarda görülmektedir. Normal vajinal flora pH'ı; hormonal durum, cinsel aktivite, kullanılan kontraseptif yöntem ve ilaçlar gibi nedenlerden dolayı değişiklik gösterebilmektedir¹⁹.

Laktobasil aktivitesi, kadınları genital enfeksiyonlardan korumak ve vajinal floranın doğal ve sağlıklı dengesini sürdürmek için gereklidir^{20,21}. Vajinadaki doğal denge, fizyolojik laktobasiller ile patojen bakteriyel flora arasında, patojenlerin yayılımını önlemeye karşı bir savunma sağlamaktadır^{4,16,22}. Vajinada; Lactobacillus jensenii, Lactobacillus gasseri, Lactobacillus iners ve Lactobacillus crispatus gibi farklı Laktobasil suşları bulunmaktadır. Bu lactobacillus türleri; asit dayanıklı mikroorganizmaların büyümesini inhibe eden, vajinal pH'ı 4,5 olarak sürdürmek üzere gerekli olan laktik asit ve diğer mikroorganizmalar için güçlü bir antibiyotik molekülü olan hidrojen peroksit üretmekte^{15,21} ve vajinanın duvarlarına yapışarak patojen mikroorganizmaların adezyonunu önlemektedir¹⁵. Lactobacillus azaldığında vajen pH'ı düşerek anaerobik mikroorganizmaların (Prevotella species, Mobiluncus species vb.), Gardnerella vaginalis, Ureaplasma ve Mycoplasma miktarında artış görülmektedir^{16,23}. Gardnerella vaginalis ve Mycoplasma, bakterilerin alt genital yolda büyümeleri için zemin hazırlayıp E.coli gibi gram (-) bakterilerin vajinada daha kolay kolonize olmasını sağlayarak BV gelişimine yol açmaktadır. Özellikle asemptomatik bakteriüri ve E.coli varlığı BV gelişme riskini iki kat artırmaktadır²⁴.

Risk Faktörleri

Sigara içme, çok eşli cinsel yaşam, vajinal duş, kronik stres, yetersiz perine hijyeni ve genetik/ırksal faktörler BV oluşumunda rol oynamaktadır^{4,16,22,25}. Vajinal duş, vajinal floradaki Laktobasillerin sayısının azalmasına ve vajen pH'ının asidik yapısının bozulmasına yol açmaktadır. Bunun sonucu olarak genital yol enfeksiyonları meydana gelmektedir^{20,26}. Vajinada Laktobasillerin yetersiz olması aynı zamanda preterm eylem riskini de artırmaktadır²⁷. Menstruasyon döneminde hijyenik ped kullanılmaması veya kullanılan pedlerin yeteri kadar sık değiştirilmemesi, BV görülme sıklığında artışa yol açmaktadır²⁵. Eğitim düzeyi düşük ve/veya olumsuz koşullarda yaşayan kadınlar hem hijyen ile ilgili bilgi yetersizliği hem de hijyen uygulamaları için gerekli materyallere ulaşımında kısıtlılıklar yaşamaktadır. Ayrıca bu grupta sigara ve alkol kullanımı gibi sağlıksız yaşam davranışları daha sık görüldüğünden BV oluşma riski yaygındır^{28,29}. Daha önce BV geçirmiş olan kadınlarda preterm doğum riski 7 kat daha fazladır³⁰. Günümüzün en yaygın sorunlarından biri olan stres de immün sistemin baskılanmasına yol açarak diğer enfeksiyonlarda olduğu gibi BV görülme sıklığında da artışa neden olabilmektedir²⁹.

Klinik ve Mikrobiyolojik Tanı

Bakteriyel vajinoziste ince, homojen, gri-beyaz ve balık kokulu bir akıntı görülmektedir. Bu akıntıya nadiren vulva ve vajende oluşan kaşıntı eşlik edebilmektedir. Vajinal

akıntının pH'ı 4,5 ya da daha fazla olabilmektedir. Tanı koymak için yapılan taze yaymada, normal vajen florası ve Laktobasiller görülmemektedir. Vajen epitel hücre membranına gram negatif basillerin yapışması sonucu noktalı görünüm alması ile "clue cell" (ipucu hücreleri) oluşur. Bu hücreler mikroskopik olarak vakaların %20'sinden fazlasında görülmektedir. Vajinal akıntıya potasyum hidroksit (KOH) solüsyonunun eklenmesi ile ortaya çıkan balıksı koku "whiff testi"nin (koku testi) pozitif olduğu anlamına gelmektedir^{19,23,31}.

Gebelikte Bakteriyel Vajinozisin Preterm Eylem Üzerine Etkisi

Gebelikte östrojen hormonunun, Lactobasillusların aktivitesi ve çoğalması üzerine olumlu etkileri bulunmaktadır. Bu nedenle, gebelik ilerledikçe genital flora daha sağlıklı hale gelmektedir. Ancak patojen mikroorganizmalar, östrojen miktarının artması sonucu vajina epitelinde daha fazla miktarda depolanan glikojenden faydalanarak artıp²¹ enfeksiyona ve preterm eyleme neden olabilmektedir³².

Bakteriyel vajinozis gebeliğin erken haftalarında düşüklere, ilerleyen haftalarda preterm eyleme^{34,35} ve erken membran rüptürüne neden olabilmektedir^{27,35}. Gebelikte ortaya çıkan BV, preterm eylemlerin özellikle gebeliğin 32. haftasından önce gerçekleşmesine yol açmaktadır^{22,36-38}. Yapılan bir meta analize göre, gebeliklerinde BV enfeksiyonu geçirenlerde preterm eylem gelişme riski 2 kat daha fazladır³⁰. Bakteriyel vajinozisin geliştiği gebelik haftası da preterm eylem riskinde farklılıklara yol açmaktadır. Gebeliğin 16. haftasından önce BV olan kadınlarda preterm eylem riski 4 kat daha fazladır^{30,39}. Usui ve ark.⁴¹'nin 1. ve 2. trimesterdeki 1958 gebe ile yaptıkları araştırmada, preterm eylem yaşayan kadınların %17'sinde Lactobasillerin anlamlı derecede azaldığı belirlenmiştir. Yapılan başka bir araştırmada²⁷ ilk trimesterde anormal vajinal florası olan kadınların, normal vajinal flora sahibi olanlara göre daha fazla preterm eylem riskine sahip oldukları gösterilmiştir. Nejad ve Shafaie⁴¹'nin İran'da yaptıkları araştırmada, preterm doğum yapan gebelerde term doğum yapan gebelere göre anlamlı derecede fazla BV olduğu saptanmıştır.

Etken ve Bulaşma Yolları

Bakteriyel vajinozise neden olan mikroorganizmanın türü preterm eylemde etkili olmakla birlikte Mycoplasma'nın preterm eylem riskini artırdığı belirtilmektedir⁴². *Gardnerella vaginalis*, amniyotik sıvıda enfeksiyona neden olan mikroorganizmalar arasında da yer almaktadır. Mikroorganizmalar genellikle fetüse ve amniyotik kaviteye vajina veya serviksten asendan yolla, plasenta aracılığı ile hematojen yayılımla, periton boşluğundan retrograd yolla fallop tüplerine doğru yayılımla ve amniyosentez, kordosentez gibi uygulamalarla girmektedir. Bu yollardan en yaygın, asendan yolla olan giriştir⁴³. Mikroorganizmaların asendan yolla amniyotik sıvıya girişi dört aşamada meydana gelmektedir. İlk aşamada, vajina ve/veya servikste patojen mikroorganizmaların varlığı veya fakültatif organizmaların proliferasyonu görülmektedir. İkinci aşamada, mikroorganizmaların servikal bölgeden intrauterin kaviteye doğru ulaşması, üçüncü aşamada, enfeksiyonun fetal damarlar veya amniyotik sıvı içinden amniyotik kaviteye ilerlemesi ve son aşamada da amniyotik sıvıda bulunan mikroorganizmaların fetüse geçişi görülmektedir^{43,44}.

Patofizyoloji

Preterm eylemde temel olarak, genital yolda prostoglandin ve proteaz yapımında artma, serviks, desidua ve miyometriyumdaki progesteron reseptör sayısında azalma, fonksiyonel progesteron düzeyinde düşüş görülmektedir. Enfeksiyonlar prostoglandinlerin salınımında artışa neden olan faktörlerden biridir²⁴. Mikroorganizmalar, prostoglandin ve/veya matriks yıkım enzimlerinin üretimini uyaran sitokinlerin (interlökin vb.) salınımına neden olmaktadır^{4,45}. İntrauterin enfeksiyonlar doğal bağışıklık sisteminin aktive olmasına da neden olmaktadır. Enfeksiyon bölgesinde yerleşen makrofajlar ve polimorf nüveli lökositler, sitokin ve prostoglandin salgılamaktadır⁴⁶. Prostoglandinler, uterus kontraksiyonlarının uyarılmasına; matriks yıkım enzimleri ise fetal membranlardaki ekstrasellüler membranı yıkararak erken membran rüptürüne yol açmaktadır⁴.

Tanı ve Tedavi

Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (Centers for Disease Control and Prevention) ile Avustralya, Kanada ve Amerika Birleşik Devletleri'nin rehberleri BV'nin preterm doğum için düşük düzeyde bir risk faktörü olması nedeni ile rutin tarama önermemektedir⁴⁷⁻⁵⁰. Ayrıca gebelik sırasında vajinal akıntının sık görülen fizyolojik bir durum olduğu ve sadece kalıcı, rahatsız edici akıntısı olan gebelerin taramasının yapılabileceği önerilmektedir⁵⁰. Preterm eylem riski yüksek olan gebelerde, asemptomatik BV açısından tarama yapılmaması, semptomatik BV varsa tedavi edilmesi önerilmektedir⁴⁷⁻⁴⁹. Cinsel partner tedavisi gerektirmeyen bir durum olan BV'nin gebelik sırasındaki tedavisine yönelik standart bir protokol bulunmamaktadır. Genel olarak BV'nin tedavisinde; metronidazole, klindamisin veya tinidazole kullanılmaktadır. Gebelikte sadece semptomatik enfeksiyon varlığında tedavi olması gerektiğini savunanlar olmakla birlikte asemptomatik BV tedavisi de tartışmalıdır¹⁶.

Hemşirelik Bakımı

Kadın sağlığı hemşirelerinin bireyi ve toplumu BV, risk faktörleri ve önlenmesi konularında eğitime görevleri prekonsepsiyonel dönemden itibaren başlamaktadır. Gebelik öncesinde ve gebelik döneminde BV'nin önlenmesi, erken tanılanabilmesi ve tedavi edilmesinde hemşirelik girişimlerinin rolü büyüktür. Hemşirelerin gebelik öncesi dönemde ve gebelik sırasında BV'nin önlenmesindeki rol ve sorumlulukları şunlardır;

- Bakteriyel vajinozisin oluşumundaki risk faktörleri kadın sağlığı hemşireleri tarafından iyi bilinmelidir. Tüm kadınlardan obstetrik öykü, genital akıntı öyküsü, aile planlaması öyküsü, temizlik ve hijyen uygulamaları ile menstrual dönem uygulamalarına ilişkin kapsamlı bir öykü alınmalıdır.
- Kadınları perine hijyeni ve normal/anormal akıntı gibi konularda bilgilendirmeli, sigara ve alkolden uzak durma gibi sağlıklı yaşam davranışlarının kazandırılması açısından desteklemeli, stresle baş etme yöntemleri ile ilgili eğitimler verilmelidir.
- Bakteriyel vajinozis tedavisi sırasında kadının tedaviye adaptasyonunu sağlamalı ve doğru hijyen uygulamalarını kazanması konusunda destek olunmalıdır.

- Antenatal dönemde preterm eylem ya da BV açısından risk grubundaki gebeleri daha sık izlemeli, vajinal enfeksiyonlardan korunma konusunda danışmanlık vermeli ve gerekli durumlarda tedavi için yönlendirmelerde bulunmalıdır. Postpartum dönemde ise kadınların enfeksiyon belirtileri açısından dikkatli bir şekilde izlenmeli, enfeksiyon ve hijyen konularında bilgilendirilmeleri gerekmektedir.

SONUÇ

Bakteriyel vajinozis, gebelik öncesi dönemde ya da gebelik sırasında tedavi edilmediğinde, gebeliğin seyrini etkileyerek maternal ve fetal sağlıkla ilgili olumsuz sonuçlara neden olabilmektedir. Abortus, erken membran rüptürü veya doğum sonu enfeksiyon riskinin artması anne sağlığını olumsuz etkilerken; prematüre eylem ya da intrauterin gelişme geriliği riskindeki artış fetal sağlığın olumsuz etkilenmesine neden olabilmektedir. Prematüre eylem sonucunda yenidoğan yoğun bakım ünitesine olan ihtiyaç artmakta, doğum sonu dönemde annenin hastanede kalış süresi uzamaktadır. Sonuç olarak, önlenilebilir bir durum olan BV nedeni ile ortaya çıkan bu durumlar; birey, aile ve toplum sağlığını olumsuz yönde etkilerken ülkenin sağlık giderlerine ayrılan bütçede artışa neden olacaktır.

KAYNAKLAR

1. World Health Organisation. URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/en/> April 20, 2016.
2. Gelişen O, Sivashoğlu AA. Preterm eylem. In: Çiçek MN, Akyürek C, Çelik Ç, Haberal A, editörler. Kadın sağlığı ve hastalıkları. Ankara: Güneş Kitabevi; 2006. s. 726-727.
3. World Health Organisation. World health statistics, Geneva; 2013. p. 114.
4. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spong CY. Williams obstetrics. 23rd edition. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2010. p. 804-830.
5. Passini R, Cecatti JG, Lajos GJ, Tedesco RP, Nomura ML, Dias TZ, et al. For the brazilian multicentre study on preterm birth study group brazilian multicentre study on preterm birth (emip): prevalence and factors associated with spontaneous preterm birth. Plos One 2014 9(10):1-12.
6. Schleußner E. The prevention, diagnosis and treatment of premature labor. Dtsch Arztebl International 2013; 110(13):227-236.
7. Offiah I, O'Donoghue K, Kenny L. Clinical risk factors for preterm birth. In: Morrison JC editor, Preterm birth - mother and child . InTech Published; 2012. p.368
8. DeFranco, EA, Stamilio, DM, Boslaugh, SE, Gross, GA, Muglia, LJ. A short interpregnancy interval is a risk factor for preterm birth and its recurrence. American Journal of Obstetrics and Gynecology 2007 197(3):264-e1.
9. Nerlander, LM, Callaghan, WM, Smith, RA, Barfield, WD. Short interpregnancy interval associated with preterm birth in US adolescents. Maternal and Child Health Journal 2015 19(4):850-858.
10. Janša, V, Blickstein, I, Lučovnik, M, Fabjan-Vodušek, V, Verdenik, I, Tul, N. The impact of interpregnancy interval on subsequent risk of preterm birth. The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine 2017:1-7.
11. Waldenström, U, Cnattingius, S, Vixner, L, Norman, M. Advanced maternal age increases the risk of very preterm birth, irrespective of parity: a population based register study. Bjog: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology 2017; 124(8):1235-1244.

12. Cavazos-Rehg, PA, Krauss, MJ, Spitznagel, EL, Bommarito, K, Madden, T, Olsen, M. Et al. Maternal age and risk of labor and delivery complications. *Maternal and Child Health Journal* 2015 19(6):1202-1211.
13. Cauci S, Culhane JF. High sialidase levels increase preterm birth risk among women who are bacterial vaginosis-positive in early gestation. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 2011 204:142.e1-9
14. Hobel CJ. Obstetrik komplikasyonlar: preterm eylem, erken membran rüptürü, intrauterin büyüme kısıtlılığı, postterm gebelik ve intrauterin fetal kayıp. In: Hacker NF, Moore JG, Gambone JG, editors, *Obstetrik ve jinekolojinin temelleri 1. Baskı. Nobel Tıp Kitabevi; 2009. s.167-168.*
15. Saling E, Dräger M. Program for prevention of infection-related premature births. infectious pregnancy complications. 1st Edition. USA: Nova Science Publishers; 2009. p. 167-175.
16. Hendrix NW. Bacterial vaginosis. Preterm birth: prevention and management. 1st Edition. Wiley-Blackwell; 2010. p.161-162.
17. Marazzo J. Bacterial vaginosis. sexually transmitted diseases. 1st Edition. New Jersey: Wiley-Blackwell; 2012. p. 54-56.
18. Taşkın L. Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği. 12. Baskı. Ankara: Sistem Ofset; 2014, s. 585-586
19. Balcı O, Çapar M. Vajinal enfeksiyonlar. *Turkish Journal of Obstetrics and Gynecology* 2005 2(5):14-20.
20. McGregor JA, French JI, Lench JB. Pelvik enfeksiyonlar: vulvovajinitler, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar ve pelvik inflamatuvar hastalık In: Hacker NF, Moore JG, Gambone JG editors, *Obstetrik ve jinekolojinin temelleri 1. Baskı. Nobel Tıp Kitabevi; 2009. s. 296-297.*
21. Donati L, DiVico A, Nucci M, Quagliozzi L, Spagnuolo T, Labianca A, et al. Vaginal microbial flora and outcome of pregnancy. *Arch Gynecol Obstet* 2010; 281: 589-600.
22. Yaltı E. Preterm eylem, EMR ve gebelik kaybı öyküsü olan gebelerde chlamydia trachomatis prevalansının araştırılması. *Eskişehir. Tıpta Uzmanlık Tezi; 2012. s.37-41.*
23. Centers for Disease Control and Prevention. URL: <http://www.cdc.gov/std/tg2015/bv.htm> June, 2015.
24. Hodgson EJ, Lockwood CJ. Preterm birth: a complex disease. In: Berghella V, editör, *Preterm birth: prevention and management. New Jersey: Wiley-Blackwell; 2010. p.9-12.*
25. Bahram A, Hamid Baghchesaraie, Zohre T. Prevalance of bacterial vaginosis and impact of genital hygiene practices in non-pregnant women in zanjan, iran. *Oman Medical Journal* 2009 24(4): 1-6.
26. Mete S, Gerçek E. Vajinal duşun yaygınlığı, etkileyen etmenler ve sonuçları. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2005: 55-61.
27. Donders GG, Van Calsteren K, Bellen G, ReybrouckR, Van Den Bosch T, Riphagen I, et al. Predictive value for preterm birth of abnormal vaginal flora, bacterial vaginosis and aerobic vaginitis during the first trimester of pregnancy. *BJOG* 2009;116:1315-1324.
28. Bartkeviciene D, Dumalakiene I, Silkunas M, Drasutiene G, Arlauskieni A, Zakaraviciene J. Bacterial vaginosis: risk factors and vaginal lavage cytokines IL-1B, IL-1RA. *Sveikatos Mokslai* 2011 21(6):10-15
29. Paul K, Boutain D, Manhart L, Hitti J. Racial disparity in bacterial vaginosis: the role of socioeconomic status, psychosocial stress and neighborhood characteristics and possible implications fo preterm birth. *Social Science & Medicine* 2008; 67: 824-833
30. Leitich, H, Bodner-Adler, B, Brunbauer, M, Kaider, A, Egarter, C, Husslein, P. Bacterial vaginosis as a risk factor for preterm delivery: a meta-analysis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2003 189(1):139-147.
31. Yum M, Smith J. Genital sistem enfeksiyonları. In: Lambrou NC, Morse AN, Wallach EE, editors. *Johns hopkins jinekoloji ve obstetri el kitabı. Ankara: Atlas Kitapçılık; 2000. s.201.*
32. Peterson E. İnfections during pregnancy. In: *Infections in obstetrics and gynecology. New York; 2006. p. 207.*

33. Hay PE, Morgan DJ, Ison CA. A longitudinal study bacteriel vaginosis during pregnancy. Br J Obstet Gynecol 1994;101:1048-1053.
34. Oakeshott, P, Kerry, S, Hay S, Hay P. Bacterial vaginosis and preterm birth: a prospective community-based cohort study. Br J Gen Pract 2004 54(499): 119-122.
35. Gupta A, Garg P, Nigam S. Bacterial vaginosis in pregnancy (<28 week) and its effect on pregnancy outcome: a study from a western up city. Indian Journal of Clinical Practice, 2013 23(11):740-744.
36. Hendler I, Andrews WW, Carey CJ, Klabanoff MA, Noble WD, Sibai BM, et al. The relationship between resolution of asymptomatic bacterial vaginosis and spontaneous preterm birth in fetal fibronectin-positive women. Am J Obstet Gynecol 2007 197(5):488:e1-5.
37. Lim KH, Brooks H, McDougal R, Burton J, Devenish C, de Silva T. Is there a correlation between bacterial vaginosis and preterm labour in women in the Otagoregion of New Zealand? Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology 2010;50: 226-229.
38. Nelson DB, Hanlon A, Nachamkin I, Haggerty C, Mastrogianis DS, Liu C, et al. Early pregnancy changes in bacterial vaginosis-associated bacteria and preterm delivery. Paediatr Perinat Epidemiol 2014;28: 88-96.
39. Tebes CC, Lynch C, Sinnott J. The effect of treating bacterial vaginosis on preterm labor. Infect Dis Obstet Gynecol 2003;11:123-129.
40. Usui R, Ohkuchi S, Matsubara S, Izumi A, Watanabe T, Suzuki M. Vaginal lactobacilli and preterm birth. J Perinat Med 2000;30:458-466.
41. Nejad VM, Shafae S. The association of bacterial vaginosis and preterm labor. J Pak Med Assoc. 2008;58(3).
42. Foxman B, Wen A, Srinivasan U, Goldberg D, Marris C, Owen J, et al. Mycoplasma, bacterialvaginosis-associated bacteria BVAB3, race, and risk of pretermbirth in a high-risk cohort. American Journal of Obstetrics and Gynecology 2014 210(226):1-7.
43. Romero R, Gotsch F, Mazaki-Tovi S, Kusanovic JP. İnflammation and infection. İn preterm birth: prevention and management. New Jersey: Wiley-Blackwell; 2010 p:59-60.
44. Kim MJ, Romero R, Gervasi MT, Kim JS, Yoo W, Lee DC, Mittal P et al. Widespread microbial invasion of the chorioamniotic membranes is a consequence and not a cause of intra-amniotic infection Lab Invest 2009 89(8):924-36.
45. Goldenberg RL, Andrews WW, Goepfert AR, Faye-Petersen O, Cliver SP, Carlo WA, et al. The alabama preterm birth study: umbilicalcord blood ureaplasma urealyticum and mycoplasmahominis cultures in very preterm newborn infants. Am J Obstet Gynecol. 2008 198(1):41-45.
46. Gelişen O, Çalışkan E. Erken membran rüptürü. In: Beksaç MŞ, Demir N, Koç A, editörler; Obstetrik: maternal-fetal tıp ve perinatoloji. Ankara: Medikal Network; 2001. s. 1156-1165.
47. Centers for Disease Control and Prevention. 2015 Sexually transmitted diseases treatment guidelines. URL: <https://www.cdc.gov/std/tg2015/specialpops.htm> , January, 2017
48. Australian STI Management Guideline For Use in Primary Care. <http://www.sti.guidelines.org.au/sexually-transmissible-infections/infections-associated-with-sex/bacterial-vaginosis#follow-up> March, 2016
49. Screening for bacterial vaginosis in pregnancy to prevent preterm delivery: U.S. preventive services task force recommendation statement. Ann Intern Med. 2008 148(3):214-219.
50. Yudin MH, Money DM, Boucher M, Cormier B, Gruslin A, Ogilvie G, et al. Screening and management of bacterial vaginosis in pregnancy. Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada 2008 30(8):702-708.

Hemşirelikte Mesleki Yetkinlik

Professional Competency in Nursing

(Derleme)

Azize KARAHAN*, Sultan KAV**

ÖZ

Yetkinlik bir kişinin görevleri doğru ve ustaca yapabilmesi için sahip olması gereken bilgi, beceri, yetenek, davranışlar ya da kapasitedir. Yetkinlik, hemşireler için önemli kriterlerdendir. Hemşirelikte yetkinlik çok boyutlu olduğundan üzerinde uzlaşılan ortak bir tanımı yoktur. Bilimsel yenilikler ve teknolojik gelişmeler hemşirelerin bu koşullara uyum sağlamasını, bakım gereksinimi ve beklentileri giderek artan hasta grubuna hizmet vermesini, farklı disiplinlerle bir arada çalışmasını ve çok sayıda hizmetin koordinasyonunu sağlamasını gerektirmektedir. Günümüzde hemşirelerin sağlık hizmetlerinin değişen yapısına uyum sağlamaları gerekliliği yetkinlik kavramını gündeme getirirken, yetkinlik geliştirmenin kolay olmadığı vurgulanmaktadır. Yetkinliği belirleyen özelliklerin ve yetkinliği etkileyen değişkenlerin bilinmesi, mezuniyet öncesinden başlayarak okul ve hastane yönetiminin işbirliğine dayanan ve hemşirelerin de içinde olduğu bir program oluşturma yetkinlik geliştirmeye katkı sağlayabileceği vurgulanmaktadır. Bu makalede hemşirelikte yetkinlik geliştirme ile ilgili literatürün incelenmesiyle, yöneticiler ve hemşirelerin konu ile ilgili gereksinimlerinin karşılanmasına katkı sağlanması amaçlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik, klinik yetkinlik, mesleki yeterlilik

ABSTRACT

Competency is the knowledge, skills, ability and behaviors or capacities that a person possesses in order to perform tasks correctly and skillfully. Competency is an important criterion for nurses. There is no consensus on common definition of competency in nursing because of its multidimensional nature. Scientific innovations and technological developments require nurses to adapt to these conditions, to serve increasingly demanding patient groups, to work together with different disciplines, and to coordinate many services. Today, while the necessity of adaptation of nurses to the changing structure of healthcare services brings the concept of competency to the agenda, it is emphasized that developing competency is not easy. It is stated that knowing the qualifications determining the competency and the variables affecting it, building a competency development program based on the cooperation of the school and hospital administrations including the nurses starting from undergraduate education can contribute to developing competence. In this article, it is aimed to contribute to meeting the needs of managers and nurses about the subject by examining the literature about developing competency in nursing.

Key Words: Nursing, clinical competency, professional competence

*Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Ankara, Türkiye,

E-mail: kazize@baskent.edu.tr, Tel: 0312 246 66 75, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6698-2121>

**Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Ankara, Türkiye,

E-mail: skav@baskent.edu.tr, Tel: 0312 246 66 75, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0361-7498>

Geliş Tarihi: 27 Eylül 2017, Kabul Tarihi: 28 Şubat 2018

Atf/Citiation: Karahan A., Kav S. Hemşirelikte Mesleki Yetkinlik. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2018; 5(2):... <https://doi.org/>

GİRİŞ

Yetkinlik Kavramı

Türk Dil Kurumu'nda yetkinlik “yetkin olma durumu, olgunluk, kemal, mükemmeliyet” olarak, yetkin ise “gerekli olgunluğa erişmiş, olgun, kâmil, mükemmel” şeklinde tanımlanmaktadır¹. Yetkinlik Fransızca ve Latince “yetkilendirmek (competens)” kelimesinden türetilmiştir². Literatürde “mükemmel performansın elde edilmesinde ayırt edici bilgi, beceri ve tutumları kapsayan gözlemlenebilir davranışlar”, diğer bir ifadeyle; bireyin işteki rol ve sorumluluklarının önemli bölümünü etkileyen eğitim yoluyla geliştirilebilen, performansı ile bağlantılı, kabul edilen standartlarla ölçülebilen bilgi, beceri ve kişisel özelliklerin birleşimidir^{3,4}.

Yetkinlik (competency) ve *yeterlilik (competence)* kavramları zaman zaman birbirinin yerine kullanılabilir. Literatürde de benzer durumun olduğu görülmektedir^{5,6}. Bununla birlikte yetkinlik ve yeterlilik birbirinden farklı kavramlardır. Birbirinin yerine kullanılması bu nedenle uygun değildir.⁵ *Yetkinlik*; olağanüstü performansı ayırt eden bireysel özellikleri nitelerken, *yeterlilik*; bireyin işini etkin yapabilmesi için gerekli minimum iş standartlarını ortaya koymaktadır. Diğer taraftan kişinin yetkin olabilmesi için aynı zamanda yeterli olması da gerekmektedir⁷. Yeterlilik ve yetkinlikle bir arada kullanılan diğer kavramlar nitelikli/yetkili ve vasıflı/yetenekli değildir. *Nitelikli/yetkili (qualified) kavramı*, hemşireleri tanımlamak için sıklıkla kullanılır; bir hemşirelik programından mezun olmuş, hemşire olarak çalışmak üzere yetkilendirilmiş kişi anlamına gelir. *Vasıflı/yetenekli (skilled) ise* hemşirelik becerilerine sahip olan bir hemşireyi tanımlamak için kullanılır⁷.

Yetkinlik, sağlık personeli için gerekli olan önemli kriterlerdendir⁸. Hemşirelikte yetkinlik kavramı çok boyutludur ve üzerinde fikir birliğine varılmış tek bir tanım bulunmamaktadır^{9,10}. Bir kişinin görevleri doğru ve ustaca yapabilmesi için sahip olduğu bilgi, beceri, yetenek ve davranışlar ve gerekli beceri, bilgi, yeterlilik veya kapasiteye sahip olma” şeklinde tanımlanmaktadır⁷. Hemşirelikte yetkin kişi ise hemşirelik bakımını güvenli ve etik olarak uygulamak için gerekli bilgi, beceri, yetenek ve yargıyı bütünleştiren ve farklı koşullar altında istenilen sonuçlarla görevini gerçekleştirme yeteneğine sahip kişidir¹¹⁻¹³.

Yetkinlik belirli aşamalardan geçtikten sonra kazanılabilmektedir. Benner (1984), bireylerin mesleki yeterlilik kazanma sürecini ‘Acemilikten Uzmanlığa’ modelinde beş aşamada tanımlamıştır¹⁴. Bireyler ilk aşamada deneyimsiz, yani acemi olarak nitelendirilir. Acemilikte geçirilen süre yaklaşık bir yıl kadardır. Bu bireyler sorumluluk almaya hazır değildir, verilen görevi yerine getirebilir ve talimatlarla çalışabilirler. İkinci aşamada birey gelişmiş acemi ya da deneyim kazanmış çalışan olarak nitelendirilir. Bu aşamada geçirilen süre yaklaşık iki yılı bulmaktadır. Bir sonraki aşama ise yetkinlik aşamasıdır. Yetkinlik aşamasındaki bireyler kompetan olarak da nitelendirilirler. Yetkin birey; çok sayıda gereksinimi yönetebilir ve başa çıkabilir; kavramları anlar, yeni bir problemi çözebilir ve aktif karar verebilir. Yetkinlik kazanmak yaklaşık 2-3 yılı alabilmektedir. Yetkinlik sonrası aşama “ustalık”, daha sonraki aşama ise “bilirkişi” ya da “uzman (ekspert)” şeklinde ifade edilen aşamadır. Uzman kişilerin; kapsamlı geçmişi, birikim ve deneyim vardır, olaylara analitik gözle bakarlar, olasılıklar hakkında vizyon sahibidirler, bilgi ve deneyime dayalı sezgileriyle olayın bütününe kavrarlar ve olayları tahmin edebilirler. Bireylerin uzman olabilmesi için en az beş yıllık deneyimle birlikte

çalıştığı alanla ilgili özel eğitime (sertifika ve lisans üstü eğitim gibi) sahip olmaları gerekmektedir¹⁴⁻¹⁶.

Hemşirelikte Mesleki Yetkinliklerin Belirleyici Özellikleri

Mesleki yetkinlikler temel, yönetsel ve beceri olarak üç grupta toplanmaktadır. Temel yetkinlikler her meslek üyesinin sahip olması beklenen iletişim, esneklik, ekip çalışması gibi özellikleri; yönetsel yetkinlikler planlama, organizasyon, liderlik gibi özellikleri; beceri boyutu ise mesleğe özgü becerilere sahip olmayı içermektedir¹⁷. Yetkinlikler ayrıca mesleki, klinik ve uzman yetkinlik olarak da sınıflanabilmektedir. Mesleki yetkinlik genel hemşirelik ile ilgili bilgi ve becerilerden oluşur. Klinik yetkinlik primer olarak klinik odaklı bilgi ve beceriyi içerir. Belirli bir alanda örneğin kardiyovasküler cerrahi hemşireliğinde temel becerileri kapsamaktadır. Uzman klinik yetkinlik ise bir alana özgü özel ve genellikle yetkinlik isteyen becerileri içerir. EKG izlemi ve yorumu, hemodinamik izlem, kalp seslerinin oskültasyonu ve resüsitasyon gibi kapsamlı eğitim ve yetkinlik gerektiren uygulamalar buna örnektir¹⁸.

Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde farklı sağlık meslek organizasyonlarının oluşturduğu bir komite hemşirelerin de içinde bulunduğu sağlık profesyonelleri için hasta merkezli bakımı sağlama, disiplinler arası işbirliği, informatiği kullanma, kalite geliştirme ve kanıta dayalı uygulama olarak beş yetkinlik alanı tanımlamıştır¹⁹. Sroczyński ve ark.(2011) ise Tıp Enstitüsü Modeli ve diğer modelleri baz alarak hemşireler için 10 yetkinlik alanı belirlemiştir. Bu yetkinlik alanları; hasta merkezli bakım, liderlik, profesyonellik, güvenlik, sisteme dayalı uygulama, ekip çalışması ve işbirliği, iletişim, bilgi ve teknoloji, kalite geliştirme ve kanıta dayalı uygulamalardan oluşmaktadır²⁰.

İç ve dış bazı faktörler klinik yetkinliği etkilemektedir. İç faktörler; bilgi beceri, mesleki bağlılık gibi bireysel özellikleri ve etkin iletişim, mesleki ilgi, hesap verebilirlik ve sorumluluk alma gibi mesleki deneyimlerini içerir. Dış faktörler ise etkin yönetim, denetim, izlem ve yetki gibi mesleki faktörlerden oluşurken; iyi eğitim, çalışma koşulları ve yeterli teknoloji gibi çevresel faktörleri de içerir^{21,22}. Yetkinlik mesleki deneyim, pozisyon ve eğitim düzeyi arttıkça gelişmektedir. Ayrıca hemşirelerin çalıştıkları alan, profesyonel davranma becerisi, mesleki gelişim ve daha çok beceri kazanmak için istekli olması yetkinliği ve yeterliliği etkilemektedir^{23,24}. Yapılan çalışmalarda yetkin hemşirelerde olması gereken özellikler;

- holistik bakış açısına sahip olma,
- etkili bakımı gerçekleştirme,
- klinik karar verme, eleştirel düşünme ve problem çözme becerisine sahip olma,
- sorumluluk alma,
- kanıtları kullanarak bilgi, beceri, duyarlı tutum ve değerleri bütünleştirme kapasitesine sahip olma ve
- fonksiyonel yeterliliğe sahip olma şeklinde belirtilmiştir^{11,16,21,25-27}.

Hemşirelikte Yetkinliğin Bakım Kalitesi ile İlişkisi

Sağlık bakımı giderek karmaşık hale gelmekle birlikte hastalara güvenli, kaliteli bakım sunumuyla istenmeyen sonuçları azaltma zorunluluğunu getirmektedir. Hemşirelik

mesleği bu düzeyde bakım sağlamak için yeterliliği nasıl ölçeceği ve sürdüreceği konularında güçlük yaşamaktadır⁹⁷. Yetkinlik geliştirme sürecinin anlaşılması ve hemşirelerin uygulamadaki yetkinlik düzeyini sürekli değerlendirmek bakım kalitesini etkiler¹⁰. Hemşirelerin yeterliliğinin değerlendirilmesi mesleki gelişim gereksinimlerinin belirlenmesi, kalite gelişimi için alanlar ve akreditasyon için gereklidir. Klinik hemşirelerin yeterlilik düzeylerinin göz ardı edilmesi bakım kalitesi ve güvenliğini olumsuz etkileyecektir²⁸.

ABD Tıp Enstitüsü (IOM-Institute of Medicine) 1999 yılında tıbbi hatalar ile ilgili çarpıcı bir rapor hazırlamış ve sonrasında “*yetkin hemşireler hastalara güvenli bakımı sağlamada önemli role sahiptir*” şeklinde belirterek hemşirelik mesleği için yetkinliğin önemini vurgulamıştır²⁹. Aiken ve ark. (2003) istenmeyen hasta sonuçlarından; hastanın durumunun kötüye gitmesini belirleyemeyen, uygun tedaviyi gerçekleştirilmeyen ve komplikasyonların uygun yönetimini sağlamada yetkin olmayan hemşirelerin sorumluluğu olduğunu vurgulanmaktadır³⁰. Smith ve Crowford (2003)’ün çalışmasında yeni mezun lisanslı hemşirelerin (n=601) %49’u, hasta bakımı ile ilgili hatalarda, %75’i ise ilaç hatalarında sorumlulukları olduğunu bildirmişlerdir³¹. Çalışmalarda hemşirelik öğrencileri ve yeni mezun hemşireler bazı alanlarda kendilerini yetkin olarak görseler de yetkinlik ile ilgili sınırlılıkları olduğunu da vurgulamışlardır^{11,27,32}. Tayvan’da yapılan bir çalışmada Yetkinliğe Dayalı Eğitim alan hemşirelik öğrencilerinin (n=163) geleneksel eğitim alan öğrencilere (n=149) göre akademik başarılarının daha iyi olduğu; çekirdek yeterlik ve üst bilişsel becerilerinin geleneksel eğitim alan öğrencilere göre daha fazla geliştiği belirlenmiştir³³. Hemşirelikte Kalite İçin Yetkinlik Modeli’nde hemşirelerde olması istenen yedi kriter tanımlanmıştır. Bu kriterler Şekil 1 ‘de açıklanmıştır.



Şekil 1. Hemşirelikte Kalite için Yetkinlik Modeli⁶

Hemşirelikte Yetkinliğin Geliştirilmesine Yönelik Strateji ve Öneriler

Hemşirelikte yetkinlik kavramı ve değerlendirilmesi ile ilgili tam bir görüş birliğinin olmaması önemli bir sorundur. Yetkinlik değerlendirmesinin çok yönlü doğası, meslek için özel uygulamalarda farklılıklar ve hemşirelik uygulamalarının uzmanlık düzeyinde evrimleşmesi yetkinlik kazanmayı zorlaştırmaktadır¹⁶. Yetkinliğin kolay olmamakla birlikte uygun stratejilerle geliştirilebileceği belirtilmektedir. Yetkinlik geliştirme stratejileri kurumsal ve bireysel özellikler taşır. Kurumsal stratejiler klinik eğitim, düzenli izlem, sürekli eğitim ve kapasite geliştirme gibi **örnekleri içerirken, bireysel stratejiler; bilimsel toplantılara**, kurslara ve sertifika programlarına katılmayı ve literatür takip etmeyi içermektedir²⁴. Yetkinlik geliştirmeye mezuniyet öncesi başlanması ve özellikle temel yetkinliklerin bu dönemde kazandırılması önerilmektedir. **Öğrenciye** her bir yetkinlik için gerekli bilgi, beceri ve tutumun açıklanması; bilgi, beceri ve güvenli tutumu bütünleştirmesi için vakaya dayalı uygulamalara katılımının sağlanması, simülasyon gibi farklı öğrenim fırsatlarının oluşturulması, klinik uygulama saatinin arttırılması ve aynı klinikte daha uzun süre kalması için olanak sağlanması öneriler arasındadır^{25,32}. Klinik ortamda yetkinlik geliştirmek için başlıca öneriler ise;

- Hemşirelerin bilgi ve beceriyi bütünleştirebilmelerine olanak sağlayan çalışma ortam ve koşulların oluşturulması,
- Oryantasyon, hizmet içi eğitim ve mentörlük programları yoluyla pozisyona özgü eğitim ve profesyonel gelişimin sağlanması,
- Simülasyon, uzaktan eğitim gibi farklı eğitim yöntemlerinden yararlanılması,
- Klinik eğitimciler ve rehberler ile birlikte kurumun politika ve prosedürleri gibi dokümanlara erişimin sağlanması,
- Yeni başlayan hemşirelere rehberlik/mentörlük yapmak üzere deneyimli hemşirelerin belirlenmesi ve desteklenmesi,
- Liderlik özelliklerini (bağlılık, sorumluluk, empati, karar verme becerisi, etkin iletişim, yönetim vb.) geliştirmeye yönelik eğitim programlarına katılma olanağı sunulması,
- Yeni başlayan hemşirenin deneyimli hemşirelerle eşleştirilmesi ve gereksinimlerinin dikkate alınarak iş yükü ve çalışma listesinin düzenlenmesi; tartışma için yeterli zaman ayrılması,
- Hemşirelerin kendi yetkinliklerini gösterebilmeleri için fırsat tanınması,
- Uygulama gelişimi için vazgeçilmez olan sorumluluk, hesap verebilirlik, yapıcı geri bildirim ve formal değerlendirme süreci hakkında netlik sağlanmasını içermektedir^{21,24,34,35}.

Yetkinliğin Değerlendirilmesi

Yetkinliğin geliştirilmesi kadar yetkinliğin değerlendirilmesi de önemlidir. Yetkinliğin doğrudan değerlendirilmesi oldukça zordur. Yeterliliğin yetkin olmadan bir basamak olduğu dikkate alındığında genellikle yeterlilik için yapılan değerlendirmeler yetkinliğin ortaya konulmasına da katkı sağlar. Yanhua ve Watson(2011) yeterlik/yetkinliği değerlendirmede yedi yaklaşımdan yararlandığını ve en fazla portfolyo üzerinde durulduğunu belirlemiştir. Portfolyonun aktif öğrenmeyi, bireysel hesap verebilirliği

teşvik ettiği ve eleştirel düşünme becerisini geliştirdiği, ancak bu yaklaşımda objektif bir değerlendirmenin güç olduğu belirtilmektedir. Yeterliliğinin değerlendirilmesinde en fazla önerilen diğer yaklaşımlar Objektif Yapılandırılmış Klinik Sınav (OSCE: Objective Structured Clinical Examination) ve mentörlüktür. OSCE yararlı ve pozitif objektif bir değerlendirme stratejisi olarak kabul edilirken, konu ile ilgili yapılan çalışmalarda örneklem sayılarının küçük olması ve psikometrik uygunluğun olmaması bir sınırlılık olarak nitelendirilmektedir³⁶. Mentörlüğün ise yeni mezun hemşirelerde bilgi, beceri ve özgüveni anlamlı şekilde geliştirdiği belirtilmektedir³⁷. Görüldüğü gibi yetkinliğin çok yönlü doğası değerlendirmelerin de çok yönlü olmasını gerektirmektedir. Belirtilen hemşirelik yaklaşımlarına ek olarak, hemşirelerin:

- Oryantasyon programları ve hizmet içi eğitimlerde ve gözlem yoluyla uygulamalardaki performansının değerlendirilmesi,
- hemşire hakkında yönetici, akran, hasta ve kendi öz bildirim ve görüşlerinin alınması;
- bakım planlarının ve gerçekleştirdiği/katıldığı araştırmaların gözden geçirilmesi,
- bilimsel toplantılar, kurslar, projelere katılma ve mesleki derneklere sorumluluk alma durumunun izlenmesi,
- aldığı ödüller,
- mezuniyet sonrası eğitim alma durumu ve
- denetim raporları ve uygulama günlükleri gibi özel dokümanların incelenmesi yoluyla yetkinlik değerlendirmesi yapılabilir^{16,18}.

Bireyin yetkin olabilmesi için yeterli olması gerekmektedir⁹⁷. Hemşirelerin yeterliklerinin değerlendirilmesinde uygun ölçeklerden yararlanılabilmektedir. Bu durum dikkate alındığında ölçekler, hemşirelerin yetkinliklerinin değerlendirilmesine de dolaylı olarak katkı sağlamaktadır. Tablo 1'de literatürde yaygın olarak kullanılan ölçeklere örnekler verilmiş ve Türkçe'ye geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılanlar belirtilmiştir (Tablo 1).

SONUÇ ve ÖNERİLER

Hemşirelerden sürekli yenilenen teknoloji ve bilgiye hakim olmayı gerektiren kompleks çalışma ortamına uyum sağlaması, bakım gereksinimi ve beklentileri giderek artan hasta grubuna hizmet vermesi ve farklı disiplinlerle çalışma ve koordinasyonu sağlama sorumluluğunu alması istenmektedir. Günümüzde hemşirelerin mezuniyet öncesi edindikleri bilgi ve beceri bu nedenle yeterli olmamakta sağlık hizmetlerinin değişen yapısına uyum sağlamaları ve katkı vermeleri beklenmektedir. Hemşirelerin bu beklentileri karşılayacak yetkinliğe ulaşması ise yetkinlik geliştirmeyi etkileyebilecek tüm faktörlerin dikkate alındığı, mezuniyet öncesinden başlayarak okul ve hastane yönetiminin işbirliğine dayanan ve bireyin de kendi sorumluluğunun farkında olarak katkı verdiği bir yetkinlik geliştirme programının oluşturulması ile mümkün olabilecektir.

Tablo. 1. Hemşirelikte yeterliliği değerlendirmede kullanılan ölçekler

Ölçeğin Adı	Yazarlar	Kapsamı
Hemşire Yeterlilik Ölçeği (Nurse Competence Scale)	Literatürde en sık kullanılan ölçektir ³⁸ . Meretoja ve ark. tarafından geliştirilmiştir, 2004 ³⁹	73-madde 4'lü likert ve 7 alt kategori: yardım edici rol (7 madde), öğretim-koçluk (16 madde), tanışal işlevler (7 madde), durumu yönetme (8 madde), terapötik girişimler (10 madde), kaliteyi sağlama (6 madde) ve iş rolü (19 madde).
Algılanan Yeterlilik Ölçeği (Perceived Competence Scale)	Gillespie ve ark., 2007 ⁴⁰	12 madde Alt boyutları bulunmamaktadır; tüm maddeler için yanıtlar 5'li likert (1: Kesinlikle katılmıyorum-5 kesinlikle katılıyorum) şeklinde verilmektedir, yüksek puanlar algılanan yeterliliğin iyi olduğunu gösterir.
Hemşirelik Yeterlilik Öz Etkinlik Ölçeği (Nursing Competence Self-Efficacy Scale)	Kennedy ve ark., 2015 ⁴¹	22 madde 9'lu likert (1: yapamam- 9: yapabilirim) ve 4 faktörlüdür: yeterlilik (5 madde), özgeçmişlik (7 madde), koruma (6 madde), liderlik (4 madde)
Hemşire Kültürel Yeterlilik Ölçeği (Nurse Cultural Competence Scale)	Perng ve Watson, 2012 ⁴² Gözüm, Tuzcu ve Kırcı tarafından 2016 yılında Türkçeye Geçerlilik ve Güvenirlilik çalışması yapılmıştır ⁴³ .	20 madde, 5'li likert (1: Kesinlikle katılmıyorum-5 kesinlikle katılıyorum) ve 3 alt grup: kültürel beceriler (12 madde), kültürel bilgi (6 madde) ve kültürel duyarlılık (2 madde).
Holistik Hemşirelik Yeterlilik Ölçeği (Holistic Nursing Competence Scale)	Takase ve Teraoka, 2011 ⁴⁴	36 madde, 7'li likert ve 5 faktörlüdür: Personel eğitimi ve yönetim (9 madde), etik odaklı uygulama (9 madde), genel yetenek (7 madde), bir ekipte hemşirelik bakımı (7 madde), mesleki gelişim (4 madde).
Hemşire Profesyonel Yeterlilik Ölçeği (Nurse Professional Competence Scale)	Nilsson ve ark., 2014 ²⁸	88 madde; 4'lü likert (1: çok düşük derecede -4 çok yüksek derecede) ve 8 faktörlüdür: hemşirelik bakımı (15 madde), değere dayalı hemşirelik bakımı (8 madde), tıbbi teknik bakım (10 madde), öğretim/ öğrenme ve destek (11 madde), dokümantasyon ve bilgi teknolojisi (4 madde), hemşirelikte mevzuat ve güvenlik planlaması (9 madde), hemşirelikte liderlik ve gelişme (26 madde), personel/öğrenci denetim ve eğitimi (5 madde)

KAYNAKLAR

1. TDK Güncel Türkçe Sözlük. URL: http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&sarama=gts&guid=TDK.GTS.587faa5fbb4968.13116473.25 Eylül 2017
2. Scott Tilley DD. Competency in nursing: A concept analysis. J Contin Educ Nurs 2008 Feb;39(2):58-64.

3. Çiftçi M, Öztürk UC. Yetkinlik bazlı personel seçme faaliyetleri ve Türkiye'deki büyük ölçekli işletmelerin işgören seçme modeli tercihlerindeki eğilimler, SÜ İİBF Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi 2013 Nisan;13(25):145-72.
4. Valloze J. Competence: A concept analysis. Teaching and learning in nursing 2009 October; 4(4):115-18
5. Laibhen-Parkes N. Evidence-based practice competence: A concept analysis. Int J Nurs Knowl 2014 Oct;25(3):173-82.
6. Church CD. Defining competence in nursing and its relevance to quality care. J Nurses Prof Dev 2016 Sep-Oct;32(5):E9-E14.
7. Smith SA. Nurse competence: A concept analysis. Int J Nurs Knowl 2012 Oct;23(3):172-82.
8. Boylan CR, Westra R. Meeting Joint Commission requirements for staff nurse competency. J Nurs Care Qual 1998 Apr;12(4):44-8.
9. Cowan DT, Norman I, Coopamah VP. Competence in nursing practice: A controversial concept- a focused review of literature. Nurse Educ Today 2005 Jul;25(5):355-62.
10. Axley L. Competency: A concept analysis. Nursing Forum 2008;43(4):214-22.
11. Kajander-Unkuri S, Meretoja R, Katajisto J, Saarikoski M, Salminen L, Suhonen R, et al. Self-assessed level of competence of graduating nursing students and factors related to it. Nurse Educ Today 2014 May;34(5):795-801.
12. American Nurses Association (ANA). Competency model. August 2013; URL:https://learn.ana-nursingknowledge.org/template/ana/publications_pdf/leadershipInstitute_competency_model_brochure.pdf. 25 Eylül 2017.
13. Colloge of Nurses of Ontario. Competencies for entry-level registered nurse practice. Jan 2014; URL: https://www.cno.org/globalassets/docs/reg/41037_entrytopractic_final.pdf. 25 Eylül 2017.
14. Benner P. (1984). From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice. Menlo Park: Addison-Wesley;1984. pp. 13-34.
15. OMNE. Maine nurse core competencies.2013; URL:<http://www.omne.org/site/pdf/ME-RN-Competencies.pdf>. 25 Eylül 2017.
16. EdCan-National Education Framework Cancer Nursing. Competency assessment in nursing. A summary of literature published since 2000. April 2008; URL:http://edcan.org.au/assets/edcan/files/docs/EdCancompetenciesliteraturereviewFINAL_0.pdf. 26 Eylül 2017
17. Akgeyik T. İnsan kaynaklarında yetkinlik yönetimi. İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi Mecmuası 2002;52(1);69-89.
18. Thompson DR. Cardiac nursing - acute/episodic care career pathway. competency statements. British Association for Nursing in Cardiac Care. 2014 Jan; URL:http://www.bcs.com/documents/86F_banca_competency_statements.pdf. 25 Eylül 2017.
19. Greiner AC, Knebel E. Health professions education: A bridge to quality. institute of medicine (us) committee on the health professions education summit; Editors: Ann C. Greiner and Elisa Knebel. Washington (DC): National Academies Press (US); 2003. ISBN-10: 0-309-08723-6ISBN-10: 0-309-51678-1
20. Sroczyński M, Gravlin G, Seymour Route P, Hoffart N, Creelman P. Creativity and connections: The Future of nursing education and practice: The Massachusetts Initiative. Journal of Professional Nursing 2011 November-December;27(6):e64-e70
21. Bahreini M, Shahamat S, Hayatdavoudi P, Mirzaei M. Comparison of the clinical competence of nurses working in two university hospitals in Iran. Nurs Health Sci 2011 Sep;13(3):282-8.
22. Memarian R, Salsali M, Vanaki Z, Ahmadi F, Hajizadeh E. Professional ethics as an important factor in clinical competency in nursing. Nurs Ethics 2007; 14 (2):203-14
23. Kim K, Han Y, Kwak Y, Kim J. Professional quality of life and clinical competencies among Korean nurses. Asian Nurs Res 2015 Sep;9(3):200-6

24. Santos APA, Camelo SHH, Santos FC, Leal LA, Silva BR. Nurses in post-operative heart surgery: professional competencies and organization strategies. *Rev Esc Enferm USP* 2016;50(3):472-78.
25. Rhodes MK, Morris AH, Lazenby RB. Nursing at its best: competent and caring. *Online J Issues Nurs*. 2011 Feb;16(2):10.
26. Nobahar M. Competence of nurses in the intensive cardiac care unit. *Electron Physician* May 2016; 8(5): 2395-2404.
27. Nehrir B, Vanaki Z, Mokhtari J, Khademolhosseini SM, Ebadi A. Competency in nursing students: A Systematic review. *Int J Travel Med Glob Health* 2016;4(1):3-11.
28. Nilsson J, Johansson E, Egmar AC, Florin J, Leksell J, Lepp M, et al. Development and validation of a new tool measuring nurses self-reported professional competence--The Nurse professional Competence (NPC) Scale. *Nurse Educ Today*. 2014 Apr;34(4):574-80.
29. Institute of Medicine of the National Academies (IOM). The Richard and Hinda Rosenthal lectures 2003: keeping patients safe - transforming the work environment of nurse. Institute of Medicine of the National Academies. ISBN: 0-309-54643-5 2004; URL:https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK215430/pdf/Bookshelf_NBK215430.pdf.
30. Aiken LH, Clarke SP, Cheung RB, Sloane DM, Silber JH. Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality. *JAMA* 2003 Sep 24; 290(12): 1617-23.
31. Smith J, Crawford L. Report of findings from the practice and professional issues survey 2002. 2003; URL:https://www.ncsbn.org/PPI_spr02_vol7.pdf. 26 Eylül 2017
32. Cheng CY, Liou SR. Perceptions of clinical competence among nurse pregraduates: Do different types of nursing programs make a difference? *J Nurs Educ Pract* 2013; 3(9): 139-47.
33. Fan JY, Wang YH, Chao LF, Hsu LL. Performance evaluation of nursing students following competency-based education. *Nurse Educ Today*. 2015; 35(1):97-103.
34. Iley K, McNulty L, Jones I, Yorke J, Johnson M. Developing competence in cardiac care through the use of blended learning: course members' and mentors' accounts. *Nurse Educ Today* 2011 May;31(4):323-7.
35. Boudreau P, Lewis S, Allen D, Bruce E, Black J, Martens P, et al. Entry to practice competencies for the registered nurses profession. College and Association of Registered Nurses of Alberta. 2013 May; URL:http://www.cno.org/globalassets/docs/reg/41042_entrypracprn.pdf. 26 Eylül 2017.
36. Yanhua C, Watson R. A review of clinical competence assessment in nursing. *Nurse Educ Today* 2011 Nov; 31(8): 832-36.
37. Komarath S, Oumtane A. Using a mentorship model to prepare newly graduated nurses for competency. *J Contin Educ Nurs* 2009;40 (10): 475-480.
38. Flinkman M, Leino-Kilpi H, Numminen O, Jeon Y, Kuokkanen L, Meretoja R. Nurse Competence Scale: a systematic and psychometric review. *J Adv Nurs* 2017 May;73(5):1035-50.
39. Meretoja R1, Isoaho H, Leino-Kilpi H. Nurse competence scale: Development and psychometric testing. *J Adv Nurs* 2004 Jul;47(2):124-33.
40. Gillespie BM1, Chaboyer W, Wallis M, Grimbeek P. Resilience in the operating room: developing and testing of a resilience model. *J Adv Nurs* 2007 Aug;59(4):427-38.
41. Kennedy E, Murphy GT, Misener RM, Alder R. Development and psychometric assessment of the Nursing Competence Self-Efficacy Scale. *J Nurs Educ* 2015 Oct;54(10):550-8.
42. Perng SJ, Watson R. Construct validation of the Nurse Cultural Competence Scale: A Hierarchy of abilities. *J Clin Nurs* 2012 Jun;21(11-12):1678-84.
43. Gözüüm S, Tuzcu A, Kirca N. Validity and reliability of the Turkish Version of the Nurse Cultural Competence Scale. *J Transcult Nurs* 2016 Sep;27(5):487-95.
44. Takase M, Teraoka S. Development of the Holistic Nursing Competence Scale. *Nurs Health Sci* 2011 Dec;13(4):396-403.

D Vitamini Eksikliğine Bağlı Rikets ve Hemşirelik Bakımı

Vitamin D Deficiency Rickets and Nursing Care

(Derleme)

Tuğçe TORUN*, Hicran ÇAVUŞOĞLU*

öz

Rikets, tüm dünyada çocuklarda görülen en yaygın metabolik kemik hastalığıdır. Kemiklerde şekilsel bozukluk ve yetersiz büyüme ile karakterize olan rikets uzun dönemde kemik sağlığı üzerinde etkileri olan bir hastalıktır. Hastalığın yaygınlığı birçok ülkede D vitamini destek programları, besinlerin D vitamini ile zenginleştirilmesi ve güneş ışınlarının D vitamini sentezindeki önemine yönelik farkındalık oluşturulması ile önemli ölçüde azaltılmıştır. Fakat tüm çabalara rağmen rikets özellikle 0-6 yaş arasındaki çocuklar arasında görülmeye devam etmekte olan önemli bir halk sağlığı sorunudur. Özellikle maternal D vitamini eksikliği sonucu görülen neonatal D vitamini eksikliği ciddi hipokalsemik konvülsiyonlara neden olarak çocukta nörolojik problemlere yol açabilmektedir. Rikets, önlenmesi ve tedavisi mümkün olan bir çocukluk çağı hastalığıdır. Hastalığa bağlı olarak kemiklerde görülen şekil bozuklukları büyüme gelişme döneminde olan çocuklarda tedavi ile düzeltilebilmektedir. Hemşirelerin risk altındaki anneler ve çocukları erken dönemde belirlemesi hastalık yükünün azaltılmasında önemlidir. Bu nedenle bu makalede D vitamini eksikliğine bağlı çocuklarda görülen riketsin belirti ve bulguları, risk altındaki çocuklar ve riketsin önlenmesi ve tedavisinde hemşirenin sorumlulukları üzerinde durulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Çocuk, hemşirelik bakımı, rikets

ABSTRACT

Rickets is the most common metabolic bone disease seen in children all over the world. Rickets, characterized by deformity and insufficient growth of the bones, have long-term effects on bone health. The prevalence of the disease has been significantly reduced in many countries by programs such as vitamin D supplementation, enrichment of foods with vitamin D and awareness of the importance of sunlight in vitamin D synthesis. However, despite all efforts, rickets is an important public health problem that continues to be seen, especially among children aged 0 to 6 years. Neonatal D vitamin deficiency, which especially is seen because of maternal vitamin D deficiency, can cause severe hypocalcemic convulsions leading to neurological problems in the child. Rickets is a childhood illness that can be prevented and treated. The bone deformities due to the disease can be corrected by treatment in growing

*Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye,

E-mail: tugce-aras@hotmail.com, Tel. 0312 305 15 80, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2175-7208>

**Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye,

E-mail: hcavusog@hacettepe.edu.tr, Tel. 0312 305 15 80, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5090-743>

Geliş Tarihi: 3 Ekim 2018, Kabul Tarihi: 25 Mayıs 2018

29 Kasım- 2 Aralık 2017 tarihlerinde Antalya, Türkiye’de yapılan 6. Ulusal 1.Uluslararası Pediatri Hemşireliği Kongresi’nde Poster Bildiri olarak sunulmuştur.

Atf/Citatan: Torun T., Çavuşoğlu H. D Vitamini Eksikliğine Bağlı Rikets ve Hemşirelik Bakımı. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2018; 5(2):... <https://doi.org/>

and developing children. It is important for nurses to identify at-risk mothers and children early on to reduce disease burden. Therefore, this article focuses on the signs and symptoms of rickets in children due to deficiency of vitamin D, children at risk and the responsibilities of the nurses in the prevention and treatment.

Key Words: *Child, nursing care, rickets*

GİRİŞ

Rikets, tüm dünyada çocuklarda görülen en yaygın metabolik kemik hastalığıdır¹. Kemiklerde şekilsel bozukluk ve yetersiz büyüme ile karakterize olan rikets uzun dönemde kemik sağlığı üzerinde etkileri olan bir hastalıktır². Kalsiyum ve fosfat eksikliğine dayalı sınıflandırmaya göre riketsin iki şekli vardır: Hipokalsemik rikets ve hipofosfatemik rikets³. Hipokalsemik rikets kalsiyum eksikliği ile karakterizedir. D vitamini düzeyi yeterli olsa da kalsiyum alımı düşük olduğunda rikets görülür⁴. Hipofostatemik rikets ise serumda paratiroid hormon düzeyi normal düzeyde iken, fosfatürük hormonun(FGRF23) artışından ya da fosfatın geri emilimini engelleyen bir böbrek hastalığından dolayı serum fosfat düzeyinin düşük olması ile seyredir⁵.

Kalıtımsal ya da bir hastalığa bağlı sekonder olarak D vitamini, kalsiyum ve fosfor metabolizmasında meydana gelen sorunlar nedeniyle görülen rikets tipleri olmakla birlikte nutrisyonel rikets (besinlerle yetersiz D vitamini, kalsiyum ve fosfor alımına bağlı) tüm dünyada önemli bir halk sağlığı sorunudur⁴. Bu makalede D vitamini eksikliğine bağlı nutrisyonel riketsin nedenleri, sonuçları ve hastalıktan korunmada ve hastalık yönetiminde hemşirenin rolü üzerinde durulacaktır.

Dünya’da ve Türkiye’de Rikets Prevelansı

Nutrisyonel rikets prevelansına bakıldığında, hastalık ile ilgili veriler çoğunlukla gelişmiş ülkelerden gelmesine karşın dünyada rikets hastalığının yükü daha çok Afrika, Orta Doğu ve Asya’dadır⁵. Etiyopya, Mısır, Sudan ve Libya gibi bol güneş alan ülkelerde, geleneksel ve dini nedenlerle giyilen kapalı kıyafetlerin güneşten faydalanılma düzeyini azaltması nedeniyle D vitamini eksikliğine bağlı rikets görülmektedir⁶.

İngiltere’de yapılan ulusal beslenme araştırmasına göre bazı azınlık grupların, özellikle de Güney Asya kökenlilerin, D vitamini eksikliği yönünden risk altında oldukları belirtilmiştir⁵. Amerika Birleşik Devletleri’nde rikets daha çok Afrika kökenli Amerikalı süt çocukları ile sınırlı iken, Avrupa’da Hindistan, Pakistan, Bangladeş, Afrika ve Orta Doğu’dan gelen göçmenlerde yaygın şekilde görülmektedir. Benzer şekilde Avustralya’da da göçmenler arasında rikets yaygındır⁶.

Ülkemizde ise üç yaş altı çocuklarda 1998’de %6 olan hastalık görülme sıklığının 2008’de %0.1’e düştüğü bildirilmiştir⁷. Bu durumun 2005 yılında 0-12 aylık bebeklere ücretsiz D vitamini damlası verilmesini içeren ‘D vitamini profilaksisi programı’nın bir sonucu olduğu belirtilmektedir⁷. Fakat ülkemizde riketsin devam eden bir sorun olduğunu gösteren çalışmalar vardır⁸⁻¹⁰. Türkiye Sağlık Araştırması 2016 verilerine göre 0-6 yaş arası çocuklarda son 6 ay içinde D vitamini eksikliğine bağlı kemikte şekil bozukluklarının görülme sıklığı %1,8 olarak belirtilmiştir¹¹.

Nutrisyonel Riketsin Nedenleri

D vitamini eksikliği yıl boyunca güneş alan ülkeler de dahil olmak üzere birçok ülkede nutrisyonel riketsin altında yatan en önemli etmendir. Ancak Güney Afrika ve Nijerya gibi bazı ülkelerde riketsin etiolojisinde kalsiyum eksikliği vardır. Kronik kalsiyum eksikliği kalsiyumun az miktarda alınmasından ya da bakteri ya da parazitlerin neden olduğu bağırsak enfeksiyonları nedeniyle kalsiyum emiliminin yetersizliğinden kaynaklanabilir⁵.

Türkiye’de nutrisyonel riketsin neredeyse tamamen D vitamini eksikliğine bağlı olduğu bildirilmiştir¹². Ülkemizde özellikle maternal D vitamini eksikliği sık görülmektedir¹³. Maternal D vitamini eksikliği yenidoğan ve erken bebeklik dönemindeki D vitamini eksikliği ve rikets için en önemli risk faktörüdür. Maternal D vitamini eksikliği için düşük sosyoekonomik düzey, düşük eğitim düzeyi ve kapalı kıyafetler giyme en önemli risk faktörleri arasında olduğu belirtilmiştir¹³. Anne sütünde bulunan D vitamini düzeyi, annenin D vitamini düzeyi ile ilişkilidir¹⁴. Sadece anne sütüyle beslenen ve D vitamini desteği ya da yeterince güneş ışığı almayan çocuklarda rikets görülme sıklığı artmaktadır¹⁴. Yapılan bir çalışmada maternal D vitamini eksikliğinin konjenital riketse yol açtığı gösterilmiştir¹⁵. Düşük düzeyde D vitamini içeren anne sütüyle beslenme süresinin uzaması ve bebekte D vitamininden zenginleştirilmiş ek besinlere geçişin gecikmesi de D vitamini eksikliğine yol açmaktadır¹.

D vitamini eksikliğinde diğer önemli etmenler arasında; kapalı yerlerde yapılan aktivitelerin artması, endüstriyel kirlilik ve mevsimsel değişiklikler nedeniyle yeterince güneş ışığı alınmaması yer almaktadır¹. Bireylerin yaşamlarını sürdürdükleri enlem, güneş ışınlarından faydalanma düzeyini etkilemektedir. Kuzey yarım kürede 35° enlem ve güney yarım kürede 32° enlem üzerindeki yerlerde (Kuzey ve Güney kutup noktalarına daha yakın bölgelerde) özellikle kış aylarında vitamin D sentezi önemsenmeyecek kadar düşük düzeydedir². Ekvatordan uzaklaşıldığında, UV B ışınlarının büyük oranda ozon tabakası tarafından emilmesi sonucu D vitamini sentezi azalmaktadır¹⁶.

Bağırsaklardan emilim bozukluğu varlığında da yeterince güneş ışığı alınmasına karşın D vitamini eksikliği görülebilir. Gastrointestinal hastalıklar, D vitamini emilim bozukluğuna yol açabilir¹⁷. Crohn hastalığı olan çocuklarda D vitamini düzeyinin incelendiği bir çalışmada, D vitamini eksikliğinin yaygın olduğu belirlenmiştir¹⁸. Ayrıca D vitamini yağda çözünen ve emilimi için safra gerekli olan bir vitamindir. Bu nedenle karaciğer-safra kaynaklı bozukluklar, D vitamini emilimini engelleyebilir¹⁷. Kronik karaciğer hastalığı olan bireylerde D vitamini düzeyinin incelendiği bir çalışmada hastaların %92’sinde D vitamini eksikliği belirlenmiştir¹⁹.

Risk Grupları

Nutrisyonel rikets için belirlenen maternal risk faktörleri arasında koyu cilt rengine sahip olma, tüm vücudu kapatacak şekilde giyinme, sonbahar ve kış mevsimlerinde yüksek derecedeki enlemlerde yaşamak, ağırlıklı olarak kapalı mekanlarda yaşamak, engellilik ve hava kirliliği gibi nedenlerle güneş ışınlarından faydalanamamak, D vitamini ve kalsiyum yönünden düşük diyet, malnütrisyon ve yoksulluk gibi etmenler olduğu bilinmektedir²⁰. Bebek ve çocuklara ilişkin risk faktörleri arasında ise maternal D vitamini eksikliğine bağlı olarak görülen neonatal D vitamini eksikliği, D vitamini

desteği almamak, D vitamini desteği almadan sadece anne sütü ile beslenmenin 6 aydan uzun sürmesi, koyu cilt rengine sahip olmak, güneş ışınlarından faydalanma miktarının az olması, D vitamini ve kalsiyum yönünden düşük diyet gibi etmenler olduğu belirtilmektedir²⁰.

D Vitamini, büyük oranda (%80) güneş ışığında bulunan 290-315 nanometre dalga boyundaki UV-B ışınlarının ciltte bulunan 7-dehidrokolestrolü (provitamin D) aktive etmesi sonucu oluşur^{3,14}. Geri kalan D vitamini ise (%20) besinler ile alınır³. 25 hidroksivitamin D, D vitamini sentezinde artan bir metabolittir ve klinik olarak D vitamini düzeyinin göstergesi olarak kullanılır^{1,2}. Serum 25 hidroksivitamin D, 30-50 nmol/L arasında olması D vitamini yetersizliği ve 30nmol/L'den az olması D vitamini eksikliği olarak tanımlanmaktadır²¹. Serum 25 hidroksivitamin D düzeyinin en düşük alt limitin üzerinde sürdürülebilmesi için sadece alt bezi olan çıplak bir süt çocuğunun haftada 30 dk, şapkasız giydirilmiş bir süt çocuğunun ise haftada 2 saat ultraviyole B ışınlarına maruz kalması gerekmektedir¹. Siyah ırktan olan bireylerin melanin pigmentlerinin, UV-B ışınlarını almak için D vitamini sentezinde önemli rolü olan 7-dehidrokolestrol ile yarıştığı bilinmektedir¹. Bu nedenle siyah ırka ait bireylerin beyaz ırktan olan bireylerle aynı miktarda D vitamini sentezleyebilmeleri için 5-10 kat daha fazla süre güneşe maruz kalmaları gerekmektedir¹⁴. Besinlerle tüm D vitamini ihtiyacının karşılanabilmesi mümkün değildir. Çünkü doğal şekilde D vitamini içeren besinler sınırlıdır. D vitamininden zengin besinler karaciğer, yumurta sarısı ve yağlı balıklardır²².

D Vitamini Eksikliğine Bağlı Riketsin Belirti ve Bulguları

D vitamini vücuttaki kalsiyum dengesinin sürdürülmesi için önemlidir. D vitaminin aktif metaboliti olan Kalsitriol böbreklerden salgılanan steroid yapıda bir hormondur²³. Kalsitriol, besinlerle alınmış olan kalsiyumun barsaktan emilimini, böbreklerden kalsiyumun geri emilimini ve fizyolojik kalsiyum düzeyinin devamlılığını sağlar²⁴. D vitamini eksikliğinde besinlerle alınan kalsiyumun sadece %10-15'i, fosforun ise %50-60'ı emilebilir²⁵.

D vitamini eksikliğine bağlı riketste iskelet sistemine ait şekil bozuklukları çok hızlı bir büyüme döneminden geçmekte olan çocuklarda daha belirgindir²⁶. Çocuk yürümeye başladığında tibial ve femoral kemiklerin yumuşak oluşundan dolayı bacaklar eğilmeye başlar. Genu varum ('O' bacak, eğri bacak) süt çocuklarında ve küçük çocuklarda en sık görülen bacak deformitesidir. Genu valgum('X' bacak, çarpık dizler) ve asimetrik postür ise daha büyük çocuklarda görülür. Vertebraların yumuşaması ile iki yaşın üzerinde kifoskolyoz görülebilir. Kostakondral bağlantılar bir yaş sonrasında şişkin bir şekil alır ve 'raşitik rozari' görüntüsüne yol açar. Ayrıca kasların zayıf kostalara doğru çekilmesiyle göğüste Harrison oluğu görülebilir. Kıkırdaklardaki şişlikler el bileği ve ayak bileği etrafında bilezik görüntüsüne sebep olur. Kranial kemiklerde kraniotabes (kranial kemiklerde yumuşama ve parmak uçları ile basılınca içe çökme) ve 'frontal bossing' (alnın her iki yanının belirginleşmesi) bulgusu görülür¹.

D vitamininin etkileri sadece kemikler ile sınırlı değildir. Günümüzde D vitamini eksikliğinin enfeksiyon, inflamasyon ve karsinogenezis ile ilişkili olduğu bildirilmiştir. Akciğerler riketsten etkilenen temel organlardandır²⁷. Erken bebeklik döneminde (6 aydan küçük bebeklerde) hipokalsemik konvülsiyonlar ve tetani görülebilir¹.

Rikets Tedavisinde Hemşirenin Sorumlulukları

D vitamini yetersizliğine bağlı rikets tedavisinde yüksek dozlarda D vitamini desteği verilmektedir. En az 3 ay süreyle 2000IU/gün D vitamini verilmesi önerilmektedir²¹. Ayrıca tek seferde yüksek dozda D vitaminin (300.000IU-600.000IU) hastaya verilmesini içeren tedavi yöntemi de bulunmaktadır²⁸. Bu yöntem daha çok tedaviye uyumun zor olacağı düşünülen hastalarda tercih edilmektedir.

D vitamini tedavisi sırasında, ebeveynlerin hastalık ve tedavisi hakkında bilgi gereksinimi vardır. Hemşire aileyi tanı ve tedavi sırasında rikets ve nedenleri hakkında bilgilendirebilir. Ebeveynler hastalığın önlenabilir olduğunu öğrendiklerinde kendilerini suçlayabilirler. Hemşire, ebeveynlere hastalığın nasıl önlenebileceği konusunda bilgi vererek gelecekte hastalığın tekrarlamasını önleyebilir.

D vitamini yetersizliğine bağlı riketste özellikle küçük bebekler hastaneye çoğunlukla hipokalsemik nöbetler ile getirilmektedir²⁹. Hipokalsemik nöbetler, nutrisyonel riketsin en ağır komplikasyonlarından biri olarak tanımlanmaktadır. Tedavide intravenöz kalsiyum glukonat 100 mg/dk'yı aşmayacak şekilde uygulanır. Kalsiyumun intravenöz yolla hızlı infüzyonu kardiyak arreseye yol açabilir³⁰. Hastada laringeal spazm gelişme riski nedeniyle trakeostomi seti yanında hazır bulundurulur³¹. Kalsiyum tedavisine hastada semptomlar görülmeyinceye kadar devam edilir³².

Vitamin D eksiliğinde kas metabolizmasının bozulmasına bağlı olarak görülen kas güçsüzlüğü hastada düşme riskini arttırır³³. Hemşire çocuk için güvenli bir çevre sağlamalı ve düşme riskine yönelik önlemler almalıdır. Riketsli çocuklarda kemiklerde kırık oluşma riski artmıştır²¹. Ancak kırıklar riketste hipokalsemik nöbetler ve iskelet deformiteleri kadar sık görülmemektedir³⁴.

Riketsli çocuklarda abdominal kasların zayıflığına bağlı olarak sıklıkla konstipasyon görülmektedir. Ayrıca immün sistemdeki bozukluklar ve göğüs kafesi deformiteleri nedeniyle sık akciğer enfeksiyonları gelişebilir. Ocak ve arkadaşlarının yaptıkları retrospektif bir çalışmada, rikets vakalarının %20'sinin kliniğe tekrarlayan pnömoni ile başvurdıkları belirlenmiştir⁸. Benzer şekilde Haider ve arkadaşları da pnömoni tanısına sahip çocukların %74 ünde nutrisyonel rikets görüldüğünü belirlemişlerdir³⁵. Raşitik pnömoni olarak da adlandırılan bu durum, riketsli çocuklarda sık görülmektedir. Raşitik pnömonisi olan çocuğun bakımında solunum yolu açıklığının sağlanması ve sürdürülmesinde uygun hemşirelik girişimlerinin uygulanması önemlidir.

D vitamini tedavisi sırasında çocuğun toksik etkiler ve hiperkalsemi bulguları yönünden dikkatle izlenmesi gerekir³¹. D vitamini ile birlikte hastaya kalsiyum verilir. Vitamin D'nin toksik etkileri hiperkalsemi ile birlikte görülür. Hafif hiperkalsemide serum kalsiyum düzeyi 12 mg/dl altında, orta hiperkalsemide 12-14 mg/dl arasında, ağır hiperkalsemide ise kalsiyum düzeyi 14 mg/dl'nin üzerindedir. Hemşire hiperkalsemi belirtileri yönünden çocuğu dikkatle izlemelidir³⁶. D vitamini hipervitaminozunun yol açtığı hiperkalsemi ve hiperkalsiürinin sonuçları ciddi olabilir. İntoksikasyon durumunda EKG bozuklukları, bradiaritmler, nefrokalsinoz, böbrek taşları, hipertansiyon ve koma görülebilir²⁹.

Kemiklerdeki şekil bozuklukları cerrahi müdahaleye gerek olmadan yıllar içinde düzelmektedir²⁹. Kemiklerde görülen kalıcı şekil bozukluklarının tedavisinde ortopedik tedavilerden faydalanılabilir³¹. Cerrahi tedavi daha çok hipofosfatemik rikets olgularında

gerekli olmakla birlikte, nutrisyonel rikets vakalarında da çocuk deformitelere bağlı ağrı yaşıyorsa cerrahi müdahale gerekebilmektedir²⁹. Riketsli çocuğun ebeveynleri olası cerrahi tedaviler hakkında bilgilendirilmelidir. Özellikle genu varum, genu valgum ya da diğer kemik deformitelerinde cerrahi tedavi uygulanabilir³⁷. Cerrahi sonrasında immobilizasyona bağlı serum kalsiyum düzeyi yükselebilir. Hemşire ameliyat sonrası kalsiyum düzeyindeki değişimleri yakından izlemelidir. Çocuğun olabildiğince erken dönemde mobilizasyonu sağlanmalıdır.

Riketsten Korunmada Hemşirenin Sorumlulukları

Koyu cilt rengine sahip olan, güneş ışığından yeterince faydalanamayan ve uzun süre sadece anne sütü ile beslenen bebekler, D vitamini eksikliği olan annelerin bebekleri ve prematüre yenidoğanlar D vitamini eksikliği yönünden yüksek risk altındadır²⁰. Hemşireler toplumda risk altındaki çocukları belirlemede önemli role sahiptir. D vitamini eksikliği olan çocukların erken dönemde belirlenmesinde ve gereken tedavinin uygulanmasında özellikle Aile Sağlığı Merkezi'nde görev yapan hemşireler ve okul hemşireleri önemli role sahiptir. Çocuktaki D vitamini eksikliğinin, erken dönemde belirlenmesi ile eksikliğin ilerlemesi sonucunda kemiklerde görülebilecek şekil bozuklukları önlenir. Kemiklerdeki şekil bozukluklarının erken dönemde önlenmesi ile düzeltme ameliyatlarının uygulanması ve bu tedavilerin olası mali yükü de engellenebilir.

Riketsten korunmada doğumdan 12 aya kadar olan bebeklerde önerilen D vitamini miktarı 400IU/gün ve 12 aydan büyük çocuklar için 600IU/gün olarak belirtilmektedir²¹. Ebeveynlere günlük D vitamini desteğinin çocuğun büyüme ve gelişmesi için önemi açıklanmalıdır. D vitamini desteğinin büyüme dönemi sonlanana kadar yapılması önerilmektedir². Tedavinin önemi ve süresi ebeveynlere açıklanmalı ve doğru anlaşıldığından emin olunmalıdır³⁷. Aksi halde ebeveynler çocuklarına sürekli D vitamini desteği yapılmasını gereksiz bularak uygulamayabilirler.

Özellikle gebelik döneminde D vitamini eksikliği olan ve D vitamini desteği almamış annelerin bebekleri konjenital rikets için risk altındadır. Gebelik döneminde anne adaylarının 600IU/gün D vitamini desteği almaları önerilmektedir²¹. Özellikle gebelerin bu desteğin önemi konusunda bilgilendirilmeleri gerekmektedir. Bu noktada anahtar rol yine hemşirelere düşmektedir. Aile Sağlığı ve Toplum Sağlığı Merkezleri'nde çalışan hemşireler gebeleri D vitamini desteği almaları konusunda eğitebilirler.

Sadece anne sütü ile beslenmenin yetersizliği durumunda, bebekler D vitamini eksikliği yönünden risk altındadır. Anne sütü K ve D vitaminleri dışında tüm yağda ve suda eriyen vitaminleri içerir³⁸. Amerikan Pediatri Akademisi doğumdan hemen sonra yenidoğan döneminde günde 400IU D vitamini desteği verilmesini önermektedir⁴⁴.

SONUÇ

D vitamini eksikliğine bağlı nutrisyonel rikets önlenir olmasına karşın, tüm dünyada ve ülkemizde devam eden bir sorundur. Hızlı bir büyüme döneminden geçmekte olan çocuklarda görülen bu hastalık kemiklerde yaygın şekil bozukluklarının yanı sıra, nöromuskuler, pulmoner ve immün sistem üzerinde olumsuz etkilere sahiptir. Hastalığın önlenmesinde kullanılan vitamin D preparatları ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından

0-1 yaş arası bebeklere ücretsiz olarak verilmektedir. Hemşireler ve sağlık çalışanları çocukların ricketsten korunmasında önemli role sahiptir. Hemşire, çocuğun güneş ışığı alması konusunda annenin sahip olduğu yanlış bilgileri düzeltebilir. Özellikle kış aylarında bulutlu havalarda ve hava kirliliği söz konusu olduğunda D vitamini sentezi oldukça azalmaktadır. Çocukların kapalı alanlarda fazla vakit geçirmeleri de güneş ışığından faydalanarak D vitamini sentezini azaltmaktadır. Anneler, çocukları ile ev ve kapalı alanlar dışında aktivitelerde bulunmaları konusunda desteklenebilir. Annelerin büyüme-gelişme ve kemik sağlığında D vitamininin önemi konusunda eğitilmesi, rickets ve beraberinde görülen sorunların önlenmesinde etkili olabilir.

KAYNAKLAR

1. Dimitri P, Bishop N. Rickets. Paediatrics and Child Health 2007; 17(7): 279-87.
2. Elder CJ, Bishop NJ. Rickets. The Lancet 2014; 383(9929): 1665-76.
3. Pai B, Shaw N. Understanding rickets. Paediatrics and Child Health 2011; 21(7): 315-21.
4. Christodoulou S, Goula T, Ververidis A, Drosos G. Vitamin D and bone disease. BioMed Res Int 2013;1-6.
5. Prentice A. Nutritional rickets around the world. The Journal of Steroid Biochemistry and Molecular Biology 2013; 136: 201-6.
6. Pettifor JM. Vitamin D and/or calcium deficiency rickets in infants & children: a global perspective. Indian J Med Res 2008; 127(3): 245-9.
7. Hatun Ş, Ozkan B, Bereket A. Vitamin D deficiency and prevention: Turkish experience. Acta Paediatr 2011; 100(9): 1195-9.
8. Ocak M, Eren E, Istanbul K, Saglam H. Ricketli olgularin retrospektif değerlendirilmesi. Güncel Pediatri 2011; (9): 75-8.
9. Demiral M, Sırmagül B, Kirel B. Endokrin polikliniğine başvuran çocuklarda D vitamini düzeyleri. Güncel Pediatri 2016; (14): 60-6.
10. Keskin M, Karaca M, Aycan Z, Çetinkaya S. Nutrisyonel rikets tanısı alan hastaların değerlendirmesi: Tek merkez çalışması. Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi 2016; 11(1): 46-50.
11. Türkiye Sağlık Araştırması, 2016. Türkiye İstatistik Kurumu. URL: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=24573>. 27-11-2017.
12. Özkan B. Nutritional rickets-review. J Clin Res Pediatr Endocrinol 2010; 2(4): 137-43.
13. Yeşiltepe-Mutlu G, Hatun Ş. Perinatal D vitamini yetersizliği. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2011; (54): 87-98.
14. Wagner CL, Greer FR. Prevention of rickets and vitamin D deficiency in infants, children, and adolescents. Pediatrics 2008; 122(5): 1142-52.
15. Paterson CR, Ayoub D. Congenital rickets due to vitamin D deficiency in the mothers. Clin Nutr 2015; 34(5): 793-8.
16. Wacker M, Holick MF. Sunlight and vitamin D: A global perspective for health. Dermatoendocrinol 2013; 5(1): 51-108.
17. Whyte MP, Thakker RV. Rickets and osteomalacia. Medicine 2013; 41(10): 594-99.
18. Sentongo TA, Semaio EJ, Stettler N, Piccoli DA, Stallings VA, Zemel BS. Vitamin D status in children, adolescents, and young adults with crohn disease. Am J Clin Nutr 2002; 76(5): 1077-1081.
19. Arteh J, Narra S, Nair S. Prevalence of vitamin D deficiency in chronic liver disease. Dig Dis Sci 2010; 55(9): 2624-2628.

20. Misra M, Pacaud D, Petryk A, Collett-Solberg PF, Kappy M. Vitamin D deficiency in children and its management: review of current knowledge and recommendations. *Pediatrics* 2008; 122(2): 398-417.
21. Munns CF, Shaw N, Kiely M, Specker BL, Thacher TD, Ozono K, et al. Global consensus recommendations on prevention and management of nutritional rickets. *Hormone Research in Paediatrics* 2016; 85(2): 83-106.
22. Öngen B, Kabaroğlu C, Parıldar Z. D Vitamini'nin biyokimyasal ve laboratuvar değerlendirmesi. *Türk Klinik Biyokimya Dergisi* 2008; 6(1): 23-31.
23. Cutolo M, Paolino S, Sulli A, Smith V, Pizzorni C, Seriola B. Vitamin D, steroid hormones, and autoimmunity. *Annals of the New York Academy of Sciences* 2014; 1317(1): 39-46.
24. Sözen T. D hormonu: Güncel gelişmeler. *Hacettepe Tıp Dergisi* 2011; (42): 14-27
25. Holick MF. Resurrection of vitamin D deficiency and rickets. *J Clin Invest* 2006; 116(8): 2062-2072.
26. Brickley MB, Moffat T, Watamaniuk L. Biocultural perspectives of vitamin D deficiency in the past. *Journal of Anthropological Archaeology* 2014; (36): 48-59.
27. Zhang M, Shen F, Petryk A, Tang J, Chen X, Sergi C. "English Disease": Historical notes on rickets, the bone-lung link and child neglect issues. *Nutrients* 2016; 8(11): 722-738.
28. Koçyiğit C, Çatlı G, İnce G, Özkan EB, Dündar BN. Can stoss therapy be used in children with Vitamin D deficiency or insufficiency without rickets?. *J Clin Res Pediatr Endocrinol* 2017; 9(2): 150-155.
29. Hatun Ş, Bereket A, Çalıkoğlu AS, Özkan B. Günümüzde D vitamini yetersizliği ve nutrisyonel rickets. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 2003; (46): 224-41.
30. Bellazzini MA, Howes DS. Pediatric hypocalcemic seizures: a case of rickets. *J Emerg Med* 2005; 28(2): 161-4.
31. Çavuşoğlu H. Çocuk sağlığı hemşireliği cilt 2. 10.baskı. Ankara: Sistem Ofset Basımevi; 2013. s. 373-75.
32. Carroll R, Matfin G. Endocrine and metabolic emergencies: hypocalcaemia. *Ther Adv İn Endocrinol Metab* 2010; 1(1): 29-33.
33. Sözen T. Vitamin D ve yetmezliği. In: Sözen T. Editör. *Metabolik Kemik Hastalıkları. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği* 2013. s. 141-153.
34. Moon RJ, Harvey NC, Davies JH, Cooper C. Vitamin D and skeletal health in infancy and childhood. *Osteoporosis Int* 2014; 25(12): 2673-84.
35. Haider N, Nagi AG, Khan KM. Frequency of nutritional rickets in children admitted with severe pneumonia. *JPMA. The Journal of the Pakistan Medical Association* 2010; 60(9): 729-732.
36. Ozkan B, Hatun S, Bereket A. Vitamin D intoxication. *Turkish J Pediatr* 2012; 54(2): 93-98.
37. Judd J. Rickets in the 21st century: A review of the consequences of low vitamin D and its management. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing* 2013; 17(4): 199-208.
38. Topal S, Çınar N, Altınkaynak S. Süt çocukluğu döneminde beslenme. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 2016; 6(1): 63-70.

Yazarlara Bilgi

Dergi Hakkında

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

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

Makale Kabulü

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

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

Yayın Hakkı Devir Formu

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

Yazarlık Katkısı

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

Çıkar Çatışmaları

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

Makalenin Hazırlanması

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

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

Deneyel ve klinik çalışmalar, ilaç araştırmaları ve bazı olgu sunumları için “WMA Declaration of Helsinki-Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects” ve “Guide for the Care and Use of Laboratory Animals” çerçevesinde hazırlanmış etik komisyon raporu gerekmektedir. Dergi gerekli görmesi halinde etik komisyonun raporunu veya yerine geçebilecek olan resmi bir belgeyi yazarlardan talep edebilir.

Deneyel çalışmaların sonuçlarını bildiren makalelerde, çalışmanın yapıldığı kişilere uygulanan prosedürlerin niteliği tümüyle açıklandıktan sonra, onaylarının alındığına ilişkin bir açıklamaya metin içinde yer verilmelidir. Hasta onamları, etik kurul onay belgesinin numarası ve tarihi tam metin dosyasında yer alan “Yöntemler” bölümü altına yazılmalıdır. Çift-kör hakemlik ilkesi ele alındığı için ilk gönderilen makalelerde etik kurul onayı yazılırken, kurum bilgisi verilmemelidir.

Makalenin Değerlendirilmesi

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

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

Dergiye gönderilen makalelerin ilk aşamada dergi sekreteryası tarafından dergi makale yazım kurallarına uygunluğu açısından değerlendirilmektedir. Daha sonra editörler tarafından ön değerlendirmeye alınmakta; intihal, kopya ve duplicate yayın denetimleri bu aşamada yapılmaktadır. ön değerlendirme sürecinden geçen makaleler

inceleme için çift-kör yöntemle en az 3 danışma kurulu üyesine gönderilmektedir. Danışma kurulu üyeleri, makalelerin konusuyla ilgili uluslararası literatürde yayınları ve atıfları olan bağımsız uzmanlar arasından seçilmektedir. Araştırma, sistematik derleme ve meta-analiz makalelerinin değerlendirilmesinde istatistik alanından bir danışma kurulu üyesi yer almaktadır. Yazarlar, danışma kurulu üyeleri ve editör tarafından gerekli görülen düzeltmelerin yapılmasını kabul ederler. Makaleler basıma kabul edildikten sonra yazar sayısında ekleme, çıkarma veya isim sırasında değişiklik yapılamaz.

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

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

Başlık Sayfası

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

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

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

- o *Öz (150-200 kelime, 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 *Öz (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 *Öz (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 öz bölümleri bulunmayan makalelerdir. En fazla 500 kelime olmalıdır. Editöre mektup yazılarında atıfta bulunulan makalenin adı, yayımlandığı sayı ve tarih belirtilmeli, mektubu yazan kişinin isim, kurum ve adres bilgileri verilmelidir.

Kısaltmalar

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

Öz Sayfası ve Anahtar Kelimeler

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

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

Tablolar

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

Metin Sayfası

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

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

Kaynaklar

Kaynakların yazımında Vancouver stili kullanılmalıdır.

(<http://openjournals.net/files/Ref/VANCOUVER%20Reference%20guide.pdf>).

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

Birden fazla kaynak kullanıldıysa kaynaklar arasına 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.

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

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

Kaynakların yazım şekli ve noktalamalar aşağıdaki örneklere uygun olmalıdır.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

* Yazım kuralları Mart 2018 tarihinde güncellenmiştir.

İletişim

Arş. Gör. Dr. Nilay ERCAN ŞAHİN

Arş. Gör. Dr. Seher BAŞARAN

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.hacettepehemsirelikdergisi.org/>

YAYIN İZNİ (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 Hemşirelik Fakültesi Dergisi yetkilidir.

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

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

Çalışmanın yapıldığı kişi ve kurumlardan gerekli izinler alınmıştır.

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

Makalenin Numarası:

Makalenin Başlığı:

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

Adres: Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
06100 Ankara

