

BALIKESİR SAĞLIK BİLİMLERİ DERGİSİ

BALIKESİR HEALTH SCIENCES JOURNAL



BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ISSN:2146-9601

CİLT | 7 | SAYI
VOLUME | | ISSUE

ARALIK | 2018
DECEMBER

SAHİBİ / OWNER

Balıkesir Üniversitesi adına Rektör:
Prof. Dr. Kerim ÖZDEMİR
On behalf of Balıkesir University

BAŞEDİTÖR / EDITOR IN CHIEF

Prof. Dr. Şükrü Metin PANCARCI

EDİTÖRLER KURULU/ EDITORIAL BOARD

Prof. Dr. Şükrü Hakan ATALGIN, Balıkesir Üniversitesi
Prof. Dr. Cengiz CEYLAN, Balıkesir Üniversitesi
Prof. Dr. Mehmet Şükrü GÜLAY, Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi
Prof. Dr. İzzet KARAHAN, Balıkesir Üniversitesi
Prof. Dr. Tunay KARLIDERE, Balıkesir Üniversitesi
Prof. Dr. Nurcan ÖZYAZICIOĞLU, Uludağ Üniversitesi
Prof. Dr. Gül Ece SOYUTEMİZ, Uludağ Üniversitesi
Prof. Dr. M Tevfik YAVUZ, Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Prof. Dr. Özlem YAVUZ, Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Doç. Dr. Zekeriya GÖKTAŞ, Balıkesir Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Sibel ERGÜN, Balıkesir Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Celalettin ÇEVİK, Balıkesir Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Oğuzhan KORKUT, Balıkesir Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Ömür KARACA SAYGILI, Balıkesir Üniversitesi

İLETİŞİM ADRESİ / CORRESPONDENCE ADDRESS

Prof. Dr. Şükrü Metin PANCARCI
Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Çağış Yerleşkesi 10145 BALIKESİR
Tel: (0266) 612 14 62
Faks: (0266) 612 10 09
e-posta: pancarci@balikesir.edu.tr
bsbd@balikesir.edu.tr

Web: www.baun-sbdergisi.com

ANNELERİN ÇOCUKLARININ ATEŞİNE MÜDAHALE YAKLAŞIMLARININ BELİRLENMESİ

EXAMINATION OF THE FEVER MANAGEMENT APPROACHES OF MOTHERS IN THEIR CHILDREN

İlkay Ulutaş¹ Işıl Şimşek²

¹ Gazi Üniversitesi Gazi Eğitim Fakültesi
Temel Eğitim Bölümü Okul Öncesi Eğitimi
A.B.D. ilkayulutas@gmail.com

² Gazi Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Temel
Eczacılık Bilimleri Bölümü Eczacılık Temel
Bilimleri A.B.D

Yazışma Adresi:

Gazi Üniversitesi Gazi Eğitim Fakültesi Temel
Eğitim Bölümü Okul Öncesi Eğitimi A.B.D.
Ankara – Türkiye
E posta: ilkayulutas@gmail.com

Gönderim tarihi: 06 Kasım 2018

Kabul Tarihi: 19 Kasım 2018

Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi
ISSN: 2146-9601
e-ISSN: 2147-2238

bsbd@balikesir.edu.tr
www.bau-sbdergisi.com

ÖZ

GİRİŞ: Bu çalışmada, annelerin çocuklarının yüksek ateşi ile ilgili bilgi, uygulama ve yeterliliklerinin çocuk sayısına göre belirlenmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM: Çalışma grubuna gönüllülük esasına göre tesadüfi olarak belirlenen 0-6 yaş çocuğuna sahip 300 anne katılmıştır. Annelerin çocuklarda yüksek ateş ile ilgili bilgi ve deneyimlerini ortaya koymak amacıyla araştırmacılar tarafından oluşturulan anket formu kullanılmıştır. Veriler yüzde değerler olarak analiz edilmiştir. Annelerin ateş ile ilgili deneyimleri arttıkça bilgi ve uygulamalarının da değişebileceğinden yola çıkılarak yüksek ateş ile ilgili bilgi ve uygulamaları annelik deneyimlerine (tek çocuğa veya daha fazla çocuğa sahip olma durumuna) göre karşılaştırılarak ele alınmıştır.

BULGULAR: Çalışma bulgularına göre annelerin çocuğun ateşini düşürmeyi beyine zarar vermesini önlemek için önemli buldukları, ateş hakkında sağlık personelinin bilgi edinilenlerin oranının oldukça az olduğu, çocukları ateşlendiğinde ılık suyla duş aldirdıkları, ateşe müdahale ederken biraz telaşlandıkları ve kendilerini biraz yeterli gördükleri ortaya çıkmıştır.

SONUÇ: Tek çocuklu ve iki veya daha fazla çocuklu annelerin ateş ile ilgili bilgi ve uygulamalarının birbirine paralel olduğu görülmüştür.

ANAHTAR KELİMELE: Ateş, çocuk, anne.

ABSTRACT

INTRODUCTION: This study aimed to determine mothers' knowledge and fever management in their children.

MATERIALS AND METHODS: 300 mothers who had 0-6 years old children randomly and voluntarily participated to study. In order to reveal the knowledge and experiences of mothers about high fever in children, a questionnaire form was used by the researchers. Data were analyzed as percentage values. Assuming that mothers' knowledge, practice and competency of fever would change when their maternal experiences would increase, the results were compared according to maternal experiences (having one child or more child).

RESULTS: Mothers indicated that it was important to decrease child's fever to prevent from brain damage, small number of the mothers were had the information from health professionals, had warm shower when their children had fever, they were anxious and competent to reduce the fever.

CONCLUSION: The fever knowledge, and fever management of mothers' of only child and more child were similar.

KEY WORDS: Fever, child, parents.

GİRİŞ

Çocuğun normal gelişimine devam edebilmesinin temeli fiziksel sağlığına dayanmaktadır. Kazalardan korunması, güçlü bir beslenme veya takviyelerle hastalıklara karşı dirençli olması beklense de zaman zaman direncini kaybedebilir ve yüksek ateş ile karşılaşılabilir. Çocukluk yıllarında sık görülen ateş derecesine, sıklığına bağlı olarak birçok hastalığın göstergesi olabilmektedir. Ateş genellikle enfeksiyona bağlı olarak sıcaklık artışı şeklinde bedenin geliştirdiği bir tepkidir. Çok genel karşılaşılan bir durum olmasına rağmen ateşin etkileri konusunda ebeveynlerin ve sağlık çalışanlarının korkuları olabilmektedir. Hatta bu durum "ateş fobisi" olarak da isimlendirilmektedir¹. Ateş sırasında yapılacak ilk uygulamaların önemli olduğu, kontrol edilemeyen ateşin çocuğun sağlığını tehlikeye sokabildiği belirtilmekte, ateşi düşürmeye yönelik yapılacak ilk uygulamaların önemine dikkat çekilmektedir². Çocukların çoğunluğunda, çocuklukları boyunca 37,8 OC ile 40 OC arasında ateş görülebilmektedir. Ateşin 38 derecenin üzerine çıktığında müdahale edilmesi gerektiği belirtilmektedir^{3, 2, 4}. Ateşin beklenmedik bir şekilde ortaya çıkması, hızla artış göstermesi, çocuğun beslenme, hareket ve görünümünde güçsüzlüğe neden olması ebeveynlerin korku ve endişe yaşamasına neden olmaktadır⁵. Özellikle normal değerlere düşüşün yavaş olduğu vakalarda anne babalar paniğe kapılabilmekte, ateşle mücadelede yanlış uygulamalara gidebilmektedirler.

Çocuğun büyümesi ve gelişmesi temelde sağlığının korunması gereksinimine bağlıdır. Hasta çocuk ve ailesi için yaşanan sağlık sorunu psikolojik, sosyal ve eğitsel dezavantajları da beraberinde getirmekte, çocukların davranışlarında farklılıklara, aile ilişkilerinde bozukluklara neden olabilmektedir. Hem ateşin hem de beraberinde gelen hastalığın kontrol altına alınabilmesi, durumun tehlike derecesinin artırılmaması, ebeveynlerin durumla baş edebilme becerilerinin desteklenmesi önemli olmaktadır⁶. Ebeveynlerin ateşle mücadele becerilerini güçlendirebilmek için de bilgi ve uygulamalarının belirlenmesi gerekliliği ortaya çıkmaktadır.

Bir toplumun gelişmişliği ve kalkınmışlığı ne olursa olsun çocuklar sağlık açısından desteklenmesi gereken önceliğe sahiptir. Çocuklar çevresel olumsuzluklara karşı savunmasız, kendi imkânları ile pek çok hastalık ve beslenme yetersizliği gibi olumsuzluklarla mücadele edemeyen bireylerdir. Bundan dolayı, dünyada olduğu

gibi, ülkemizde de anne ve çocuk sağlığı hizmetlerinin diğer sağlık hizmetlerine göre, özel önem ve önceliği bulunmaktadır⁷.

Yapılan çalışmalar, 0-6 yaş grubu çocuğu olan annelerin, yüksek ateşe yönelik bilgilerinde ve çocukları ateşlendiğinde evde yaptıkları uygulamalarda bilgi eksikliği ve yanlış geleneksel uygulamalarının olduğunu ortaya koymaktadır². Annelerin ateşle ilgili bilgi ve uygulamalarında yaş, öğrenim düzeyi, geniş aile yapısı gibi faktörlerin önemli olduğuna dikkat çekilmektedir^{3, 8, 9, 10, 11}. Ateşin beklenmedik bir anda ortaya çıkması ebeveynlerin endişelenmesine, endişe yoğunluğu ile farklı ateş düşürme uygulamaları yapmalarına neden olabilmektedir¹².

Ateş sırasında ilk uygulamayı yapan kişiler annelerdir. Bu bağlamda çocuğun temel güven duygusunu yaşadığı en yakın birey olan annelerin ateş sırasındaki bilgi ve uygulamaları önemli olmaktadır. Bu nedenle, bu çalışmada 0-6 yaş çocuğu olan annelerin yüksek ateş sırasındaki bilgi ve uygulamalarının belirlenmesi amaçlanmıştır. Annelerin ateş sırasında gösterdikleri tepkilerin bu tür deneyimleri arttıkça daha doğru karar verebilecekleri düşünülerek yüksek ateş ile ilgili bilgi ve uygulamaları annelik deneyimlerine göre karşılaştırılarak ele alınmıştır.

YÖNTEM

Araştırma annelerin çocuklarında gözledikleri yüksek ateş ile ilgili bilgi ve uygulamalarını ortaya çıkarmayı amaçlayan tarama modelinde bir yapıya sahiptir. Tarama yolu ile bulunan ilişkiler gerçek bir neden-sonuç ilişkisi olarak yorumlanamaz; ancak o yönde bazı ipuçları vererek, bir değişkendeki durumun bilinmesi halinde ötekinin kestirilmesinde yararlı sonuçlar verebilir¹³.

Çalışma grubu

Araştırmanın çalışma grubunu Ankara ili merkez ilçelerinde yaşayan 0-6 yaş grubu çocuğu olan anneler oluşturmuştur. Kolay ulaşılabilen örnekleme ile 300 anne araştırmaya katılmıştır. Çalışma grubunu oluşturan annelere çocuklarının devam ettiği okul öncesi eğitim kurumları aracılığı ile ulaşılmış ve gönüllülük esasına göre çalışmaya katılmaları sağlanmıştır. Annelerin demografik özellikleri Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1. Araştırmaya alınan annelerin demografik özelliklerinin dağılımı

Demografik özellikler	n	%
Anne yaşı		
20-24	49	16.3
25-29	80	26.7
30-34	91	30.3
35-39	47	15.7
40 ve üstü	33	11.0
Anne öğrenim durumu		
İlkokul	105	34.0
Ortaokul	41	13.7
Lise	86	28.7
Üniversite	68	22.6
Çocuk Sayısı		
Tek	138	46.0
2	100	33.3
3 ve üstü	62	20.7

Çalışma grubunun çoğunluğu genç annelerden oluşmaktadır. Annelerin %30.3'ünün 30-34 yaş arasında, %26.7'sinin 25-29 yaş arasında, %16.3'ünün 20-24 yaş arasından olduğu görülmektedir. Annelerin %34'ünün ilkokul, %28.7'sinin lise mezunu olduğu dikkati çekmekte, %46'sının tek çocuğa sahip olduğu görülmektedir.

Veri toplama araçları

Araştırmada verileri toplamak amacıyla Kişisel Bilgi Formu ile Annelerin Yüksek Ateş İle İlgili Bilgi ve Uygulamalarını Belirme Anketi kullanılmıştır.

Kişisel Bilgi Formu

Annelerin yaşı, öğrenim durumu, mesleği, çocuk sayısı, aile yapısı vb. bilgilerden oluşmaktadır.

Annelerin Yüksek Ateş İle İlgili Bilgi ve Uygulamalarını Belirme Anketi

Araştırmacılar tarafından oluşturulan bu anket, annelerin çocuklarda yüksek ateş ile ilgili bilgi ve deneyimlerini ortaya koymak amacıyla "Ateşi düşürmek neden önemli? Çocuğunuzun ateşini nasıl düşürüyorsunuz? Ateş hakkında nereden bilgi edindiniz? Bilgi ve uygulamalarınızda ne kadar yeterli olduğunuzu düşünüyorsunuz?" vb. soruları içermektedir.

Verilerin toplanması

Veri araçlarının uygulanması için öncelikle çocukların devam ettiği okul öncesi eğitim kurumlarından gerekli izinler sağlanmıştır. Anneler ile çocuklarını kuruma bırakma ve alma zamanında görüşülmüş, çalışmanın amacı hakkında bilgi verilmiş ve çalışmaya katılmaya gönüllü annelerden "bilgilendirilmiş olur formu" alınmıştır. Ardından annelerin veri toplama araçlarını doldurmaları sağlanmıştır.

Verilerin analizi

Ölçme araçlarından elde edilen veriler bilgisayar ortamına aktarılarak SPSS istatistik paket programıyla analiz edilmiştir. Annelerin demografik özellikleri frekans ve yüzde değerleri ile verilmiş, ateşle ilgili bilgi ve uygulamaları annelerin çocuk sayısına göre frekans ve yüzde değerleri ile karşılaştırılarak açıklanmıştır.

BULGULAR

Okul öncesi çocuğu olan annelerin çocuklarında gözledikleri yüksek ateş ile ilgili bilgi ve uygulamalarını ortaya çıkarmayı amaçlayan bu araştırmadan ele edilen bulgular annelerin tek çocuk sahibi olması ve iki veya daha fazla çocuk sahibi olmasına göre incelenmiştir. Annelere öncelikle çocuklarının ne kadar sıklıkla ateşlendiği sorulmuştur. Hem tek çocuğu olan hem de iki ve daha fazla çocuğu olan annelerin çocuklarını çok sık hastalandığını belirttikleri görülmüştür. Çocukların %88'inde ateş ile birlikte görülen özel bir hastalığı bulunmamaktadır. Annelerin çocuklarının yüksek ateşi ile ilgili bilgi ve deneyimleri aşağıda tablolar halinde açıklanmıştır (Tablo 2-Tablo 4).

Tablo 2. Annelerin ateşle ilgili bilgilerinin frekans ve yüzdeleri

Ateşle ilgili sorular	Tek çocuk annesi		İki ve üzeri çocuk annesi	
	n	%	n	%
Yüksek ateş kaç dereceden başlar?				
34 °C			12	7.4
35 °C	3	2.2	11	6.8
36 °C	4	2.9	10	6.2
37 °C	32	23.2	26	16.0
38 °C	38	63.8	91	56.2
39 °C	11	8.0	12	7.4
Toplam	138	100.0	162	100.0
Çocuğun ateşini düşürmek neden önemli?				
Çocuğun huysuzluğunu gidermek için	4	2.9	9	5.6
Çocuğun rahatlamasını sağlamak için	19	13.8	29	17.9
Ateşin beynine zarar vermesini önlemek için	111	80.4	119	73.5
Diğer	4	2.9	5	3.1
Toplam	138	100.0	162	100.0
Ateş hakkında bilgiyi nereden öğrendiniz?				
Yakın arkadaş-akraba vb.	35	25.4	34	21.0
Gazete, Televizyon, Radyo vb.	2	1.4	3	1.9
Kitap, dergi vb.	11	8.0	5	3.1
Sağlık personeli (doktor, hemşire vb.)	5	3.6	12	7.4
Diğer (internet vb.)	75	54.3	92	56.8
Bilgi almadım	4	2.9	8	4.9
Toplam	138	100.0	162	100.0

Tablo 2’de annelerin büyük bir oranına göre yüksek ateşin 38 °C’den başladığı (tek çocuk annesi %63.8; iki-üç çocuk annesi %56.2), çocuğun beynine zarar vermesini önlemek için ateşi düşürmenin önemli olduğu (tek çocuk annesi %80.4; iki-üç çocuk annesi %73.5), ateş hakkında bilgileri çoğunlukla diğer kaynaklardan edindikleri (tek çocuk annesi %54.3; iki-üç çocuk annesi %56.8), sağlık personelinden yararlananların oranının oldukça az olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 3. Annelerin çocuğun ateşine müdahale etme yollarının frekans ve yüzdeleri

Annelerin çocuğunun ateşine müdahale şekilleri	Tek çocuk annesi		İki ve üzeri çocuk annesi	
	n	%	n	%
Çocuk ateşlendiğinde sağlık kuruluşuna götürme				
Hemen sağlık kuruluşuna götürürüm	22	15.9	27	16.7
Ateş düşürücü uygulamaları yapıp ateşini düşüremediğimde sağlık kuruluşuna götürürüm	110	79.7	126	77.8
Götürmem, ateşini düşürünceye kadar kendim uğraşırım	6	4.3	9	5.6
Çocuk ateşlendiğinde yapılan ilk uygulamalar				
Ilık suyla duş aldırırım	46	33.3	57	35.2
Ateşini düşürmek için ateş düşürücü bir ilaç veririm	26	18.8	51	31.5
Kasık ve koltuk altını ıslak bezle serinletirim	29	21.0	12	7.4
Soğuk suyla duş aldırırım	6	4.3	6	3.7
Sirkeli/alkollü bezle vücudunu silerim	3	2.2	5	3.1
Çevremdekilere danışıp ona göre harekete geçerim	3	2.2	1	0.6
Üstünü soyarak rahatlamasını sağlarım	25	18.1	30	18.5
Ateş düşürücünün kullanıldığı durumlar				
Çocuğum ateşlendiğinde hemen kullanırım	48	34.8	70	43.2
Ateş düşürücü diğer uygulamaları denedikten sonra kullanırım	55	39.9	49	30.2
Doktorla görüştükten sonra kullanırım	35	25.4	43	26.5
Ateş düşürücü kullanım süresi				
1-3 gün	57	41.3	59	36.4
4-6 gün	57	41.3	49	30.2
6 ve daha fazla gün	24	17.4	54	33.3
Ateş düşürmek için bitkilerden yararlanma durumu				
Hayır	133	96.4	153	94.4
Evet	5	3.6	9	5.6
Toplam	138	100.0	162	100.0

Tablo 3 incelendiğinde hem tek çocuğu olan hem de daha fazla çocuğu olan annelerin çoğunlukla derece ile ölçerek çocuklarının ateşini belirledikleri anneler büyük çoğunlukla (tek çocuğu olan %79.7; iki-üç çocuğu olan %77.8) ateş düşürücü uygulamalar yaptıktan sonra çocuğunun ateşini düşüremediklerinde doktora götürmeye yönelmektedirler. Evde yapılan ateş düşürücü uygulamalara bakıldığında, annelerin çoğunluğunun (tek çocuğu olan %33.3; iki-üç çocuğu olan %35.2) çocukları ateşlendiğinde ılık suyla duş aldıkları belirlenmiştir. Ayrıca tek çocuk annelerinin %21'i ateş düşürmek için çocuğunun kasık ve koltuk altını ıslak bezle silmeyi, iki-üç çocuk annelerinin %31.5'inin ise ateş düşürücü vermeyi tercih ettikleri gözlenmiştir.

Tablo 3'e göre iki-üç çocuğu olan annelerin çoğunluğu ateş düşürücüyü çocuk ateşlendiğinde hemen kullanırken (%43.2), tek çocuğu olan annelerin çoğunluğu (%39.9) ateş düşürücü diğer uygulamaları yaptıktan sonra kullanmaktadırlar. Tek çocuğu olan annelerin çoğunluğu 1-3 gün (%41.3) ve 4-6 gün (%41.3), iki-üç çocuğu olanların çoğunluğu 1-3 gün (%36.4) ve 6 ve daha fazla gün (%33.3) ateş düşürücü kullanabilmektedirler. Annelerin tamamına yakını çocuğunun ateşini düşürmek için bitkilerden yararlanmadıklarını belirtmişlerdir.

Tablo 4. Annelerin çocuklarının ateşi sırasındaki tepkilerinin frekans ve yüzdeleri

Ateşi sırasındaki tepkilere ilişkin sorular	Tek çocuk annesi		İki ve üzeri çocuk annesi	
	f	%	f	%
Çocuk ateşlendiğinde hissedilenler				
Çok telaşlanırım	51	37.0	68	42.0
Biraz telaşlanırım	67	48.6	76	46.9
Hiç telaşlanmam	20	14.5	18	11.1
Toplam	138	100.0	162	100.0
Ateş düşürmeye yönelik yeterlilik algısı				
Az	48	34.8	47	29.0
Biraz	85	61.6	108	66.7
Çok	5	3.6	7	4.3
Toplam	138	100.0	162	100.0

Tablo 4 incelendiğinde annelerin çocukları ateşlendiğinde çoğunlukla biraz telaşlandıkları (tek çocuk annesi %48.6; iki-üç çocuk annesi %46.9), ateşe müdahale ederken de kendilerini çoğunlukla biraz yeterli gördükleri (tek çocuğu olan %61.6; iki-üç çocuğu olan %66.7) belirlenmiştir.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Okul öncesi çocuğu olan annelerin çocuklarında gözledikleri yüksek ateş ile ilgili bilgi ve uygulamalarını ortaya çıkarmayı amaçlayan bu çalışma sonucunda elde edilen bulguların annelerin bilgi ve uygulamalarının önceki çalışmalarla paralellik gösterdiği saptanmıştır.

Walsh ve Edwards, ebeveynlerin ateş ile ilgili bilgilerinin sınırlı olabildiğini ve ateşi 35.0-37.2 °C arasında düşünebildiklerini belirlemiştir⁵. Bu çalışmada ebeveynlerin çoğunluğu yüksek ateşin 38 °C'den başladığını bildirdikleri ortaya çıkmıştır. Önceki çalışmalarda da ebeveynlerin 38 °C'nin üstü olarak bildirdikleri görülmektedir^{3, 14, 15,16}. Bunun yanı sıra annelerin yüksek ateşin kaç dereceden başladığına yanlış cevap verdiği^{17,18}, yüksek ateş değerinin 37-38 °C olarak bildirildiği çalışmalar da bulunmaktadır^{1, 19}. Annelerin ateş derecesine ilişkin bilgilerinin artması aile sağlığı eğitimlerinin gerek sağlık kuruluşlarında gerekse medyada artmış olabileceğini düşündürmektedir. Annelere göre çocuğunun ateşini düşürmek beynine zarar vermesini önlemek için önemli olduğu görülmektedir. Araştırmalar ebeveynlerin büyük çoğunluğunun ateşin çocuk için zararlı olduğunu ve en çok zararı etkileri olarak havale ve beyin hasarını bildirdiklerini ortaya koymaktadır^{20,21,22,23,24,25}. Çocuklarda ateş hakkında bilgilerin sağlık personelinin edinenlerin oranının oldukça az olduğu ortaya çıkmıştır. Yapılan araştırmalarda da ebeveynlerin ateşi zarar verici buldukları^{12,26}, ateş ile mücadele ederken kendilerini güçsüz gördükleri, ateşi düşüremiyorlarsa uygun şekilde müdahale edemediklerini düşündükleri²⁷, aile üyelerinden, arkadaşlarından, sağlık çalışanlarından, kitaplardan, dergi ve internetten ateş ile ilgili bilgi aldıkları belirtilmektedir^{28,5,26,15}. Özellikle teknolojinin yaygınlaşması bilgi kaynağının birçok alanda olduğu gibi çocuk sağlığı alanında da tercih edildiği görülmektedir. Bu durum bir yandan ebeveynlerin kendilerini geliştirme çabalarını gösterse de diğer yandan web sayfalarının güvenilirliğinin bilinmemesi özellikle sağlık açısından tehlike arz edebilmektedir. Çalışmada annelerin çoğunlukla derece ile ölçerek çocuklarının ateşini belirledikleri görülmüştür. Yapılan araştırmalarda ebeveynlerin çoğunluğunun çocuklarının ateşini dokunarak anladıklarını görülmektedir^{3,10,2,22,14}. Günümüzde derecelerin koltuk altı, kulak gibi bölgelerden ölçüm yaparak pratik olması, kısa ve etkili sonuç vermesi annelerin derece kullanımına olan eğilimini artırdığı düşünülebilir. Araştırma bulguları annelerin büyük çoğunlukla ateş düşürücü uygulamalar yaptıktan sonra çocuğunun ateşini düşüremediklerinde sağlık kuruluşuna götürdüklerini ortaya koymuştur. Özkan

ve Öztürk²⁹ ile Eliaçık ve arkadaşları³⁰ da annelerin çocuklarının ateşi düşmediğinde, Halicioğlu, Koç, Akman ve Teyin¹⁷ ilk 24 saatte, Ulaş Karaahmetoğlu, Kaçan Softa ve Zengin¹⁴ ise ilk uygulama olarak sağlık kuruluşuna götürdüklerini tespit etmişlerdir. Araştırmaya alınan anneler evde ılık suyla duş aldirarak, kasık ve koltuk altını ıslak bezle silerek çocuklarının ateşini düşürmeye çalıştıklarını belirtmişlerdir. Çalışma sonucu ile paralel olarak önceki araştırmalar da annelerin ateş sırasında çocuklarına ılık uygulama yaptıklarını ve doktor önerisine göre ateş düşürücü verdiklerini ortaya koymaktadır.^{10,2,31,11,14,26} İki-üç çocuğu olan annelerin çoğunluğu ateş düşürücüyü çocuk ateşlendiğinde hemen kullanırken tek çocuğu olan annelerin çoğunluğu ateş düşürücü diğer uygulamaları yaptıktan sonra kullanmaktadırlar. Çocuk sayısının artması annelerin uygulamalarında daha kısa ve etkili sonuca yönelmeye çalıştıklarını düşündürmektedir. Annelerin çoğunluğu kısa süre ateş düşürücü kullanma eğilimindedirler.

Çocukları ateşlendiğinde annelerin biraz telaşlandıkları, ateşe müdahale ederken de kendilerini çoğunlukla biraz yeterli gördükleri tespit edilmiştir. Schmitt'in³² ateş sırasında ebeveynlerin tepkilerine yönelik olarak öne sürdüğü "ateş fobisi" yaşadıklarını belirtmektedir. Pursell¹, ebeveynlerdeki bu korkunun kızgınlığa ve hatta ateş düşürücü ilacın yanlış kullanılmasına neden olduğunu vurgulamıştır. Ateşi kontrol etme çabaları ebeveynlerde telaşlanmaya neden olabilir. Fakat bu kaygının kontrol edilememesi yanlış uygulamaları da beraberinde getirebilmektedir.^{33,30,23} Bu nedenle Kelly et al.²⁶ ebeveynlere ateşle ilgili yazılı bilgi sağlamanın veya danışma odalarının ateş sırasında ebeveynlerin kendilerini daha güvenli hissetmelerini artıracaklarını belirtmektedir. Sahm et al.¹⁵ ise ebeveynlerin ateşle ilgili biraz daha fazla bilgiye ihtiyaç duyduklarını, hatta ateşle mücadele ile ilgili akıllı telefon uygulamasının yapılmasını önerdiklerini ortaya koymuştur.

Çocukların vücut direncinin yetişkininki kadar güçlü olmamasına bağlı olarak ebeveynler sık sık yüksek ateş tablosu ile karşılaşabilirler. Yüksek ateş sırasında yapılabilecek hataları, korku ve endişeyi azaltmak anne ve babalara verilecek eğitim ile mümkün olabilir. Bu eğitim bebek izleme çalışmaları sırasında aile hekimi, hemşiresi ve çocuk gelişimi uzmanı tarafından verilebilir. Eğitimin içeriğinde sadece ateş ile ilgili bilgiler değil, nasıl ölçüleceği, düşürmek için yapılacak uygulamalar, ateşli çocukla iletişim gibi uygulamalı kısımlara da mutlaka yer verilmelidir. Ayrıca ateş sırasında yapılabilecek müdahaleleri içeren bir kitapçık, broşür, akıllı telefon uygulamaları vb. ile anne-babaların bu konuda daha bilgili olmaları sağlanabilir. Anne-çocuk sağlığı ile ilgili televizyon programları artırılabilir hatta internetten bilgi

almaya çalışan ebeveynler için Sağlık Bakanlığı'nın ilgili kuruluşları tarafından anne-çocuk sağlığı ile ilgili güvenli ve etkileşimli bir web sayfası oluşturulabilir.

Çocuklarının ateşine ilişkin yaklaşımları belirlemeyi amaçlayan bu çalışma annelerin bildirimleri ile gerçekleştirilmiştir. Sonraki çalışmalarda farklı yaş gruplarında ve daha fazla ebeveyn ile çalışılabilir, çocuklarının sağlıkları ile ilgili uygulamaları yüz yüze görüşme, gözlem vb. yöntemlerle değerlendirilebilir. Ayrıca nitel veya boylamsal araştırmalar ile uygulamaların daha detaylı bir şekilde ortaya konulması ve doğru bilgi ve davranışların kazandırılması sağlanabilir.

KAYNAKLAR

- 1.Pursell E. Parental fever phobia and its evolutionary correlates. *Journal of Clinical Nursing*. 2009;18: 210-218.
- 2.Şen Celasin N, Ergin D, Atman Ü. Yüksek ateş şikayeti ile hastaneye yatırılan 0-6 yaş grubu çocukları olan annelerin yüksek ateşe ilişkin bilgi ve tutumları. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2008; 315-322.
- 3.Yiğit R, Esenay F, Şen E, Serinol Z. Annelerin yüksek ateş konusunda bilgi ve uygulamaları. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2003; 6:48-56.
- 4.Sullivan JE, Farrar HC. Clinical report-fever and antipyretic use in children. *American Academy of Pediatrics*. 2011; 127 (3): 580-587.
- 5.Walsh AM, Edwards HE. Management of childhood fever by parents: literature review. *Journal of Advanced Nursing*. 2006; 54 (2): 217-227.
- 6.Er M. Çocuk, hastalık, anne-babalar ve kardeşler. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*. 2006; 49:155-168.
- 7.Özbaşı S, Tezel B, Aydın Ş, Bolat H, Köse MR. Türkiye'de çocuk sağlığının durumu. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*. 2012; 55: 71-76.
- 8.Beştepe G, Çetinkaya Y, Tuzcu A, Ellidokuz H. Afyon ilinde 0-6 yaş grubu çocuğu olan annelerin ateşlenme durumunda evde bakımına ilişkin bilgi ve uygulamaları. "IX. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Özet Kitabı", s.130, Ankara (2004).
- 9.Karataş, H. ve Soran, M. 0-6 Yaş grubu çocuğu olan annelerin ateşlenme durumunda evde bakıma ilişkin bilgi ve uygulamalarının değerlendirilmesi. "46. Millî Pediatri Kongresi, 20. Ulusal Çocuk Cerrahisi Kongresi, 6. Çocuk Cerrahisi Hemşireliği Kongresi, 2. Çocuk Hemşireliği Kongresi, 1. Pediatri Asistanları Kongresi Bilimsel Program Ve Özet Kitabı", s. 385, Mersin (2002).
- 10.Demir M, Bayat M. Tokat Karşıyaka doğum ve çocuk hastanesi acil servisine yüksek ateş şikâyetiyle getirilen 0-5 yaş grubu çocukların annelerinin yüksek ateşle ilgili bilgi ve tutumları. *Sağlık Bilimleri Dergisi (Ek Sayı: Hemşirelik Özel Sayısı)*, 2005; 14: 22-29.
- 11.Karaca Çiftçi E, Beklen S. 0-6 Yaş arası çocuğu olan annelerin ateş ve ateş düşürücüler ile ilgili bilgi ve inanışları. *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2014; 11 (2): 83-91.
- 12.Crocetti M, Moghbeli N, Serwint J. Fever phobia revisited: have parental misconceptions about fever changed in 20 years? *Pediatrics*. 2001; 107:1240-7.
- 13.Karasar N. Bilimsel araştırma yöntemleri. Nobel Yayın Dağıtım, Ankara (2012).
- 14.Ulaş Karaahmetoğlu G, Kaçan Softa, H., Ve Zengin, N. 0-6 yaş grubu çocuğu olan annelerin ateş ve ateşli havale ile ilgili bilgi ve

uygulamalarının incelenmesi. Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi, 2015; 4(2):54-60.

15.Sahm LJ, Kelly M, McCarthy S, O'Sullivan R, Shiely F, Romsing J. Knowledge, attitudes and beliefs of parents regarding fever in children: a Danish interview study. Acta Pædiatrica. 2016; 105: 69–73.

16.Gürarşlan Baş, N, Karatay, N, Karatay, M. Beş yaş altı çocuğa sahip annelerin ateş yönetimine ilişkin bilgi ve uygulamaları. Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi, 2016;13 (3): 258-263.

17.Halicioğlu O, Koç F, Akman SA, Teyin A. Ateşli çocuklarda; annelerin evde ateşe yaklaşımı, bilgileri ve sosyodemografik özellikler ile ilişkisi. İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları Dergisi. 2011; 1(1):13-19.

18.Kelly M, Sahm LJ, Shiely F, O'Sullivan R, de Bont EG, Mc Gillicuddy A, Herlihy R, Dahly D, McCarthy, S. Parental knowledge, attitudes and beliefs on fever: a cross-sectional study in Ireland. S.BMJ Open, 2017; 9: 1-7.

19.Öztürk Ö, Topan A, Kuzlu Ayyıldız T. Ateş Őikâyeti ile acil servise getirilen çocuklarda ateş olgularının değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi, 2015; 2(3):285-296.

20.Betz MG, Grunfeld AF. "Fever phobia" in the emergency department: a survey of children's caregivers. Eur J Emerg Med. 2006; 13:129-33.

21.Çöl Araz NÇ. Ailelerin ateşli çocuğa yaklaşımı: bilgi, tutum ve uygulamaları. Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi. 2013; 7(1): 27-32.

22.Bebiş H, Coşkun S, Açıkel C, Özdemir, S. 0-6 Yaş grubu çocuğu olan annelerin yüksek ateşe ilişkin bilgi ve uygulamalarının değerlendirilmesi. TAF Preventive Medicine Bulletin, 2013; 12(6): 699-708.

23.Köksal AO, Özdemir O, Yılmaz AA, şahin ř, Acar M, Özkan B, Yıldırım FT, Hür Ö, Yılmaz ř, Koçak M. Mother approaches to children with fever. GMJ, 2014; 25: 63-69.

24.Dong L, Jin J, Lu Y, Jiang L, Shan X. Fever phobia: a comparison survey between caregivers in the inpatient ward and caregivers at the outpatient department in a children's hospital in China. BMC Pediatrics, 2015; 15 (163):1-9.

25.Arşlan S, Aydın M. Annelerin ateş fobisi ve ateş yönetimi. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 2015; 5(1):1-6.

26.Kelly K, Sahm, LJ, Shiely F, O'Sullivan R, McGillicuddy A, McCarthy S. Parental knowledge, attitudes and beliefs regarding fever in children: an interview study. BMC Public Health. 2016; 16: 540

27.Kai J. Parents' difficulties and information needs in coping with acute illnesses in preschool children: a qualitative study. British Journal of Medicine. 1996; 313: 987–990.

28.Karowska A, Nijssen-Jordan C, Johnson D, Davies H. Parental and health care provider understanding of childhood fever: a canadian perspective. Canadian Journal Of Emergency Medicine 2002; 4: 394-400.

29. Özkan H, Öztürk S. Doğu Anadolu bölgesinde bir kent merkezinde iki aile sağlığı merkezine başvuran annelerin çocukları ateşlendiğinde yaptığı uygulamalar. İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastanesi. Dergisi. 2013; 3(2):121-126.

30.Eliaçık K, Kanık A, Oyman G, Rastgel H, Güngör S, Anıl M, Helvacı M, Bakiler AR. Ebeveynlerin ateş hakkındaki bilgi, inanış ve yanlış uygulamaları. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2012; 13(1): 5-7.

31.Chang LC, Liu CC, Huang MC. Parental knowledge, concerns, and management of childhood fever in Taiwan. The Journal of Nursing Research, 2013; 21(4): 252-260.

32. Schmitt B. Fever phobia: misconceptions of parents about fevers. American Journal of Diseases in Children. 1980; 134: 176–181.

33.Işık Esenay E, İşler A, Kurugöl Z, Conk Z, Koturoğlu G. Annelerin ateşli çocuğa yaklaşımı ve ateş korkusu. Türk Pediatri Arşivi, 2007; 42(2): 57-60.

HEMŞİRELERİN PROFESYONELLİK DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ: BALIKESİR ÖRNEĞİ

EVALUATION OF NURSES' PROFESSIONALISM LEVELS: SAMPLE OF BALIKESİR

Ayşe Karadaş¹, Serap Kaynak¹, Songül Duran², Sibel Ergün¹

¹Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Balıkesir
²Trakya Üniversitesi Keşan Hakkı Yörük Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü

Yazışma Adresi:

Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü
E posta: aysegulserkaradas@gmail.com

Gönderim tarihi: 31 Ekim 2018

Kabul Tarihi: 19 Kasım 2018

Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi

ISSN: 2146-9601

e-ISSN: 2147-2238

bsbd@balikesir.edu.tr

www.bau-sbdergisi.com

ÖZ

GİRİŞ: Araştırma hemşirelerin profesyonellik düzeylerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak gerçekleştirilmiştir.

GEREÇ VE YÖNTEM: Araştırmanın evrenini, Şubat 2015-Temmuz 2015 tarihleri arasında, Balıkesir il merkezinde yer alan iki kamu hastanesinde görev yapan 380 hemşire, örneklemini ise çalışmaya katılmayı kabul eden 260 hemşire oluşturmuştur. Veriler, kişisel özellikler formu ve Meslekte Profesyonel Tutum Envanteri kullanılarak toplanmıştır. Veriler bilgisayar ortamında yüzdeler, ortalama, Mann Whitney U testi ve Kruskal Wallis testi ile değerlendirilmiştir.

BULGULAR: Araştırmaya katılan hemşirelerin %66.5'inin hemşirelik mesleğini sevdiği, %43.8'inin tekrardan hemşirelik mesleğini tercih etmek istemediği saptanırken, %59.6'sı kendisini profesyonel olarak tanımlamaktadır. Meslekte Profesyonel Tutum Envanteri ölçek toplam puanı 137.69±12.9 olarak bulunmuştur. Hemşirelerin cinsiyeti, mesleki deneyimi ve buldukları pozisyonun meslekte profesyonel tutumu etkilemediği (p>0.05); eğitim durumu, mesleği sevme, tekrar tercih etme durumu ve kendini profesyonel olarak tanımlama durumunun ise meslekte profesyonel tutumu etkilediği (p<0.05) saptanmıştır.

SONUÇ: Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre, hemşirelerin profesyonellik durumunun iyi düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Hemşirelerin profesyonel davranış alanlarındaki gelişmelerinin değerlendirilmesi ve profesyonellik için sürekli eğitimin teşvik edilmesi önerilir.

ANAHTAR KELİMELE: Hemşirelik, profesyonellik, profesyonel tutum

ABSTRACT

INTRODUCTION: The research was conducted as a descriptive study to determine the level of professionalism of the nurses.

MATERIALS AND METHODS: The universe of research was consist of 380 nurses working in two public hospitals located in Balıkesir province center between February 2015 and July 2015, and sample of the research is 260 nurses who accepted to participate. Data were collected using the personal information form and Inventory of Professional Attitude at Occupation. The data were evaluated by computerized aided percentile, mean, Mann Whitney U and Kruskal Wallis test.

RESULTS: It was determined that 66.5% of the nurses liked the nursing profession and 43.8% did not want to prefer the recurrent nursing profession, 59.6% defined themselves as professionals. The Inventory of Professional Attitude at Occupation total score was found as 137.69 ± 12.9. Gender, occupational experience and position of nurses did not affect occupational professional attitude (p>0.05); education status, liking of the profession, preference of re-preference and professional definition of self-affects professional attitude (p <0.05).

CONCLUSION: According to the results obtained from the research, it was determined that the professional status of the nurses is at a good level. It is recommended that nurses be assessed for their development in professional areas of behavior and that continuing education for professionalism be encouraged.

KEY WORDS: Nursing, professionalism, professional attitude

GİRİŞ

Son yıllarda sağlık bakım teknolojilerindeki gelişmeler, toplumsal ve politik değişimler tüm çalışma alanlarını olduğu gibi hemşirelik mesleğini de etkileyerek mesleki profesyonelliği zorunlu hale getirmiştir^{1,2,3,4}. Profesyonel meslek kavramı, tanımlanması güç olan ve üzerinde henüz uzlaşma sağlanamamış bir kavramdır⁵. Profesyonellik, aynı değerleri ve eğitimi alan meslek üyelerinin özerk, kanıta dayalı kararlar almaları olarak tanımlanmaktadır⁶. Schwirian'a göre (1998) profesyonellik, "bir mesleği ya da profesyonel bir kişiyi karakterize eden ya da belirleyen amaç, davranış ya da niteliklerdir"⁷. Profesyonellik, bir kişinin edinmiş olduğu bilgi, beceri, mesleki kimlik özelliklerinin ve profesyonel bir grubun değer ve normlarının içselleştirilmesini içeren bir süreç olarak da tanımlanmaktadır. Hemşirelikte profesyonelleşme süreci, bilgi, beceri, tutum, profesyonel kimlik ve mesleki standartların içselleştirildiği ve geliştirildiği temel eğitim programları sırasında başlamaktadır. İçselleştirme süreci çalışma yaşamında ise hemşirelik uygulamaları olarak devam etmektedir⁷.

Tarihsel, kültürel ve sosyal perspektifler dahil olmak üzere çok sayıda bileşen profesyonelleşme sürecinde rol oynamaktadır⁸. Barbara Kemp Miller⁹ (1984), hemşireliğe özgü profesyonellik niteliklerini keşfetmek için geliştirdiği modelde profesyonellik niteliklerini; bilimsel bilgi birikimi, sürekli eğitim ve yeterlik, araştırma ve yayın, teori geliştirme ve kullanma, toplumsal hizmet, etik kodlar, mesleki örgüte sahip olma ve otonomi olarak tanımlamıştır. Profesyonellik bilişsel, duyuşsal ve psikomotor özellikler tarafından belirlenen işin, önemli bir özelliğidir⁴. Profesyonellik, hizmet sunulan bireylere, ailelerine, bakım vericilere en uygun sağlık ve esenlik statüsünün tutarlı ve güvenli bir şekilde sunulmasına olanak sağlamaktadır¹⁰. Hemşirelik uygulamalarının temelinde ise meslek üyelerinin profesyonel kimlik ve değerleri yer almaktadır¹¹. Mesleki değerlerin kazanılması profesyonel gelişimin kalbi olarak tanımlanırken, profesyonel kimlik ise bir mesleğin devamını gösteren gizli bir bilgidir⁴. Profesyonel kimlik gelişimindeki yetersizlikler mesleki alanda söz sahibi olamama, mesleki standartları karşılamada yetersizlik ve mesleğin diğer üyeleri tarafından kabul görmeme gibi önemli sorunlara yol açmaktadır¹¹. Profesyonelleşmenin ayrıca benlik kavramı geliştirme, hasta bakım kalitesi, çalışan ve hasta memnuniyeti, kazaların ve hataların azaltılması, tükenmişlik, iş doyumu ve iş gücü devir hızı üzerine etkisi olduğu belirtilmektedir^{4,7,12,13}.

Son yıllarda hemşire devir hızı ve memnuniyet düzeyleri, hemşire yöneticileri de yakından ilgilendiren ve sağlık sisteminde kabul gören bir sorun halini almaktadır.

Hemşireler, sağlık bakımının geleceğinde özellikle bakım kalitesi, hasta memnuniyeti ve hasta sonuçları üzerinde kritik rol oynamaktadır. Bu nedenle profesyonel uygulamaların ve profesyonel gelişimin teşvik edilmesi ve hemşirelerin kendi profesyonellik düzeylerini izlemeleri de son derece önemlidir^{14,15}. Hemşirelerin profesyonellik düzeylerinin ve etkileyen faktörlerin tespit edilmesi ve gerekli düzenlemelerin yapılması profesyonellik düzeylerinin yükseltilmesinde önem taşımaktadır^{16,17}. Bu nedenle bu araştırma, Balıkesir İl merkezinde yer alan iki kamu hastanesinde görev yapan hemşirelerin profesyonellik düzeylerinin ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın Tasarımı

Araştırma, Balıkesir İl merkezinde yer alan iki kamu hastanesinde görev yapan hemşirelerin profesyonellik düzeylerini belirlemek amacıyla Şubat-Temmuz 2015 tarihlerinde tanımlayıcı olarak gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırma evrenini, Balıkesir ili Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği'ne bağlı iki hastanede görev yapan 380 hemşire oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini araştırmaya katılmayı kabul eden, çalışmanın yapıldığı dönemde izinli ve raporlu olmayan 260 hemşire oluşturmuştur. Araştırmaya katılım oranı %68'dir.

Veri Toplama Araçları

Veriler araştırmacılar tarafından literatür bilgileri doğrultusunda hazırlanan kişisel özellikler formu ve Meslekte Profesyonel Tutum Envanteri (MPTE) aracılığıyla toplanmıştır. Kişisel özellikler formu; hemşirelerin tanımlayıcı özellikleri ve meslekleri ile ilgili düşünce ve memnuniyetlerine yönelik 8 sorudan oluşmaktadır. Meslekte Profesyonel Tutum Envanteri (MPTE) 2006 yılında Erbil ve Bakır¹⁸ tarafından geliştirilmiştir. Envanterin uygulanma suresi ortalama 8-10 dakikadır. Likert tipi geliştirilen ölçekteki her bir ifade 5'den 1'e kadar puanlanmaktadır. Her maddede "bana tamamen uyuyor" yanıtına "5", "bana biraz uyuyor" yanıtına "4", "kararsızım" yanıtına "3", "bana uymuyor" yanıtına "2" ve "bana hiç uymuyor yanıtına "1" puan verilmektedir. MPTE'den alınacak en düşük puan 32, en yüksek puan ise 160'dır. Envanterin toplam puanı meslekte profesyonel tutum puanını vermektedir. Envanterden alınan puan yükseldikçe profesyonellik düzeyinin yükseldiği şeklinde değerlendirilmektedir. Ölçeğin Cron-bach alfa güvenirlik katsayısı 0.84 olarak saptanmıştır. Veriler, çalışmanın gerçekleştirildiği ik

kamu hastanesinde görev yapan hemşirelere anketlerin verilmesi ve yüz yüze görüşülerek geri toplanmasıyla elde edilmiştir.

Verilerin Analizi

Araştırma verileri SPSS 21.0 paket programı aracılığıyla değerlendirilmiştir. Çalışma verilerinin tanımlayıcı istatistikleri sayı, yüzde ve ortanca kullanılarak hesaplanmıştır. Sürekli değişkenlerin normallik varsayımı sağlayıp sağlamadığı Kolmogorov Smirnov testi ile değerlendirilmiştir. Veriler normal dağılım göstermediğinden grup karşılaştırmalarında Mann Whitney U, Kruskal Wallis ve anlamlı fark için ise gruplar arası Mann-Whitney U testleri kullanılmıştır. İstatistiksel olarak $p < 0.05$ değeri anlamlı kabul edilmiştir.

Araştırmanın sınırlılıkları

Araştırma sonuçları, araştırmanın yapıldığı hastanelerde görev yapan hemşirelerin yanıtları ile sınırlıdır. Araştırmanın genellenebilmesi için daha büyük örneklem gruplarında uygulanması gerekmektedir.

Etik Konular

Araştırmanın uygulanabilmesi için, araştırma kapsamına alınan hastaneler için Balıkesir Kamu Hastaneleri Genel Sekreterliği'nden yazılı izin alınmıştır. Anket formları, araştırmacı tarafından hemşirelere araştırma ile ilgili gerekli açıklamalar yapıldıktan ve araştırmaya katılmayı kabul ettiklerine dair sözel onamları alındıktan sonra elden dağıtılmıştır.

BULGULAR

Araştırmaya katılan hemşirelerin %89.2'sinin kadın, %44.2' sinin lisans mezunu, %50.8'inin servis hemşiresi olarak görev yaptığı ve %24.6'sının 16-20 mesleki deneyime sahip olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin %66.5'u hemşirelik mesleğini sevdiğini belirtirken, %43.8'i hemşirelik mesleğini yeniden tercih etmek istemediğini belirtmiştir. Hemşirelerin %59.6'sı mesleğinde profesyonel olduklarını ifade etmiştir (Tablo 1).

Tablo 1. Hemşirelerin Kişisel Özellikleri (n=260)

Kişisel özellikler	n	%
Cinsiyet		
Kadın	232	89.2
Erkek	28	10.8
Eğitim durumu		
Sağlık meslek lisesi mezunu	39	15.0
Önlisans mezunu	98	37.7
Lisans mezunu	115	44.2
Lisansüstü mezunu	8	3.1
Pozisyon		
Sorumlu hemşire	16	6.2
Servis hemşiresi	132	50.8
Yoğunbakım hemşiresi	80	30.8
Ameliyathane hemşiresi	7	2.7
Diğer	25	9.6
Hemşirelikte toplam çalışma süresi		
0-5 yıl	56	21.5
6-10 yıl	27	10.4
11-15 yıl	52	20.0
16-20 yıl	64	24.6
21 yıl ve üzeri	61	23.5
Hemşirelik mesleğini sevme durumu		
Evet	173	66.5
Hayır	29	11.2
Kararsız	58	22.3
Hemşirelik mesleğini tekrar tercih etme isteği		
Evet	70	26.9
Hayır	114	43.8
Kararsız	76	29.2
Kendini meslekte profesyonel olarak tanımlama durumu		
Evet	155	59.6
Hayır	20	7.7
Kısmen	76	29.2
Toplam	260	100

Araştırmaya katılan hemşirelerin Meslekte Profesyonel Tutum Envanteri ortancası 140.00 (çeyrekler arası genişliği =130.25-146.00) olarak saptanmıştır (Tablo 2).

Tablo 2. Araştırma grubundaki hemşirelerin Meslekte Profesyonel Tutum Envanteri puanlarına göre dağılımı

Meslekte Profesyonel Tutum	Ortanca (%25-%75 çeyrek)
	140.0 (130.25-146.00)

Araştırma grubunda yer alan hemşirelerin cinsiyeti, buldukları pozisyon ve hemşirelik mesleğinde toplam çalışma süresi ile MPTE arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Eğitim durumu ile MPTE arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($X^2=14.429$, $p=0.002$). Ön lisans mezunu hemşirelerin MPTE sıra ortalaması lisans mezunu hemşirelere göre daha yüksektir. Hemşirelik mesleğini sevme ile MPTE arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($X^2=21.593$, $p=0.000$). Hemşirelik mesleğini sevdiğini belirten hemşirelerin MPTE sıra ortalaması hayır ve kararsızım diyen hemşirelere göre daha yüksektir. Hemşirelik mesleğini tekrar tercih etme isteği ile MPTE arasında (Tablo 3) istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($X^2=29.859$, $p=0.000$). Hemşirelik mesleğini tekrardan tercih ederim diye belirtenlerin MPTE sıra ortalamasının hayır ve kararsızım diyen hemşirelere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Kendini profesyonel olarak tanımlama durumu ile MPTE arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($X^2=19.794$, $p=0.000$). Kendini profesyonel olarak tanımlayan hemşirelerin MPTE sıra ortalamasının hayır ve kararsızım diyen hemşirelere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 3).

Tablo 3. Meslekte Profesyonellik Tutum Envanteri (MPTE) puanlarının kişisel özellikler ile karşılaştırılması (n=260)

Kişisel Özellikler (n)	Sıra ortalaması	Ortanca (%25-%75 çeyrek)	Test istatistiği	p	Anlamlı fark
Cinsiyet					
Kadın (232)	130.62	140.00 (131.00-146.00)	-0.073*	0.942	-
Erkek (28)	129.52	140.00 (130.00-146.00)			
Eğitim durumu					
Sağlık meslek lisesi mezunu (39)	122.31	139.00 (124.00-146.00)	14.429**	0.002	2>3
Önlisans mezunu (98)	151.37	142.00 (136.75-147.25)			
Lisans mezunu (115)	113.87	137.00 (128.00-144.00)			
Lisansüstü mezunu (8)	153.94	144.50 (127.00-150.25)			
Pozisyon					
Sorumlu hemşire (16)	167.78	146.00 (138.25-150.50)	5.669**	0.225	-
Servis hemşiresi (132)	124.01	139.00 (128.25-146.00)			
Yoğunbakım hemşiresi (80)	129.90	141.00 (130.50-146.00)			
Ameliyathane hemşiresi (7)	151.86	142.00(141.00-145.00)			
Diğer (25)	136.84	142.00 (132.00-146.50)			
Hemşirelik mesleğinde toplam çalışma süresi					
0-5 yıl (56)	119.70	138.00 (128.00-144.75)	7.744**	0.101	-
6-10 yıl (27)	129.91	141.00 (130.00-146.00)			
11-15 yıl (52)	116.32	138.00 (130.00-142.00)			
16-20 yıl (64)	131.81	141.50 (129.00-147.00)			
21 yıl ve üzeri (61)	151.39	143.00 (136.00-149.00)			
Hemşirelik mesleğini sevme durumu					
Evet (73)	145.79	142.00 (135.00-147.50)	21.593**	0.000	1>2,3
Hayır (29)	95.22	136.00 (121.00-142.50)			
Kararsız (58)	102.52	135.00 (124.75-143.25)			
Hemşirelik mesleğini tekrar tercih etme isteği					
Evet (70)	169.54	146.00 (139.00-151.00)	29.859**	0.000	1>2,3 3>2
Hayır (114)	107.20	137.50 (124.75-144.00)			
Kararsız (76)	129.49	138.50 (132.00-146.00)			
Kendini profesyonel olarak tanımlama					
Evet (155)	145.84	142.00 (135.00-147.00)	19.794**	0.000	1>2,3 3>2
Hayır (20)	78.35	128.50 (121.00-138.25)			
Kısmen (85)	114.80	138.00 (127.00-144.50)			

* Mann Whitney U testi, ** Kruskal Wallis testi

TARTIŞMA

Hemşirelerin profesyonellik düzeylerinin değerlendirilmesi amacıyla gerçekleştirilen araştırmada, hemşirelerin çoğunluğunun 16-20 yıl hemşirelik deneyimine sahip olduğu görülmüştür (Tablo 1). Mesleki deneyim, sürekli gelişimi sağlamak için önemli bir araçtır¹⁹. Bu nedenle mesleki deneyim süresinin fazla olması profesyonellik düzeyi açısından olumlu bir sonuç olarak değerlendirilmektedir. Araştırmada hemşirelerin çoğunluğu hemşirelik mesleğini tekrardan tercih etmek istemediğini belirtmiştir (Tablo 1). Hemşirelik mesleğinin amaç ve değerlerini kabul ederek onun adına çaba harcamaya daha istekli olan hemşirelerin, iş ile özdeşleşmelerinin daha yüksek olduğu vurgulanmaktadır²⁰. Tekrardan hemşirelik mesleğini tercih etmek isteyenlerin profesyonellik düzeylerinin yüksek çıkması, hemşirelerin iş doyumunu, memnuniyet ve tükenmişlik düzeyleri ile ilgili çalışmalara önem verilmesinin gerekliliğini göstermektedir.

Araştırma sonucuna göre hemşirelerin mesleki profesyonellik düzeyinin yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 2). Yapılan benzer çalışmalarda da hemşirelerin yüksek profesyonellik düzeyine sahip olduğu gösterilmiştir^{9, 15, 16, 21, 22}. Bu araştırmadan farklı olarak hemşirelerin profesyonellik düzeylerinin orta düzeyde olduğunu^{8, 23} ve düşük düzeyde olduğunu tespit eden çalışmalar da yer almaktadır^{24, 25, 26}.

Eğitim düzeyine göre profesyonellik düzeylerinin karşılaştırılmasında ise beklenenin aksine ön lisans mezunlarının profesyonellik düzeyi lisans mezunlarına göre daha yüksek tespit edilmiştir (Tablo 3). Bu sonuç profesyonellik için sadece eğitim düzeyinin yeterli olmadığını, tanımlanan profesyonellik niteliklerinin de araştırılması gerektiğini gösteren bir sonuç olarak değerlendirilmektedir. Eğitim profesyonelleşme için tek kriter olarak kabul edilmemelidir. Kişisel değer sistemi ile birleştirilmesi ve eyleme geçirilmesi profesyonellik için son derece önemlidir. Tanaka ve ark.²⁷, doktora eğitimine sahip 0-5 yıl mesleki deneyimi olan hemşirelerin profesyonellik düzeylerinin, 21 yıl ve üzeri mesleki deneyime sahip olan hemşirelere göre daha yüksek olduğunu saptamıştır. Hindistan ve Topçuoğlu²⁸ Trabzon ilinde gerçekleştirdikleri çalışmalarında hemşirelerin uygulamaları için bireysel sorumluluk kabul etme isteklerinin yüksek düzeyde olduğunu fakat uzman hemşire veya doktora ünvanlarının elde edilmesi için çok istekli olmadıkları belirtmiştir. Bu çalışmadan farklı olarak lisans ve lisansüstü eğitime sahip olan hemşirelerin profesyonellik düzeylerinin daha yüksek olduğunu ve eğitim seviyesinin önemini gösteren çalışmalar da yer almaktadır^{24, 27, 29, 30, 31}. Karamanoğlu ve ark.¹⁷ ve Yılmaz

ve Vermişli²⁶'nin çalışmalarında ise eğitim seviyesi ile profesyonellik düzeyi arasında ilişki tespit edilmemiştir.

Araştırmada hemşirelik mesleğini sevenler, imkan olsa tekrar hemşireliği seçebileceklerini belirtenler ve meslekte kendilerini profesyonel olarak tanımlayan hemşirelerin profesyonellik düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 3). Benzer şekilde yapılan çalışmalarda da mesleği sevmeye ve profesyonellik arasında anlamlı ilişki bulunduğu belirtilmiştir^{21, 22, 26, 32}. Profesyonelliğin iş doyumunda önemli bir faktör olduğunu tespit eden araştırma sonuçları da bu bulguyu desteklemektedir^{12, 24}. Araştırma sonuçları literatürle paralellik göstermektedir. Yoğun iş temposu altında çalışan hemşirelerin mesleğini severek yapmaları hasta bakım kalitesine olumlu etkileri açısından oldukça önemlidir.

Araştırmada hemşirelerin cinsiyeti ile profesyonellik düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$) (Tablo 3). Benzer şekilde Dikmen ve ark.²¹ ve Shohani ve Zamanzadeh⁸'in çalışmalarında cinsiyetle profesyonellik arasında ilişki tespit edilmemiştir.

Araştırmada hemşirelerin buldukları pozisyon ile profesyonellik düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 3). Literatürde hemşirelik ve profesyonellik üzerine yapılmış çalışmalara baktığımızda bu çalışmadan farklı olarak yönetici hemşirelerde profesyonellik düzeyinin daha yüksek olduğu bulunmuştur^{17, 24, 27, 33}.

Literatürde profesyonellik düzeyleri ve hemşirelerin çalışma yıllarının incelendiği çalışmalarda farklılıklar vardır. Araştırmada hemşirelerin mesleki deneyimi ile profesyonellik düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 3). Benzer şekilde Yılmaz ve Vermişli²⁶'nin çalışmalarında hemşirelerin çalışma yılı ve profesyonellik durumları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Aynı serviste uzun süre çalışan hemşirenin sürekli aynı işi yapmasından dolayı yeni başlayan bir hemşireye göre kendini profesyonel hissetmesi, yeni çalışmaya başlayan bir hemşirenin ise sağlık alanındaki gelişmeleri daha yakından takip etmesi, alanıyla ilgili araştırmalar yapması ve güncel hemşirelik toplantılarına daha çok katılması sebebiyle kendilerini daha çok profesyonel görebilmeleri sonucu çalışma yılı ile profesyonellik düzeyi arasında anlamlı fark bulunmamış olabilir. Araştırma sonuçlarından farklı olarak çalışma yılı daha az olan hemşirelerin profesyonel tutum puan ortalamasının daha yüksek olduğu çalışmalar^{21, 22} ve mesleki çalışma yılı daha fazla olan hemşirelerin profesyonellik düzeylerinin daha yüksek olduğunu gösteren çalışmalar^{27, 31} da literatürde yer almaktadır.

SONUÇ

Hemşirelikte profesyonelliğin mesleki gelişim, hemşirelik bakımında kalite, mesleki saygınlık, özerklik, iş doyumunu ve kurumsal verimlilik üzerine etkileri gözönüne alındığında üzerinde durulması ve incelenmesi gereken bir konu olduğu dikkat çekmektedir. Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre, hemşirelerin mesleki profesyonellik durumunun iyi düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Eğitim durumu, hemşirelik mesleğini sevme, tekrar tercih etme ve kendini profesyonel tanımlama durumu mesleki profesyonellik düzeyini etkilemektedir. Mesleki gelişimin sağlanmasında önemli yeri olan profesyonellik düzeyinin yükseltilmesi için;

- Profesyonellik değerlendirmesinin sadece hemşirelerin kişisel değerlendirmelerine göre değil çok yönlü olarak yapılması,
- Profesyonelliğin bileşenlerinin profesyonelle olan ilişkilerinin daha açık olarak ortaya konulabileceği büyük ölçekli araştırmaların planlanması,
- Hemşirelerin memnuniyet düzeylerinin ve çalışma koşullarının iyileştirilmesi için gerekli çalışmaların yapılması,
- Hemşirelik eğitim programlarının gözden geçirilerek özellikle eleştirel düşünme ve bilimsel problem çözme becerilerinin geliştirilmesine destek olunması ve
- Hemşirelerin profesyonel davranış alanlarındaki gelişmelerinin değerlendirilmesi ve desteklenmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Altıok Öner H, Üstün B. Profesyonellik: Kavram analizi. *DEUHYO ED*. 2014;7(2): 151-155.
2. Kacaroğlu Vicdan A. Hemşirelikte profesyonellik. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi Sempozyum Özel Sayısı*. 2010: 261-263.
3. Southon G, Braithwaite J. The end of professionalism? *Soc Sci Med*. 1998; 46(1):23-28.
4. Ghadirian F, Salsali M, Cheraghi MA. Nursing professionalism: An evolutionary concept analysis. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2014; 19(1): 1-10.
5. Seçer HŞ. Profesyonellere ve profesyonel bireylere güven. *Kamu-İş Dergisi*. 2009; 10(4): 247-277.
6. Dean E. Promoting professionalism. *Nurs Stand*. 2017; 31(42):15.
7. Adlina K. Professionalism in post-licensure nurses in developed countries. *Journal of Nursing Education and Practice*. 2013; 3(5):128-137.
8. Sohohani M, Zamanzadeh V. Nurses' attitude towards professionalization and factors influencing it. *Journal of Caring Sciences*. 2017, 6(4), 345-357.
9. Miller BK, Adams D, Beck K. A behavioral inventory for professionalism in nursing. *Journal of Professional Nursing*. 1993; 9(5): 290-295.
10. Dean E. Professionalism. *Emerg Nurse*. 2017; 25(3):13.
11. Sabancıoğulları S, Doğan S. Profesyonel kimlik gelişimi ve hemşirelik. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2012;15(4): 275-282.
12. Hwang IJ, Lou F, Han SS, Cao F, Kim WO, Li P. Professionalism: the major factor influencing job satisfaction among Korean and Chinese nurses. *International Nursing Review*. 2009;56 (3):313-318.
13. Oweis, A. Bringing the professional challenges for nursing in Jordan to light. *International Journal of Nursing Practice*. 2005;11: 244-249.
14. Bigby ES. Building a framework for professional nursing practice across the continuum of care [Doctor of Nursing Practice (DNP) Projects]. Projects. 66. San Francisco: The University of San Francisco; 2015.
15. Adams D, Miller BK. Professionalism in nursing behaviors of nurse practitioners. *Journal of Professional Nursing*. 2001;17(4):203-210.
16. Çelik S, Ünal Ü, Saruhan S. Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin mesleki profesyonelliklerinin değerlendirilmesi. *İ.Ü.F.N. Hem. Derg.* 2012; 20(3):193-199.
17. Karamanoğlu A, Özer F, Tuğcu A. Denizli ilindeki hastanelerin cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerin mesleki profesyonelliklerinin değerlendirilmesi. *Fırat Tıp Dergisi*. 2009; 14(1): 12-17.
18. Erbil N, Bakır A. Meslekte profesyonel tutum envanterinin geliştirilmesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*. 2009; 6(1): 290-302.
19. Karagözoğlu Ş. Bilimsel bir disiplin olarak hemşirelik. *C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*. 2005;9 (1):6-14.
20. Benliğiray S, Sönmez H. Hemşirelerin mesleki bağlılıkları ile diğer bağlılık formları arasındaki ilişki: örgüte bağlılık, işe bağlılık ve aileye bağlılık. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*. 2011; 28-40.
21. Demir Dikmen Y, Yönder M, Yorgun S, Yıldırım Usta Y, Umur S, Aytekin A. Hemşirelerin profesyonel tutumları ile bunu etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*.2014;17(3):158-164.
22. Beydağ K, Arslan H. Kadın doğum kliniklerinde çalışan ebe ve hemşirelerin profesyonelliklerini etkileyen faktörler. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*. 2008; 3(7): 76-87.
23. Adıgüzel O, Tanrıverdi H, Özkan DS. Mesleki profesyonellik ve bir meslek mensupları olarak hemşireler örneği. *Yönetim Bilimleri Dergisi*. 2011; 9(2): 239-259.
24. Çelik S, Hisar F. The influence of the professionalism behavior of nurses working in health institutions on job satisfaction. *International Journal of Nursing Practice*. 2012; 18:180-187.

25. Demir S, Kocaman Yıldırım N. Psikiyatri hemşirelerinin profesyonel davranışlarının belirlenmesi. *Journal of Psychiatric Nursing*. 2014;5(1):25-32.
26. Yılmaz E, Vermişli S. Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerde meslekte profesyonelleşmenin iş doyumuna etkisi. *Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik E-Dergisi*. 2016; 4(1): 17-27.
27. Tanaka M, Yonemitsu Y, Kawamoto R. Nursing professionalism: A national survey of professionalism among Japanese nurses. *International Journal of Nursing Practice*. 2014; 20: 579–587.
28. Hindistan S, Topcuoğlu B. Professionalism characteristics of nurses working in internal medicine clinics. *Universal Journal of Public Health*. 2017; 5(1): 46-53.
29. Kavaklı Ö, Uzun Ş, Arslan F. Yoğun bakım hemşirelerinin profesyonel davranışlarının belirlenmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*. 2009; 51: 168-173.
30. Karadağ A, Hisar F, Özhan Elbaş N. Hemşirelikte profesyonelliğe ilişkin davranışsal Envanter. *Hemşirelik Forumu Dergisi*. 2004; 7(4):14-22.
31. Wynd CA. Current factors contributing to professionalism in nursing. *Journal of Professional Nursing*. 2003; 19(5): 251-261.
32. Kahraman G, Engin E, Dülgerler Ş. Yoğun bakım hemşirelerinin iş doyumları ve etkileyen faktörler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*. 2011;4(1):12-18.
33. Andrews GJ, Brodie DA, Andrews JP, Hillan E, Gail Thomas B, Wong J. et. al. Professional roles and communications in clinical placements: A qualitative study of nursing students. Perception and some models for practice". *Int J Nurs Stud*. 2006; 43(7):861-874.

HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ ÖĞRENCİLERİNİN SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARININ İNCELENMESİ

INVESTIGATION OF HEALTHY LIFESTYLE BEHAVIORS OF NURSING DEPARTMENT STUDENTS

Öznur Yaşar¹, Nuriye Karadağ², Gözde Özsezer Kaymak³

¹Balikesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Balikesir

²Balikesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, Balikesir

³Çanakkale Onsekiz Mart Sağlık Yüksekokulu, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Çanakkale

Yazışma Adresi:

Balikesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Balikesir

E posta: yasar.oznur@balikesir.edu.tr

Gönderim tarihi: 8 Kasım 2018

Kabul Tarihi: 21 Kasım 2018

Balikesir Sağlık Bilimleri Dergisi

ISSN: 2146-9601

e-ISSN: 2147-2238

bsbd@balikesir.edu.tr

www.bau-sbdergisi.com

*Hemşirelik Bölümü Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının İncelenmesi başlıklı araştırma 02-05 Mayıs 2018 tarihleri arasında Burdur'da 1.Uluslararası Sağlık Bilimleri ve Yaşam Kongresi'nde 990 bildiri numarasıyla poster bildiri olarak sunulmuştur.

Öz

GİRİŞ: Bu araştırma, hemşirelik öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM: Araştırmanın evrenini 2016-2017 Eğitim Öğretim yılında öğrenim gören 753 hemşirelik bölümü öğrencisi oluşturmuştur. Örneklem seçimine gidilmeksizin araştırmaya katılmayı kabul eden ve araştırmanın yapıldığı gün okulda bulunan 406 öğrenci ile araştırma tamamlanmıştır. Verilerin toplanmasında, araştırmacı tarafından oluşturulan sosyo demografik bilgi formu, hijyenik davranışları belirlemek için bilgi formu ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği II kullanılmıştır. Veriler bilgisayar ortamında yüzdelik, Anova ve t testi kullanılarak değerlendirilmiştir.

BULGULAR: Öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği puan ortalamasının 126.07±19.11 ile orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Gelir düzeyinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını, kronik hastalığa sahip olmanın sağlık sorumluluğu almayı artırdığı, verilen eğitimde sağlık bilgilerine yer verilmesinin sağlık sorumluluğu almayı olumlu yönde etkilediği belirlenmiştir.

SONUÇ: Buna göre, okullarda sağlık bilgisi derslerine yer verilmesinin olumlu sağlık davranışları geliştirilmesinde etkili olacağı düşünülmüştür.

ANAHTAR KELİMELE: Hemşirelik öğrencisi, yaşam, sağlıklı yaşam tarzı

ABSTRACT

INTRODUCTION: This study was conducted as a descriptive study to determine the healthy lifestyle behaviors of nursing students.

MATERIALS AND METHODS: The population of the study consisted of 753 nursing students studying in the 2016-2017 academic year. The study was completed with 406 students who accepted to participate in the study without going to the sample selection. In collecting the data, the sociodemographic information form, information form to determine the hygienic behaviors created by the researcher and the healthy lifestyle behaviors scale II were used. The data were evaluated using percentile, Anova and t test.

RESULTS: It was determined that the average score of healthy lifestyle behaviors scale II scores of the students was moderate with 126.07 ± 19.11. It has been determined that income level increase healthy lifestyle behaviors, having chronic illness increases health responsibility, and that health information in given education positive effect on take health responsibility.

CONCLUSION: According to this, it was thought that the inclusion of health information courses in schools would be effective in developing positive health behaviors

KEY WORDS: Nursing student, life, healthy lifestyle.

GİRİŞ

Toplumdaki tüm bireylerin kendi sağlıklarını korumaları ve geliştirmeleri için olumlu sağlık davranışı kazanarak kendi sağlıklı yaşam biçimlerini oluşturmaları gerekir. Sağlıklı yaşam biçimi, bireylerin sağlığını etkileyebilecek tüm davranışları üzerinde kontrol sahibi olmaları ve günlük aktivitelerinde sağlıklarını yükseltmeye yönelik davranışları seçerek uygulamalarıdır¹. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları (SYBD) ise, bireyin sağlıklı kalmak ve hastalıklardan korunmak için inandığı ve uyguladığı davranışların bütünüdür^{2,3}. Bu davranışlar tutum haline dönüştürüldüğünde kişi sağlıklı olma halini sürdürdüğü gibi, sağlık durumunu da daha iyi bir seviyeye getirebilir. Dünya Sağlık Örgütü(DSÖ) tahminlerine göre gelişmiş ülkelerdeki ölümlerin %70-80'inin, gelişmekte olan ülkelerdeki ölümlerin %40-50'sinin nedeni, yaşam biçimine bağlı olarak ortaya çıkan hastalıklardır. Bu hastalıkların oluşumunda kişinin kendi tutum ve davranışlarının rolü büyüktür⁴. Sağlığın geliştirilmesi için bu risk etmenlerinin bilinmesi, bireylerin çocukluktan itibaren bu risk etmenlerinden korunması önemlidir. Bu risklerin belirlenmesinde kullanılan önemli araçlardan biri Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği'dir. Ülkemizde değişik yaş, grup cinsiyetlerde ve mesleklerde yapılan sağlık davranışlarını değerlendirme çalışmalarında bu ölçek kullanılmıştır⁵⁻¹⁰. Üniversite eğitimi alan öğrenciler, biyopsikososyal gelişim süreçleri gereği genç erişkinlik döneminde yer almaktadır. Ergenlik dönemi sonrası kimlik arayışının olgunlaşmaya başladığı, bireysel ve toplumsal sorumluluk bilincinin geliştiği bir dönemdir. Bu dönemde sağlıklı beslenme, egzersiz yapma, etkili iletişim ve stresle baş etme yöntemleri gibi yaşam boyu geliştirilmesi gereken yaşam biçimi davranışlarının kazanılması ileri yaşlardaki bireylere göre daha kolaydır. Yaşam biçimi davranışlarının bireylerin akademik başarısı, fizyolojik ve psikolojik sağlığı üzerinde önemli etkisi vardır¹¹⁻¹³. Bu süreçte edinilen alışkanlıklar sonraki yaşama da yön vermektedir. Bireylerin sağlığını koruma ve geliştirmesinde önemli sorumlulukları vardır. Dünya genelinde hemşirelerin sağlığı koruma ve geliştirmedeki rolü giderek daha sık vurgulanmaktadır¹⁴. Sağlık hizmetlerinin topluma ulaştırılmasında ve davranış değişiminde rol modeli olacak yarının hemşireleri olacak öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazanması veya önemini kavramış olması önemlidir. Bu çalışmada sağlık bakımının geleceği olan öğrenci hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörlerin incelenmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın Tipi ve yeri

Tanımlayıcı ve kesitsel tipte olan araştırma 2016-2017 Eğitim Öğretim yılında Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü öğrencileriyle yapılmıştır.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini 2016-2017 Eğitim Öğretim yılında öğrenim göre 753 hemşirelik bölümü öğrencisi oluşturmuştur. Araştırmada örneklem seçimine gidilmeksizin araştırmaya katılmayı kabul eden ve araştırmanın yapıldığı gün okulda bulunan 406 (%54) öğrenci ile araştırma tamamlanmıştır.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma deneysel çalışma olmadığından etik kurul izni alınmamış, araştırmanın yapılacağı kurumdan yazılı izin ve araştırmaya katılmayı kabul eden öğrencilere araştırma hakkında bilgi verilerek sözlü onamları alınmıştır. Ek olarak araştırmada kullanılan ölçek için gerekli izin alınmıştır.

Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama formları araştırmacılar tarafından literatür taranarak oluşturulmuştur¹⁵⁻¹⁷. Birinci bölümde sosyodemografik veriler ile kişisel hijyen davranışlarını belirlemek üzere 14, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını belirlemek üzere 10 sorudan oluşan anket formu, ikinci bölümde ise Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ) kullanılmıştır. Walker ve ark. tarafından 1987 yılında geliştirilen sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin ilk versiyonu 48 madde ve altı faktörden oluşmaktadır. Ölçek 1996 yılında revize edilmiş (Walker ve ark.) ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II olarak adlandırılmıştır. Güncellenen SYBDÖ II'nin Türkiye'de geçerliliği ve güvenilirliği Bahar ve ark. tarafından (2008) yapılmıştır. Ölçek 52 madde ve altı faktörden oluşmaktadır. Bunlar; manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, beslenme, fiziksel aktivite, sağlık sorumluluğu ve stres yönetimidir. Ölçeğin tüm maddeleri olumludur. Derecelendirme 4'lü likert şeklindedir. Hiçbir zaman (1), bazen (2), sık sık (3), düzenli olarak (4) olarak kabul edilmektedir. Ölçeğin tamamı için en düşük puan 52, en yüksek puan 208'dir. Ölçeğin Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0.94'dir. Ölçeğin alt faktörlerinin Cronbach Alpha değeri 0.79-0.87 arasında değişmektedir^{3,14}.

Verilerin İstatistiksel Analizi

Araştırma verileri SPSS 15.0 programında yapılmış, aritmetik ortalama, yüzdelik sayıları içeren betimleyici analizler ile iki bağımsız grubun istatistiksel analizinde

parametrik test varsayımları sağlandığından t-test ve one-way anova test kullanılmıştır. Değişkenler arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişkinin olup olmadığının belirlenmesinde $p < 0.05$ değeri temel alınmıştır.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmada araştırmaya katılan öğrenci sayısı araştırmaya katılması beklenen öğrenci sayısının altında kalmıştır. Araştırma sonuçları araştırmaya katılan öğrencileri kapsamaktadır.

BULGULAR

Araştırmaya katılan hemşirelerin %89.2'sinin kadın, Araştırmaya katılanların yaş ortalaması 20.6 ± 0.4 , %23.9'u erkek, %76.1'i kız öğrenci, %73.9'unun geliri giderine eşit %57.9'unun annesinin eğitim düzeyi ilköğretim mezunu ve %85'i çalışmamakta, %44.6'sının babası ilköğretim mezunu ve %31'i çalışmamaktadır, %9.9'u kronik hastalığa sahiptir (Tablo 1).

Tablo 1. Sosyodemografik Bilgiler

		Sayı	Yüzde	
Cinsiyet	Kız	309	76.1	
	Erkek	97	23.9	
Sınıf	Hemşirelik 1.sınıf	108	26.6	
	Hemşirelik 2.sınıf	109	26.8	
	Hemşirelik 3.sınıf	86	21.2	
	Hemşirelik 4.sınıf	103	25.4	
Baba eğitim durumu	Okula gitmemiş	9	2.2	
	İlköğretim	181	44.6	
	Orta	70	17.2	
	Lise	100	24.6	
Anne eğitim durumu	Okula gitmemiş	41	10.1	
	İlköğretim	235	57.9	
	Orta	50	12.3	
	Lise	63	15.5	
Anne çalışma durumu	Hayır	345	85	
	Evet	61	15	
	Baba çalışma durumu	Hayır	126	31
	Evet	280	69	
Gelir Durumu	Gelir giderden fazla	34	8.4	
	Gelir gidere denk	300	73.9	
	Gelir giderden az	72	17.7	
Kronik hastalığı olma	Evet	40	9.9	
	Hayır	366	90.1	
TOPLAM		406	100.0	

Araştırmada öğrencilerin %21.9'u sigara kullandığını, %16.5'i alkol kullandığını, %53.0'ı çamaşırlarını hergün değiştirdiğini, %52.0'ı her yemekten önce ellerini yıkadığını, %71.9'u yemekten sonra ellerini yıkadığını, %69.0'ı dışarıdan geldiğinde ellerini yıkadığını, %53.7'si iki günde bir banyo yaptığını, %66.7'si günlük ortalama 6-8 saat uyuduğunu, %59.6'sı günde iki kez dişlerini fırçaladığını, %37.9'u haftada bir kez fast-food gıda aldığını belirtmiştir (Tablo 2).

Tablo 2. Sağlıkla İlgili Alışkanlıklar

		Sayı	Yüzde
Sigara kullanma durumu	Evet	89	21.9
	Hayır	317	78.1
Alkol kullanma durumu	Evet	67	16.5
	Hayır	339	93.5
	Hiç yemiyor	48	11.8
Haftalık fast-food yeme durumu	Bir	153	37.7
	İki	111	27.3
	Üç ve üzeri	94	23.0
Günlük diş fırçalama durumu	Bir	94	23.2
	İki	242	59.6
	Diğer*	70	17.2
Kaç günde bir banyo yaptığı	Bir	124	36.5
	İki	218	53.7
	Üç	53	13.1
	Dört ve üzeri	11	2.6
Günlük uyku saati	4-5 saat	57	14.0
	6-8 saat	271	66.7
	9 saat ve üzeri	78	19.2
Yemekten önce el yıkama durumu	Daima	211	52.0
	Bazen	188	46.3
	Hiç	7	1.7
Yemekten sonra el yıkama durumu	Daima	292	71.9
	Bazen	106	26.1
	Hiç	8	2.0
Dışarıdan geldiğinde el yıkama durumu	Daima	280	69.0
	Bazen	120	29.6
	Hiç	6	1.5
Toplam		406	100.0

*Hiç fırçalamayanlar ve üç kez fırçalayanlar

Öğrencilerin SYBD II ölçeğinden aldıkları toplam puan 126.07 ± 19.11 , sağlık sorumluluğu puan ortalaması 20.91 ± 3.94 , fiziksel aktivite puan ortalaması 17.29 ± 4.01 , beslenme puan ortalaması 20.19 ± 3.82 , manevi gelişim puan ortalaması 24.28 ± 4.64 , kişilerarası ilişkiler puan ortalaması 24.09 ± 4.34 , stres yönetimi puan ortalaması 19.28 ± 3.73 olarak bulunmuştur (Tablo 3).

Tablo 3. SYBD Ölçek Puan Ortalaması Tablosu

	Ortalama±SS	Min–Max
Sağlık sorumluluğu	20.91±3.94	10-33
Fiziksel aktivite	17.29±4.01	8-32
Beslenme	20.19±3.82	11-33
Kişilerarası ilişkiler	24.09±4.34	10-36
Manevi gelişim	24.28±4.64	11-36
Stres yönetimi	19.28±4.01	9-32
Ölçek toplam puan	126.07±19.11	64-183

Araştırmaya katılan erkek öğrencilerin fiziksel aktivite alt boyut ortalaması kız öğrencilerin fiziksel alt boyut ortalamasından yüksek, kronik hastalığa sahip olan katılımcıların sağlık sorumluluğu alt boyut puan ortalaması kronik hastalığa sahip olmayanların ortalamasından yüksek, geliri giderinden az olan öğrencilerin tüm alt grup puan ortalamaları ve ölçek toplam puan ortalaması geliri giderine denk olan ve geliri giderinden fazla olan öğrencilerden düşük bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4). Sigara içen ve içmeyen öğrenciler arasında ve anne-baba eğitim düzeyi ile ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo 4).

Tablo 4. Öğrencilerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre SYBD Ölçek Puan Ortalamalarının karşılaştırması

Tanıtıcı özellikler	SYBDÖ ve Alt Grup Ölçek Puan Ortalamaları						Ölçek toplam puan X ± SS
	Sağlık sorumluluğu X ± SS	Fiziksel aktivite X ± SS	Beslenme X ± SS	Kişilerarası ilişkiler X ± SS	Manevi gelişim X ± SS	Stres yönetimi X ± SS	
Cinsiyet							
Erkek	21.18±4.15	18.38±4.38	20.64±4.43	23.76±4.05	24.45±4.49	19.49±3.88	127.92±19.46
Kız	20.83±3.87	16.95±3.84	20.05±3.60	23.20±4.43	24.22±4.70	19.21±3.68	125.49±19.00
t-test	0.764	3.075	1.201	0.866	0.413	0.640	1.094
p	0.445	0.002	0.232	0.387	0.680	0.523	0.275
Kronik Hastalık							
Evet	22.35±4.16	17.12±3.31	19.47±4.37	24.72±4.20	23.77±4.64	18.97±4.20	125.42±20.57
Hayır	20.76±3.89	17.31±4.09	20.27±3.75	23.13±4.36	24.33±4.65	19.31±3.68	126.14±18.98
t-test	2.434	0.339	1.259	0.569	0.728	0.550	0.227
p	0.015	0.736	0.209	0.570	0.467	0.583	0.821
Gelir Düzeyi							
Gelir giderden fazla	21.08±4.27	18.76±5.22	21.02±3.80	23.97±5.30	24.67±5.09	20.61±4.58	130.14±24.35
Gelir gidere denk	21.19±3.83	17.34±3.80	20.26±3.70	24.42±4.23	24.54±4.69	19.41±3.58	127.16±18.29
Gelir giderden az	19.70±4.03	16.41±4.09	19.54±4.25	22.79±4.08	23.02±4.02	18.12±3.65	119.61±18.57
F	4.203	4.075	1.922	4.177	3.242	5.959	5.494
p	0.016	0.018	0.149	0.016	0.040	0.003	0.004

TARTIŞMA

Araştırmaya katılan öğrencilerin SYBDÖ II toplam puan ortalaması, 126.07±19.11 olarak bulunmuştur, ölçekten alınacak en yüksek puanın 208 olduğu gözönünde bulundurulduğunda SYBDÖ II ortalamasının orta düzeyde olduğu görülmüştür. Türkiye’de yapılan diğer araştırmalarda toplam puan 118.5- 131.01 arasında değişmektedir^{3,6,18-21}. Araştırmamızda öğrencilerin SYBDÖ II alt boyutları incelendiğinde sağlık sorumluluğu alt boyut puan ortalamasının 20.91±3.94 olduğu bulunmuştur. Türkiye’de hemşireler, hemşirelik bölümü ve tıp fakültesi öğrencileriyle yapılan araştırmalarda sağlık sorumluluğu alt grup puan ortalamalarının 20.98-23.02 arasında olduğu görülmektedir^{3,5,22,23}. Türkiye’de lise öğrencileriyle yapılan araştırmalarda ise sağlık sorumluluğu alt grup puan ortalaması 17.24-17.47 olarak bulunmuştur^{6,21}. Buna göre araştırmamızın sağlık sorumluluğu alt grup puan ortalaması hemşireler, hemşirelik bölümü ve tıp fakültesi öğrencilerinin yer aldığı diğer araştırmalarda ki sağlık sorumluluğu alt grup ortalaması ile benzerlik gösterirken, aynı grup puan ortalaması lise öğrencilerinin yer aldığı araştırmaların alt grup puan ortalamasından yüksek bulunmuştur. Bu sonuç ile hemşirelik bölümü ve tıp fakültesi öğrencilerinin derslerinde sağlık bilgilerine yer verilmesinin etkili olduğunu düşündürmüştür. Araştırmada aile geliri araştırmalarda da erkeklerin fiziksel aktivite alt boyut ortalaması puanı yüksek bulunmuştur^{6,24-26}. Ek olarak Şimşek ve ark.’nın, çalışmasında ise cinsiyet ve fiziksel aktivite arasında anlamlı fark bulunmamıştır⁵. Bu farklı sonuçlardan yola çıkarak cinsiyet ve fiziksel aktivite arasında ki ilişkiyi inceleyen daha kapsamlı araştırma sonuçlarına ihtiyaç olduğu düşünülmüştür. Araştırmada sigara içme ile SYBDÖ II toplam puan ve alt grup puan ortalamaları arasında fark bulunmamıştır. Bostan ve Beşer’in çalışmasında, Özakgöl ve ark.’nın, Ömeraden’in çalışmasında, çalışmasında da sigara içme ve SYBDÖ II toplam puan ve alt grup puanları arasında anlamlı fark bulunmazken, Tedik ve Hacıoğlu’nun çalışmasında beslenme alt grup puan ortalaması hariç SYBDÖ II toplam puan ortalaması ve tüm diğer alt grup puan ortalamaları sigara içenlerde düşük bulunmuştur^{4,6,19,20}. Yine sigara içme ile sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını inceleyen daha fazla araştırmaya ihtiyaç olduğu düşünülmüştür.

SONUÇ

Araştırma sonucunda hemşirelik öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının orta düzeyde olduğu, erkek öğrencilerin fiziksel aktivite boyutu ortalamalarının yüksek olduğu, gelir düzeyinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını olumlu yönde etkilediği, kronik hastalığa

giderinden yüksek olan öğrencilerin SYBDÖ II toplam puan ve tüm alt grupların puan ortalamaları geliri giderden düşük olan ve geliri gidere denk olanlardan yüksek bulunmuştur ve araştırma bu yönüyle Bostan ve Başer, Şimşek ve ark., Özakgöl ve ark. ve Ömeraden’in araştırma sonuçlarıyla benzerdir^{4-6,19}. Gelir düzeyinin yükselmesinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını artırmada etkili olduğu düşünülmüştür. Araştırmada kronik hastalığa sahip olanlar ile kronik hastalığa sahip olmayanlar karşılaştırıldığında SYBDÖ II toplam puanında anlamlı fark bulunmazken, sağlık sorumluluğu alt boyut ortalaması kronik hastalığa sahip olmayanların puan ortalamasından yüksek bulunmuştur. Şimşek ve ark.’nın, Ömeraden’in çalışmasında kronik hastalık ile SYBDÖ II toplam puan ve sağlık sorumluluğu alt grup puan ortalamaları arasında, Aksoy ve Uçar’ın çalışmasında da kronik hastalığa sahip olma ile SYBDÖ II toplam puan arasında anlamlı fark bulunmamıştır^{19,5,22}. Bu araştırmaya göre kronik hastalığa sahip olanların sağlık sorumluluğu alma konusunda daha bilinçli oldukları sonucuna varılmıştır. Cinsiyete göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları incelendiğinde araştırmada erkek öğrencilerin fiziksel aktivite alt boyut ortalaması kız öğrencilerden anlamlı derecede yüksek bulunmuş, Türkiye’de Özakgöl ve ark.’nın, Şen ve ark., Al-Kandari ve Vidal’in Kuveyt’te, Wei ve ark.’nın Japonya’da yaptıkları sahip olmanın sağlık sorumluluğu almayı daha fazla etkilediği, verilen eğitimde sağlık bilgilerine yer verilmesinin sağlık sorumluluğu almayı olumlu yönde etkilediği belirlenmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda, sağlık bilimleri dışındaki okullarda sağlık bilgisi derslerine yer verilmesinin olumlu sağlık davranışları geliştirilmesinde etkili olacağı düşünülmüştür.

KAYNAKLAR

1. Tambağ H. Hatay Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*. 2011;47-58.
2. Özkan S, Yılmaz E. Hastanede çalışan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*. 2008;3(7):89-105.
3. Erzincanlı S, Zaybak A, Khorshid L. Hemşirelik öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve zaman yönetimi becerileri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2015;31(2):8-25.
4. Bostan N, Beşer A. Hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkileyen faktörler. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*. 2017;14(1):38-44.
5. Şimşek H, Öztoprak D, İkizoğlu E, Safalı F, Yavuz Ö, Onur Ö, Tekel Ş, Çiftçi Ş. Tıp Fakültesi öğrencilerinde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve ilişkili etmenler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2012;26(3):151-157.

6. Özakgöl AA, Aştı AT, Ataç M, Mercan K. Lise Son sınıf öğrencileri sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına sahipler mi? *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*. 2016;24(1):16-23.
7. İlhan N, Bahadır S, Toptaner EN. Üniversite öğrencilerinin ruhsal durumları ile sağlık davranışları arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 2014;4(4): 207-215.
8. Özyazıcıoğlu N, Kılıç M, Erdem N, Yavuz C, Afacan S. Hemşirelik öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*. 2011;8(2):277-322.
9. Bozhüyük A. Çukurova Üniversitesi sağlık bilimleri öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı*, Uzmanlık Tezi. Adana 2010.
10. Sezer A. Sağlık okuryazarlığının sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ilişkisi. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı*, Yüksek Lisans Tezi. İstanbul 2012.
11. Örnek KÖ, Kürklü A. Üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları, öz etkililik-yeterlilik düzeyleri ve etkileyen faktörler. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*. 2017;9(3):207-217.
12. McIsaac JL, Kirk SF, Kuhle S. The Association between health behaviours and academic performance in Canadian elementary school students: A cross-sectional study. *Int J Environ Res Public Health*. 2015;12(11):14857-71.
13. Sánchez-Ojeda MA, De Luna-Bertos E. Healthy lifestyles of the university population. *Nutr Hosp*. 2015;31(5):1910-19.
14. Bahar Z, Beşer A, Gördes N, Fatma EF, Kissal A. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği II' nin geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2008;12(1):1-13.
23. Cürçani M, Tan M, Küçüköğlü S. Hemşirelik bölümü öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2011;14(1):17-25.
24. Şen MA, Ceylan A, Kurt ME, Palancı Y, Adın C. Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler. *Dicle Tıp Dergisi / Dicle Medical Journal*. 2017;44(1):1-11.
25. Al-Kandari F, Vidal VL. Correlation of the health-promoting lifestyle, enrollment level, and academic performance of college of nursing students in Kuwait. *Nursing And Health Science* 2007; 9:112-119.
26. Wei C-N, Harada K, Ueda K, Fukumoto, K Minamoto K, Ueda A. Assessment of health-promoting lifestyle profile in Japanese university students. *Environ Health Prev Med*. 2012; 17:222-227.
15. Coşgun M. Ortaokul öğrencilerine verilen sağlık eğitiminin öğrencilerin bilgi tutum ve davranışlarına etkisinin değerlendirilmesi. *Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı*, Yüksek Lisans Tezi. Konya 2014.
16. Karadeniz G. Uçum EY, Dedeli Ö, Karaağaç Ö. Üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçim davranışları. *TAF Prev Med Bull*. 2008;7(6):497-502.
17. Karaahmetoğlu GU, Soğuksu S, Softa HK. Hemşirelik 1. ve 4. sınıf öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 2014;2(2):26-42.
18. Vural PI, Bakır N. Meslek Yüksekokulu öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2015;6(1):36-42.
19. Ömeraden A. İzmir'de kredi yurtlar kurumu erkek yurtlarında kalan yabancı uyruklu öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve türk öğrencilerle karşılaştırılması. *Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı*, Yüksek Lisans Tezi. İzmir 2016.
20. Tedik SE, Hacıoğlu N. Hemşirelik öğrencilerinde fazla kilo durumu ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi*. 2017(10):59-75.
21. Karaaslan M M, Çelebioğlu A. Lise öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi. *International Journal of Human Sciences*. 2018;15(2):1355-1361.
22. Aksoy T, Uçar H. Hemşirelik öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2014;53-67.

Rapid Determination and Validation of Sorafenib via UV-Visible Method in Pharmaceutical Formulations

RAPID DETERMINATION AND VALIDATION OF SORAFENIB VIA UV-VISIBLE METHOD IN PHARMACEUTICAL FORMULATIONS

Onur Senol¹

¹Atatürk University, Faculty of Pharmacy,
Department of Analytical Chemistry, 25240
Erzurum, Turkey

Yazışma Adresi:

Atatürk University, Faculty of Pharmacy,
Department of Analytical Chemistry, 25240
Erzurum, Turkey
E posta: onursenol@atauni.edu.tr

Gönderim tarihi: 17 Temmuz 2018

Kabul Tarihi: 23 Ekim 2018

Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi

ISSN: 2146-9601

e-ISSN: 2147-2238

bsbd@balikesir.edu.tr

www.bau-sbdergisi.com

ÖZ

GİRİŞ: Sorafenib en fazla kullanılan kinaz inhibitör ilaçlarından ve ilk olarak böbrek kanseri tedavisi için onay almıştır. Buna ek olarak ilaç karaciğer ve tiroid kanseri tedavisinde de kullanılmaktadır. Önerilen çalışma sorafenibin farmasötik preparatlarda tayinine yönelik yeni bir yöntemin geliştirilmesini hedeflemektedir.

GEREÇ VE YÖNTEM: Çalışmayı yürütmek üzere, referans standart numuneler temin edilip 0.5 – 25 µg/mL derişim aralığında 0.1 M HCl içeren metanol çözeltisinde hazırlanmıştır. Bütün çalışmalar 264 nm dalga boyunda UV-Görünür Bölge spektrofotometre cihazıyla yapılmıştır. Geliştirilen yöntem ICH kılavuzuna uygun olarak valide edilmiştir.

BULGULAR: Doğruluk ve kesinlik değerlerinin hem gün içi hem de günler arası verileri %4'ten daha iyi bulunmuştur. Yöntem kalibrasyon çözeltilerine bakıldığında lineerdir ve korelasyon katsayısı 0.9966 olarak hesaplanmıştır. Validasyon çalışması başarıyla tamamlandıktan sonra yöntem gerçek farmasötik formülasyonlar üzerinde uygulanmıştır ve bunun için Nevaxar preparatları yerel eczanelerden temin edilmiştir. Analitik geri kazanım çalışmaları standart ekleme yöntemine göre yapılmıştır. Üç farklı kalite kontrol çözeltisi bu çalışmalarda kullanılmıştır.

SONUÇ: Sonuç olarak geliştirilen ve geçerlilik testleri yapılan yöntemin farmasötik preparatların miktar analizinde başarıyla uygulanabilir olduğu yapılan çalışmalar sonucunda gözlenmiştir.

ANAHTAR KELİMELE: Validasyon, sorafenib, farmasötik formülasyon

ABSTRACT

INTRODUCTION: Sorafenib is one of the most preferred kinase inhibitor drug that formerly approved in order to apply on therapy for primary kidney cancer (advanced renal cell carcinoma). In addition to this, this drug get allowance for the treatment of primary liver cancer (hepatocellular carcinoma), and radioactive iodine resistant advanced thyroid carcinoma. This proposed work is achieved to suggest different procedure for determination of sorafenib in pharmaceutical formulations.

MATERIALS AND METHODS: In order to carry out the study, reference standard samples were kindly obtained and a working concentrations were prepared in methanol (0.5 – 25 µg/mL) including 0.1 M HCl. All measurements were organized via UV-Vis spectrophotometer at 264 nm wavelength. Developed method was validated following ICH guideline.

RESULTS: Precision and accuracy values for proposed method was found to be straightforwardly satisfactory whose values were better than 4% for both intra-day and inter day assays (n=6). Linearity was successively provided between working concentration and correlation coefficient that were calculated to be 0.9966. After all successful validation steps, method was applied to real pharmaceutical samples which kindly purchased by the local pharmaceutical store (Nevaxar). Analytical recovery study of the drug was calculated via standard addition method. Three different quality control solutions were used to perform proposed study.

CONCLUSION: To conclude, developed and validated method was successively applied on real samples by getting satisfactory results.

KEY WORDS: Validation, Sorafenib, Pharmaceutical Formulation

INTRODUCTION

In last, there were no successive pharmaceutical treatment for advanced refractory solid tumors that mostly finalized by death. Their survival rates for five years are almost low as 4-6% especially patients who suffered from liver, pancreatic and kidney cancers (1). Nevertheless, a new strategy were developed to cure this tumor via the advent of imatinib mesylate (2). After that time more than 30 different protein kinase inhibitors were developed to stop tumor development and progression offer promise for the future (3). In accordance with clinical studies, the oral multikinase inhibitor, sorafenib, reduces tumor growth and disrupts tumor microvasculature through antiproliferative, antiangiogenic, and/or proapoptotic effects. Sorafenib exhibits antitumor activity in phase II/III trials including patients who suffer from advanced renal cell carcinoma and hepatocellular carcinoma. Its widespread preclinical and clinical activity could be explained by multiple molecular targets of sorafenib (the serine/threonine kinase Raf and receptor tyrosine kinases)(4). The Sorafenib active compound which is officially named by the IUPAC as 4-[4-[[4-chloro-3-(trifluoromethyl)phenyl]carbamoylamino]phenoxy]-N-methylpyridine-2-carboxamide. It mostly used for inhibition of oral multikinase enzyme that approved by the U.S. Food and Drug Administration in order to be chosen in therapy of several diseases which are advanced renal cell carcinoma (RCC) (5, 6), thyroid carcinoma and hepatocellular carcinoma (HCC) (7, 8). This drug was also get approval from the European Medicines Agency for patients who suffer from HCC and patients with advanced RCC where other severe therapy models did not work or those considered having allergy for such therapy. 400 mg is accepted as the recommended daily taken amount. Tablets containing sorafenib tosylate (274 mg) which equals to 200 mg of sorafenib. Pharmaceutical tablets are round, biconvex, red film-coated tablets. The efficiency of sorafenib was also evaluated for some solid tumors like melanoma and different types of lung cancer (9-11). It is observed that significant increase was provided in overall survival via sorafenib-administered patients with advanced HCC in a phase III, placebo-controlled experiments represents an impressive results in the management of this complex disease, which was the first reported case that suggest a therapy without systemic treatment options (11). It is reported that Sorafenib is contraindicated in patients who suffer from severe hypersensitivity(12). In addition to this, simultaneous administration of drug with carboplatin and paclitaxel is contraindicated in patients

with squamous cell lung cancer(13). Adverse reactions reported for Sorafenib administration were diarrhea in 55% (grade 3, 10%), hand-foot syndrome in 21% (grade 3, 8%), rash in 19% (grade 3, 1%), and cardiac ischemia or infarction in 2.7% (versus 1.3% for placebo)(14).

As its importance increases due to different applications on several solid tumors, analytical interest is also raise up to this pharmaceutical (15-18). In this study, the main goal of the proposed work is developing and validating a novel quantitative method for evaluating the concentration of sorafenib in both bulk and pharmaceutical formulations via UV-Vis spectrophotometric method.

MATERIAL AND METHODS

Chemicals and Reagents

Sorafenib reference material, methanol and HCl chemicals were purchased from Sigma & Aldrich. Pharmaceutical formulations were kindly obtained from local pharmacy store.

Apparatus

All spectrophotometric measurements were performed via Thermo Scientific MultiScan Go model UV-VIS spectrophotometer that has a diode array feature (DAD) (190 - 1100 nm). Both standards and real samples were located on 96 well plates and the data recorded at the wavelength from 190 to 350 nm.

Standard solutions

Reference standard of Sorafenib (1 mg/mL) was prepared in methanol (1% HCl v/v) and stored in a place that protect the samples from the light at +4°C. All working samples were daily prepared from the stock that was already prepared from the reference at the concentrations of 0.50 - 25.00 µg/mL in methanol. Then the absorbances of these solutions were recorded. Quality control solutions were also prepared by the same methods.

Tablet solutions

Twelve tablets of Nevaxar © were kindly weighed and finely powdered. Sample was taken which was equal to the average amount of single tablet. These aliquots were transferred into a 100 mL volumetric flask. Then 25 mL of solvent (methanol including %0.1 HCl) was added into the solid powder. Finally, obtained mixture was sonicated about 15 min to form a perfect dissolution of active compound and then solution diluted to expected volume

(100 mL) with methanol-HCl mixture. A centrifugation process was carried out about 15 min at 5000 rpm for filtering the undesired excipients. Suitable solutions were prepared from obtained clear supernatant and diluting them with methanol-HCl mixture to get final concentration (4 µg/mL). Ultimately, these prepared samples were mixed with quality control solutions in order to perform standard addition method to investigate analytical recovery performance of the proposed method. The amount of active substance in a single tablet was measure by the calibration curve of standard samples.

RESULTS AND DISCUSSION

Diode Array Detector on UV-Vis Spectrophotometer makes it possible to scan the whole spectrum. In accordance with the basic scan, it is observed that sorafenib has a maximum at 264 nm wavelength. All measurements were recorded on this data.

Validation

Validation is an essential part of quality assurance. Validated methods provide a high degree of assurance that uniform batches were generated with required specifications. All analysis are formally approved. It is a formal obligation to approve the safety of any methods. Several validation parameters were taken into account to exhibit the applicability of the proposed method. The examined validation parameters which were linearity, sensitivity, precision, accuracy, recovery, specificity, were considered in developed method. These parameters showed that proposed method could be applicable on analysis of Sorafenib in both bulk and pharmaceutical formulations

Linearity

In this study, the calibration graphs was plotted via absorbance versus concentration. A linearity were observed over the range of 0.50 - 25.00 µg/mL for suggested method. The calibration graphs for the sorafenib were successfully plotted by evaluating the results of 9 different samples. Calibration graph were plotted by calculating the mean value of three independent measurements for each pre-determined concentration. Table 1 exhibited both correlation coefficient and regression equation while calibration curve were mentioned in Figure 2. In figure 1 the overlapped of each point were showed.

Figure 1. Overlapped spectra for sorafenib (0.5-25 µg/mL)

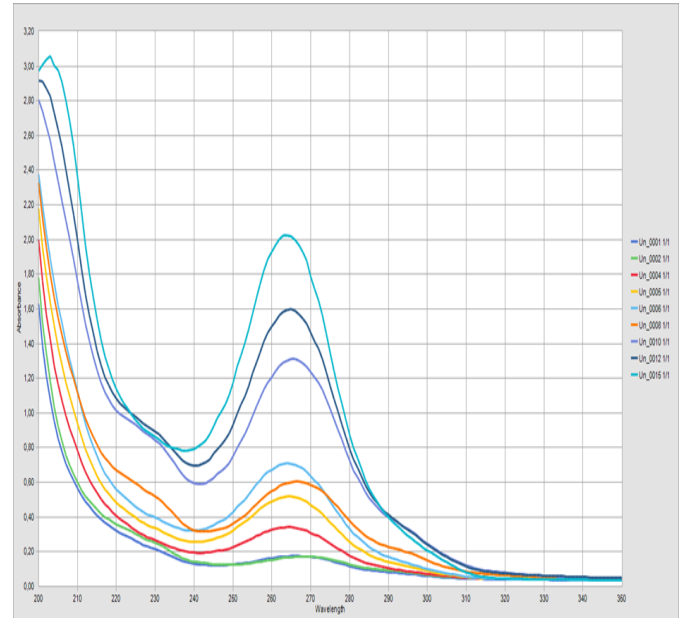
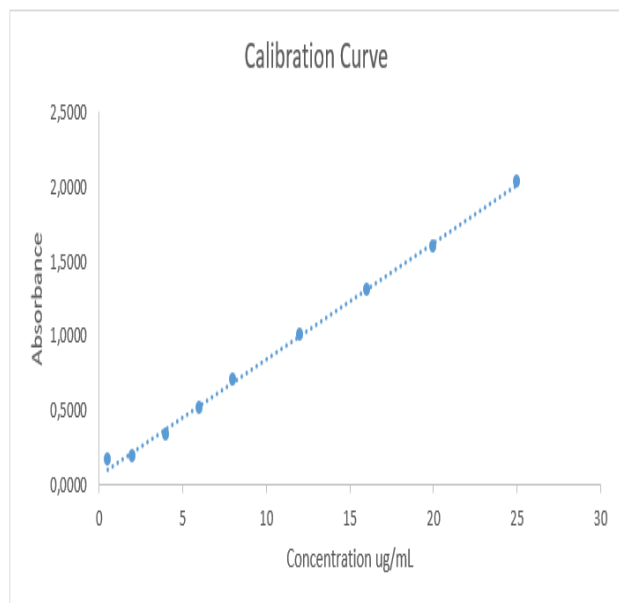


Table 1. Statistical parameters for calibration curve of Sorafenib

Parameters	UV-Vis Method
Regression Equation	$y = 0.0775x + 0.0773^*$
Standard Error of Slope (STHYX)	1.1×10^{-2}
Standard Error of Intercept	1.6×10^{-2}
Correlation Coefficient	0.9976
Linearity Range (µg/mL)	0.5-25
Number of Data Points	9

Figure 2. Calibration Curve for Sorafenib.**Sensitivity**

The limit of quantification (LOQ) is described as the lowest concentration of Sorafenib that could be determined by admissible precision and accuracy value. This value could be calculated by the deviation of the slope of the curve. The LOQ was calculated to be 0.34 $\mu\text{g/mL}$ for proposed method while Limit of Detection (LOD) was found to be 0.1 $\mu\text{g/mL}$.

Precision

The precision in drug analysis is simply described as the statistical point of view for the repeated independent test results for a proposed method. Three different concentrations, quality controls, of reference in the linear range (1.50, 10.00 and 18.00 $\mu\text{g/mL}$) were determined in 3 independent series in both the present day (intra-day precision) and 3 following days (inter-day precision) from three different measurements of quality controls. The precision value of the current study was recorded by calculating the relative standard deviation (RSD %). The RSD results of both intra and inter day experiments indicated that precision of the study is better than 3.89 % and the intermediate precision of the study was found to be acceptable. (Table 2).

Table 2. Precision values for validation of Sorafenib

Drug	(nm)	Added ($\mu\text{g/mL}$)	Intra-Day		Inter Day	
			Mean \pm SD ($\mu\text{g/mL}$)	Precision %RSD	Mean \pm SD ($\mu\text{g/mL}$)	Precision %RSD
Sorafenib	264	1.50	1.51 \pm 0.003	1.65	1.48 \pm 0.007	3.89
		10.00	10.38 \pm 0.010	1.16	10.16 \pm 0.015	0.14
		18.00	17.83 \pm 0.018	1.29	18.20 \pm 0.021	1.44

Accuracy

Accuracy is described as the closeness of the result with respect to the real amount. In this study 6 different aliquots of 3 Quality control samples (1.5, 10 and 18 $\mu\text{g/mL}$) were under interest. Satisfactory results were obtained for both intra-day and intraday assays. Accuracy results were found to be better than 3.76. Statistical parameters were monitored in Table 3. Spectra of Quality control samples were observed in Figure 3.

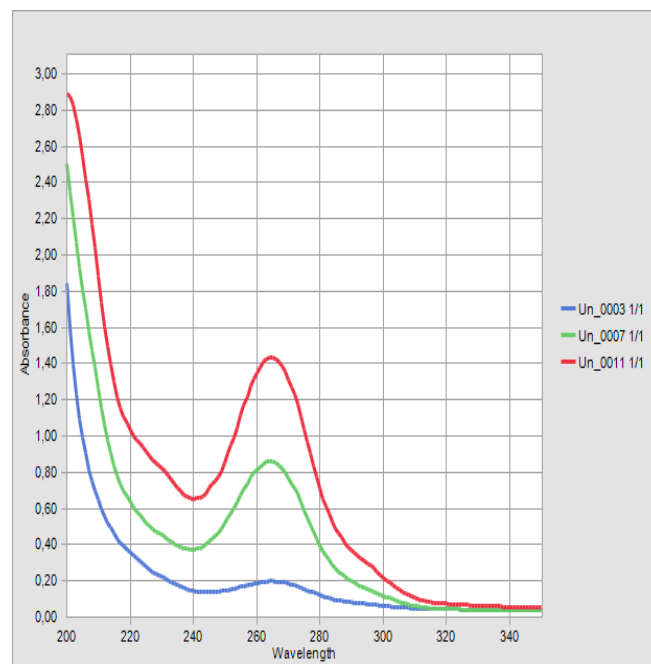
Figure 3. Overlapped Spectra for Quality Control Samples

Table 3. Accuracy values for validation of Sorafenib

Drug	(nm)	Added ($\mu\text{g/mL}$)	Intra-Day		Inter Day	
			Mean \pm SD ($\mu\text{g/mL}$)	Precision %RSD	Mean \pm SD ($\mu\text{g/mL}$)	Precision % RSD
Sorafenib	264	1.50	1.51 \pm 0.003	0.82	1.48 \pm 0.007	-1.15
		10.00	10.38 \pm 0.010	3.76	10.16 \pm 0.01 5	1.60
		18.00	17.83 \pm 0.018	-0.95	18.20 \pm 0.02 1	1.12

Specificity

A blank solution was measured between 190-350 nm and there is no interference observed during the analysis. Also major excipients were dissolved in methanol HCl mixture and the proposed method was applied to excipients. Any overlapping absorbance recorded along the analysis. Therefore, it is noticed that method is specific for determination of Sorafenib in bulk and pharmaceutical formulations.

Analysis of pharmaceutical formulations

The developed spectrophotometric method was directly administered to the pharmaceuticals neither derivatisation nor filtration. Obtained data strongly revealed that developed method may trustfully be applied for the quantitative evaluation of Sorafenib in its tablet form. Standard addition method is followed for this assay in order to avoid potential matrix effect. The mean Analytical Recovery of the pharmaceutical is found to be 100.8% \pm 0.3.

CONCLUSION

In this study, a UV-Vis spectrophotometric method that is simple, rapid and convenient was optimised and validated for the quantitative evaluation of Sorafenib in bulk and pharmaceutical formulations. This method was kindly carried out to the determination of pharmaceutical dosage forms neither necessity for derivatisation nor complicated sample preparation steps. Furthermore this proposed method has the lowest LOD and LOQ values for spectrophotometric analysis. Thus, linear range is more sensitive than the other published derivative spectrophotometric method. According to the current data, it is claimed that the method exhibited high sensitivity, accuracy, precision. In addition to this advantages, method is relatively simple and cheap with respect to the other chromatographic measurements. It could be applied for the routine analysis of Sorafenib in pharmaceutical formulations for quality control centers and clinics.

REFERENCES

- Burris 3rd H, Moore MJ, Andersen J, Green MR, Rothenberg ML, Modiano MR, et al. Improvements in survival and clinical benefit with gemcitabine as first-line therapy for patients with advanced pancreas cancer: a randomized trial. *Journal of clinical oncology*. 1997;15(6):2403-13.
- Debiec-Rychter M, Cools J, Dumez H, Sciot R, Stul M, Mentens N, et al. Mechanisms of resistance to imatinib mesylate in gastrointestinal stromal tumors and activity of the PKC412 inhibitor against imatinib-resistant mutants. *Gastroenterology*. 2005;128(2):270-9.
- Manning G, Whyte DB, Martinez R, Hunter T, Sudarsanam S. The protein kinase complement of the human genome. *Science*. 2002;298(5600):1912-34.
- Wilhelm SM, Adnane L, Newell P, Villanueva A, Llovet JM, Lynch M. Preclinical overview of sorafenib, a multikinase inhibitor that targets both Raf and VEGF and PDGF receptor tyrosine kinase signaling. *Molecular cancer therapeutics*. 2008;7(10):3129-40.
- Escudier B, Szczylik C, Eisen T, Stadler W, Schwartz B, Shan M, et al. Randomized phase III trial of the Raf kinase and VEGFR inhibitor sorafenib (BAY 43-9006) in patients with advanced renal cell carcinoma (RCC). *Journal of Clinical Oncology*. 2005;23(16_suppl):LBA4510-LBA.
- Wilhelm S, Carter C, Lynch M, Lowinger T, Dumas J, Smith RA, et al. Discovery and development of sorafenib: a multikinase inhibitor for treating cancer. *Nature reviews Drug discovery*. 2006;5(10):835.
- Connock M, Round J, Bayliss S, Tubeuf S, Greenheld W, Moore D. Sorafenib for the treatment of advanced hepatocellular carcinoma. *Health Technol Assess*. 2010;14(Suppl 1):17-21.
- Curtit E, Thiery-Vuillemin A, Nguyen T, Heyd B, Pivot X, Di Martino V, et al. Complete histologic response induced by sorafenib in advanced hepatocellular carcinoma: a case report. *Journal of Clinical Oncology*. 2011;29(12):e330-e2.
- Awada A, Hendlisz A, Gill T, Munoz R, Bartholomeus S, de Valeriola D, et al., editors. Final results of a clinical and pharmacokinetic (PK) phase I study of the Raf kinase inhibitor BAY 43-9006 in refractory solid cancers: a promising anti-tumor agent. *EUROPEAN JOURNAL OF CANCER*; 2002: PERGAMON-ELSEVIER SCIENCE LTD THE BOULEVARD, LANGFORD LANE, KIDLINGTON, OXFORD OX5 1GB, ENGLAND.
- Clark JW, Eder JP, Ryan D, Lathia C, Lenz H-J. Safety and pharmacokinetics of the dual action Raf kinase and vascular endothelial growth factor receptor inhibitor, BAY 43-9006, in patients with advanced, refractory solid tumors. *Clinical Cancer Research*. 2005;11(15):5472-80.
- Moore M, Hirte H, Siu L, Oza A, Hotte S, Petrenciu O, et al. Phase I study to determine the safety and pharmacokinetics of the novel Raf kinase and VEGFR inhibitor BAY 43-9006, administered for 28 days on/7 days off in patients with advanced, refractory solid tumors. *Annals of oncology*. 2005;16(10):1688-94.

12. Bhojani N, Jeldres C, Patard J-J, Perrotte P, Suardi N, Hutterer G, et al. Toxicities Associated with the Administration of Sorafenib, Sunitinib, and Temozolomide and Their Management in Patients with Metastatic Renal Cell Carcinoma. *European Urology*. 2008;53(5):917-30.
13. Hauschild A, Agarwala SS, Trefzer U, Hogg D, Robert C, Hersey P, et al. Results of a phase III, randomized, placebo-controlled study of sorafenib in combination with carboplatin and paclitaxel as second-line treatment in patients with unresectable stage III or stage IV melanoma. *J Clin Oncol*, Epub ahead of print, PMID. 2007;19349552.
14. Kane RC, Farrell AT, Madabushi R, Booth B, Chattopadhyay S, Sridhara R, et al. Sorafenib for the treatment of unresectable hepatocellular carcinoma. *The oncologist*. 2009;14(1):95-100.
15. Zhao M, Rudek MA, He P, Hafner F-T, Radtke M, Wright JJ, et al. A rapid and sensitive method for determination of sorafenib in human plasma using a liquid chromatography/tandem mass spectrometry assay. *Journal of Chromatography B*. 2007;846(1-2):1-7.
16. Jain L, Gardner ER, Venitz J, Dahut W, Figg WD. Development of a rapid and sensitive LC-MS/MS assay for the determination of sorafenib in human plasma. *Journal of pharmaceutical and biomedical analysis*. 2008;46(2):362-7.
17. Kalaichelvi R, Jayachandren E. UV spectrophotometric estimation of sorafenib in pure and tablet dosage form. *Journal of pharmacy research*. 2011;4(10):3705-6.
18. Shimada M, Okawa H, Maejima T, Yanagi T, Hisamichi K, Matsuura M, et al. A quantitative HPLC-UV method for determination of serum sorafenib and sorafenib N-oxide and its application in hepatocarcinoma patients. *The Tohoku journal of experimental medicine*. 2014;233(2):103-12.

BİR EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİNDE ÇOCUK GELİŞİMİ BİRİMİNE YÖNLENDİRİLEN KONSÜLTASYONLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

EVALUATION OF THE CONSULTATIONS CONDUCTED TO THE UNIT OF CHILD DEVELOPMENT IN A TRAINING AND RESEARCH HOSPITAL

Oğuz Emre¹, Ayşe Gül Uyar¹, Zekeriya Çalışkan¹, Ayşegül Ulutaş¹

¹ İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Çocuk Gelişimi Bölümü

Yazışma Adresi:

İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Çocuk Gelişimi Bölümü
E posta: emre_da@hotmail.com

Gönderim tarihi: 14 Ağustos 2018

Kabul Tarihi: 19 Ekim 2018

Balikesir Sağlık Bilimleri Dergisi

ISSN: 2146-9601

e-ISSN: 2147-2238

bsbd@balikesir.edu.tr
www.bau-sbdergisi.com

*Bu çalışma, Antalya'da düzenlenen 2. Uluslararası Erken Çocuklukta Müdahale Kongresinde 31 Mart 2018 tarihleri arasında sözlü bildiri (Bildiri No:3) olarak sunulmuştur.

ÖZ

GİRİŞ: Bu çalışmada, Diyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesinde 6 aylık süreçte 0-18 yaş grubu Çocuk Gelişimi Biriminekonsültasyonlarının geriye dönük değerlendirilmesi hedeflenmektedir.

GEREÇ VE YÖNTEM: 01.06.2017 ile 31.12.2017 tarihleri arasında Diyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Çocuk Gelişimi Birimine sevk edilen 0-18 yaş grubu çocuklar için istenen konsültasyonlar geriye dönük incelenmiştir. Konsültasyon isteyen klinikler, konsültasyon istenen çocuklardaki gelişimsel ve psikiyatrik tanıları, uygulanan testleri ve verilen profesyonel desteklerin türüne ilişkin veriler SPSS 22.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir.

BULGULAR: 6 aylık kesitte toplam 490 çocuğun Çocuk Gelişimi Birimine konsültasyonu istenmiştir. Konsültasyon isteyen poliklinikler; Çocuk Sağlığı Polikliniğine (%24,5; n=120) ile Çocuk Psikiyatri Polikliniğidir (%75,5; n=370). Gelişimsel tanılar; en sık %16,9 oranla ekspresif dil bozukluğu, ikinci sıklıkta %3,7 oranla özel konuşma artikülasyon bozukluğu tanılardır. Psikiyatrik tanılar; en sık %73,1 oranla uyum bozukluğu, ikinci sıklıkta %16,7 oranla davranış bozukluğu tanılardır. Çocuk Gelişimi Biriminde en sık %60,4 oranla AGTE testi, ikinci sıklıkla %13,3 oranla Denver testi uygulanmış ve olguların %26,3'üne herhangi bir test uygulanmamıştır. Konsültasyonu istenen olguların %74,9'una gelişim destek önerileri, %21,2'sine konuşma destekleyici öneriler, %3,3'üne tuvalet eğitimi ve %0,6'sına sağlıklı ve dengeli beslenme önerileri sunulmuştur.

SONUÇ: Çalışmada konsültasyon istenen olgularda gelişimsel tanılardan en çok konuşma ve dil bozukluklarına, psikiyatrik tanılardan en sık uyum bozukluğu tanısı konduğu görülmektedir. Burada çocuk gelişimcisinin daha çok konsültasyon sürecinde AGTE ve Denver testlerini uygulaması dikkat çekicidir.

ANAHTAR KELİMELEER: Çocuk gelişimi, çocuk, konsültasyon, erken müdahale

ABSTRACT

INTRODUCTION: In this study it is aimed to evaluate the retrospective consultations of 0-18 aged Child Development Unity for 6 months at the Gazi Yaşargil Training and Research Hospital.

MATERIALS AND METHODS: Needed consultations of 0-18 aged children dispatched to the Child Development Unity of the Gazi Yaşargil Training and Research Hospital have been retrospectively examined. Clinics which asked for consultations analyzed the developmental and psychiatric diagnoses, practiced tests and the parameters related to the types of the professional help of the children with asked consultations using the programme SPSS 22.0.

RESULTS: In this 6 months time have been asked for consultations of 490 children for the Child Development Unity. Polyclinics asking for consultations are Child Health Polyclinic (24,5%; n=120) and Child Psychological Polyclinic (75,5%; n=370). Most frequently found developmental diagnoses is Expressive Language Disorder with a range of 16,9%, the second most found is Special Articulation Speech Disorder with a range of 3,7%. Most frequently found psychiatric diagnose is adjustment disorder with a range of 73,1%, the second most found is behaviour disorders with a range of 16,7%. Most frequently used test is AGTE (Ankara Development Screening Inventory) with a range of 60,4%, second frequently used is the Denver test with a rage of 13,3%, and on the 26,3% of the cases haven't been used any tests. On the 74,9% of the consultation asked cases were given development supporting advices, on the 21,2% speech supporting advices, on the 3,3% toilet training advices, and on the 0,6% healthy and balanced nutrition advices.

CONCLUSION During this study the most diagnosed developmental disorders are speech and language disorders, and the most diagnosed psychiatric disorders are adjustment disorders. Here it is remarkable that the Child Development Specialist practicing the AGTE and Denver tests during the consultation process.

KEY WORDS: Nursing, professionalism, professional attitude

GİRİŞ

Çocuk gelişimcisi, 22.05.2014 tarihli resmi gazetede yayınlanan 29007 sayılı yönetmelikte belirtildiği üzere sağlık hizmetlerinde çalışan diğer meslek mensupları içerisinde yer almaktadır. Her ne kadar çocuk gelişimcisi yönetmelikte doktor, hemşire ve ebe gibi sağlık meslek mensupları arasında yer almamasına rağmen sağlık sistemi içerisinde ki yeri ve önemi gün geçtikçe artmaktadır¹.

Çocuk Gelişimcisi unvanı, üniversitelerin Sağlık Bilimleri Fakülteleri bünyesinde yer alan Çocuk Gelişimi Bölümleri'nin dört yıllık lisans eğitimi programlarını tamamlayarak mezun olan meslek grubuna verilmektedir. Çocuk Gelişimcisi 0-18 yaş arasındaki normal gelişim gösteren, atipik/riskli gelişim gösteren, özel gereksinimi olan ve hastanede yatan çocukların zihinsel, dil, motor, öz bakım, sosyal ve duygusal gelişim alanlarını bir bütün olarak değerlendirir, büyüme ve gelişme sürecini inceler ve takip eder. Değerlendirme sürecinde formal ve informal yöntemler kullanarak veriler toplar ve elde ettiği verilere ve değerlendirme sonuçlarına göre gelişimsel sapmayı önlemek için çocuğun ihtiyaçlarına yönelik gelişimsel destek programları hazırlar. Bu değerlendirme sürecinde çocuğun ailesi ve çevresine yönelik gelişimsel destek/müdahale programları çocuk gelişimcisi tarafından uygulanır ve programlara rehberlik edilir. Çocuk Gelişimcisinin çalışma alanları çeşitlilik göstermektedir. Sağlık başta olmak üzere eğitim, sosyal hizmet, adalet ve diğer alanlarda görev yapmaktadır. Sağlık alanında çalışan Çocuk Gelişimcisi gelişimsel destek çalışmalarını hastanelerde: Gelişimsel Pediatri, Çocuk Gelişimi Birimi, Oyun Odaları, Yatan Hasta Servisleri, Çocuk Gelişimcisinin bulunması gereken bütün diğer birimlerde gerçekleştirmektedir. Çocuk Gelişimi Birimi'nde poliklinik hizmeti sunulmaktadır. Çocuk gelişimi biriminde, aile görüşmesi, gelişimsel değerlendirme ve gelişim takibi gibi hizmetler sunulmaktadır. Aile görüşmesinde, çocuk ve aile hakkında genel bilgiler edinilmekte ve başvuruya ilişkin gerekçeler alınmaktadır. Gelişimsel değerlendirmede, çocuğun kronolojik takvim yaşı ve tanısı dikkate alınarak gereksinimlerine dayalı formal ve informal değerlendirme araçları kullanılarak çocuğun gelişim profili çıkarılmakta, aileye çocuğun gelişimine yönelik bilgi ve eğitim verilmekte ve ayrıca öneriler sunulmaktadır. Gelişimsel değerlendirmede çocuğun ailesi ve çevresi de göz önünde bulundurulmaktadır. Gelişim takibinde, aileyle yapılan görüşme ve çocuk değerlendirmesi sonucunda, sunulan öneri ve ödevler ayrıntılı olarak görüşülmektedir^{2,3}. Çocuk gelişimcilerin yaptığı testler arasında AGTE ve DENVER

formal ve standart testler olması açısından çocuğun gelişimini değerlendirmek amacıyla en sık kullanılan testlerdir. AGTE 0-6 yaş arasındaki çocukların gelişimsel değerlendirmesini anneden veya bebeğe bakan kişiden alınan bilgiler doğrultusunda değerlendirmektedir. Ayrıca envanter gelişimsel değerlendirmede çocuğun yaşlarına oranla gecikme durumu kabul edilen sapma düzeyinin altındaysa ve risk durumundaysa problemin erken müdahale kapsamında erken dönemde farkına varılıp gerekli önlemlerin alınmasını sağlayabilmektedir. Çocuğun dil-bilişsel, kaba motor, ince motor ve kişisel-sosyal olmak üzere 4 becerisini değerlendirmeye olanak verir⁴. DENVER Gelişimsel Tarama Testi de yine 0-6 yaş çocuklara uygulanmak üzere düzenlenen teste ait materyallerle çocuğa uygulanarak ve gerektiğinde aileden alınan bilgilerle çocuğun gelişimini değerlendirmeye yarayan bir testtir. Zeka testi olmamakla birlikte çocuğun gelişimi hakkında bilgi verir. Çocuğun Kişisel-sosyal, ince motor-uyumsal, dil ve kaba motor becerilerini ölçer. Bu test belirti göstermeyen gelişimle ilgili sorunları tanımlamada, şüpheli durumları nesnel bir testle doğrulamada, gelişimsel açıdan risk altındaki çocukların erken tanısında ve izlemede çocuk gelişimciler açısından değerli bir testtir⁵.

Bu çalışmada, Diyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesinde 6 aylık süreçte 0-18 yaş grubu Çocuk Gelişimi Birimi konsültasyonlarının geriye dönük değerlendirilmesi hedeflenmektedir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Retrospektif bir çalışma; 01.06.2017 ile 31.12.2017 tarihleri arasında Diyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Çocuk Gelişimi Birimine sevk edilen 0-18 yaş grubu çocuklar için istenen konsültasyonlargeriye dönük incelenmiştir. Konsültasyon isteyen klinikler, konsültasyon istenen çocuklardaki gelişimsel ve psikiyatrik tanıları, uygulanan testleri ve verilen profesyonel desteklerin türüne ilişkin veriler SPSS 22.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir.

BULGULAR

6 aylık kesitte toplam 490 çocuğun Çocuk Gelişimi Birimine konsültasyonu istenmiştir. Konsültasyon isteyen poliklinikler; Çocuk Sağlığı Polikliniği (%24,5; n=120) ile Çocuk Psikiyatri Polikliniğidir (%75,5; n=370) (Tablo 1).

Tablo 1. Konsültasyon İsteyen Poliklinikler

Poliklinikler	Sayı	Yüzde
Çocuk Sağlığı Polikliniği	120	24.5
Çocuk Psikiyatri Polikliniği K.D.	370	75.5
Toplam	490	100.0

Gelişimsel tanılar; en sık %16,9 oranla ekspresif dil bozukluğu, ikinci sıklıkta %3,7 oranla özel konuşma artikülasyon bozukluğu tanılardır. Bu çalışmada da dil ve konuşma problemleri, Çocuk Gelişimi Birimine en çok başvuru yapılmaya nedenleri arasında ilk sıradadır (Tablo 2).

Tablo 2. Konsültasyon istenen çocuklardaki gelişimsel tanılar

Tanılar	Var	Toplam
Ekspresif dil bozukluğu	83 (%16.9)	490 (%100)
Özel konuşma artikülasyon bozukluğu	18 (%3.7)	490 (%100)
Gelişme geriliği, protein-enerji malnutrisyonu sonrası	15 (%3.1)	490 (%100)
Kekemelik	13 (%2.7)	490 (%100)
Özel gelişimselbozukluklarkarma tip.	5 (%1.0)	490 (%100)
Konuşma bozuklukları	5 (%1.0)	490 (%100)
Gelişimsel konuşma ve dil bozuklukları	4 (%0.8)	490 (%100)
Motor fonksiyonda özel gelişimsel bozukluk	4 (%0.8)	490 (%100)

Psikiyatrik tanılar; en sık %73,1 oranla uyum bozukluğu, ikinci sıklıkta %16,7 oranla davranış bozukluğu tanılardır (Tablo 3).

Tablo 3. Konsültasyon istenen çocuklardaki psikiyatrik tanılar

Tanılar	Var	Toplam
Uyum bozukluğu	358 (%73.1)	490 (%100)
Davranış bozukluğu	82 (%16.7)	490 (%100)
Aktivite ve dikkat bozukluğu	42 (%8.6)	490 (%100)
Mental Reterdasyon	58 (%11.8)	490 (%100)
Yaygın gelişimsel bozukluk	54 (%11.0)	490 (%100)
Anksiyete bozuklukları	19 (%3.9)	490 (%100)
Bağlanma	12 (%2.4)	490 (%100)
Organik olmayan enürezis	9 (%1.8)	490 (%100)
Ayrılık Anksiyetesi	6 (%1.2)	490 (%100)
Uyku-uyanıklık ritminin organik olmayan bozukluğu	3 (%0.6)	490 (%100)
Trikotillomani	2 (%0.4)	490 (%100)
Sosyal fobiler	1 (%0.2)	490 (%100)
Obsesif kompulsif	1 (%0.2)	490 (%100)
Tik bozuklukları	1 (%0.2)	490 (%100)
Organik olmayan enkopresis	1 (%0.2)	490 (%100)

Çocuk Gelişimi Biriminde en sık %60,4 oranla AGTE testi, ikinci sıklıkla %13,3 oranla Denver testi uygulanmış ve olguların %26,3'üne herhangi bir test uygulanmamıştır (Tablo 4).

Tablo 4. Çocuk Gelişimi Biriminde Uygulanan Testler

Testler	Sayı	Yüzde
AGTE	296	60.4
DENVER	65	13.3
Uygulanmayan	129	26.3
Toplam	490	100.0

Konsültasyonu istenen olguların %74,9'una gelişim destek önerileri, %21,2'sine konuşma destekleyici öneriler, %3,3'üne tuvalet eğitimi ve %0,6'sına sağlıklı ve dengeli beslenme önerileri sunulmuştur (Tablo 5).

Testler	Sayı	Yüzde
Gelişim destek önerileri	367	74.9
Konuşma destekleyici öneriler	104	21.2
Tuvalet eğitimi	16	3.3
Sağlıklı ve dengeli beslenme önerileri	3	0.6
Toplam	490	100.0

TARTIŞMA

Bu çalışmada konsültasyon istenen olgularda gelişimsel tanılardan en çok konuşma ve dil bozukluğu, psikiyatrik tanılardan ise en sık uyum bozukluğu tanısı konduğu görülmektedir. Dil ve konuşma problemleri, Çocuk Gelişimi Birimine en çok başvuru yapılan nedenleri arasında ilk sıradadır. Dil gelişiminde gelişim basamakları her çocuk için aynı seyrederken gelişim hızı her çocuk için farklılık gösterebilmektedir. Dil gelişim hızını; cinsiyet, çocuk sayısı, çocuğun doğma sırası, uyaran eksikliği, sosyoekonomik ve sosyokültürel çevre, aile-çocuk arasındaki sözel iletişim, algısal, bilişsel, nörolojik gelişim etkileyebilmektedir⁶. Dil ve konuşmada yaşanan sorunlar; idiyomatik, nörolojik, kalıtsal, duyuşsal veya nöropsikiyatrik sebeplerden de kaynaklanabilir. Türkiye'de dil ve konuşma gecikmesi prevalansı bilinmemekle birlikte; dünyadaki diğer ülkelerde 2-7 yaş grubundaki çocukların prevalansı %2-9 olarak belirtilmektedir^{7, 8}. Yapılan bir başka çalışmada da en sık uyaran eksikliği tanısı konmuştur. Bu tanının saptanmasında hastaların en çok konuşma geriliği şikâyetiyle başvurmasının ilişkili olduğu düşünülmektedir⁹. Ülkemizde ki dil konuşma terapisti sayısının az olmasından dolayı çocuğun ekspressif dile ait problemlerin çözümünde ve artikülatör organların işlevlerini artırmaya yönelik konuşmayı destekleyici çalışmaları göstermede ve bu amaçla ailelere danışmanlık hizmeti sunmada çocuk gelişimcisine düşmektedir¹⁰.

Dünyanın birçok ülkesinde olduğu gibi ülkemizde de sağlık sistemimiz tüm çocuklara donanımlı şekilde ulaşmayı amaçlayan tek sistemdir. Buna rağmen; sağlık

çalışanlarının çocuğun gelişimi, erken tanı, özel gereksinimli çocuklar hakkında donanımının sınırlı olduğu bir gerçektir¹¹. Çocuk gelişimcisinin daha çok konsültasyon sürecinde AGTE ve Denver testlerini uygulaması dikkat çekicidir. Her iki teste 0-6 yaş arası çocuklara uygulanan testlerdir. Bu çalışma, Çocuk Gelişimi Birimine konsültasyonu istenen hastaların tamamının 0-6 yaş aralığında olduğunu ortaya koymaktadır. Çocukların gelişimi için çocukluk döneminin önemi bir hayli fazladır. Birime gelen çocukların hepsinin 0-6 yaş aralığında olması erken müdahalenin önemini vurgulamaktadır. Birçok kuramcının da ortak görüşlerine bakacak olursak gelişimin büyük bir bölümünün 0-6 yaşta tamamlanıyor olması biz çocuk gelişimcileri de 0-6 yaş üzerinde yoğunlaştırıp erken müdahale programları konusunda daha dikkatli olmamıza ve çalışmamıza sevk etmiştir. Müdahale programları, çocukların gelişimlerini risk altına sokan etkenleri azaltmak ve destekleyici etkenleri çoğaltmayı amaçlamaktadır. Etkili erken müdahale uygulamalarının yapıldığı ülkelere bakıldığında erken müdahale hizmetlerinin çocukların gelişimsel problemlerine (iletişim, dil, bilişsel, sosyal-duygusal, motor gelişim) mümkün olduğunca erken dönemde müdahale ettikleri görülmektedir^{12, 13}.

Erken müdahale ile çocuktaki gelişim geriliğinin önüne geçilebilir. Erken müdahaleni dil ve konuşma bozuklukluların yanı sıra erken çocukluk döneminde diğer bozukluklar için de faydalı olduğu tespit edilmiştir¹⁴.

0-6 yaş arasındaki çocuklara uygulanan AGTE ve Denver testi ile çocukların gelişimsel taraması yapılmış ve gelişimsel anlamda kritik dönemde bulunan çocuklar akranlarına göre karşılaştırılıp değerlendirilmiştir. Bu değerlendirme sonrasında kritik dönemde bulunan çocukların var olan problemleri erken bir zamanda fark edilerek, aileye gereken danışmanlık hizmeti ve gerekli yönlendirmeler yapılarak çocuğun gelişimsel olarak ya akranlarını yakalaması ya da aradaki gelişimsel farkın en aza indirgenmesi amaçlanmıştır. Psikiyatrik tanılardan en sık uyum bozukluğu tanısının konduğu göze çarpmaktadır. Dil ve konuşma bozukluğuna bağlı olan güçlükler bazen çocuklarda uyum problemi hâline gelebilmektedir¹⁵. Gelişimin hızlı olduğu dönemlerden olan çocukluk döneminde çocukların değişimlere uyum sağlama çabası psikolojik sorunlara neden olabilmektedir. Bir psikolojik sorun, kronikleşmeden önce önlem almak çocuğun hayatı boyunca karşılaşıcağı engelleri ortadan kaldırmaya yardımcı olabilir¹⁶. Atay, Eras ve Ertem¹⁷, hastane sürecinin çocukların gelişimini olumsuz etkilediğini, biyolojik ve psikososyal strese neden

olduğunu ifade etmiştir. Çocuğun gelişiminin desteklenebilmesi için stresin azaltılması gerektiğini belirtmiştir. Çocuğun yaşına göre kurallara uymaması, yetişkinlerle uyumsuz oluşu, başkalarının haklarını gözetmemesi, sadece kendini düşünmesi, akademik performans yetersizliği, şiddetli davranışları, yalan söylemesi, içe dönük oluşu gibi davranışlar uyum sorunu olan davranışlardır¹⁸. Çocuklar, özellikle travmatik stresörlerle karşı karşıya geldiklerinde ebeveynlerden uzaklaşma, cihazların sesleri ve hareketsizlikten dolayı yoğun şekilde korku ve kaygı yaşayabilmektedir¹⁹. Çavuşoğlu²⁰, araştırmasında kronik hastalığı olan okul öncesi dönem çocuklarının yaşa uygun davranış geliştirmemelerini, sosyalleşme ve girişkenlik davranışlarındaki yetersizliği, annelerin tutumundan kaynaklandığını ortaya koymuştur.

SONUÇ

Çalışma sonuçları doğrultusunda; çocuk psikiyatri ve çocuk sağlığı poliklinikleri ile çocuk gelişimi birimi arasında sıkı bir iş birliğinin olması önerilmektedir. Çocuğun yaşı, gelişim özellikleri, uyum ve davranış bozuklukları konularında yeterli bilgiye sahip olunmalıdır. Tanı ve tedavi süreci dışında da çocuklarla iletişim halinde olunmalıdır. Çocuklardaki dil ve konuşma bozuklukları ile uyum ve davranış bozuklukları konusunda hem çocukları hem de aileleri destekleyecek destek eğitim programları alan uzmanları tarafından geliştirilerek uygulanmalıdır

KAYNAKLAR

1. Taştepe T, Akyol, AK. Hastanelerde görev yapan çocuk gelişimcilerinin çalışma ortamları ile mesleklerine ilişkin görüşlerinin incelenmesi. Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi 2014; 3 (1-2-3), 29-54.
2. Doğan, A., Baykoç, N. Hastanede çocuk gelişimi birimine yönlendirilen çocukların değerlendirilmesi. Hacettepe University Faculty of Health Sciences Journal 2015, Vol 1, No Supply2.
3. Akar Gençer, A., Nevzat Y. Sağlık personelinin hastanede görev yapan çocuk gelişimcilere yönelik görüşlerinin incelenmesi. Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi 2016. Cilt: 9 Sayı: 43, 2530-37.
4. Savaşır I, Sezgin N, Erol N: Ankara Gelişim Tarama Envanteri El Kitabı, Düzeltilmiş dördüncü baskı, Ankara (2006).

5. Yalaz K, Anlar B, Bayoğlu BU: Denver II Gelişim Tarama Testi. Gelişimsel Çocuk Nörolojisi Derneği, Ankara (2009).
6. Karacan, E. Çocuklarda Dil Gelişimini Etkileyen Faktörler. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 2000, 9 (7).
7. Boyle J. Speech and Language Delays in Preschool Children. BMJ 2011;343: d5181 doi: 10.1136/bmj. d5181."
8. Burden V, Stott CM, Forge J, & Goodyer I. The Cambridge Language and Speech Project (CLASP). I. Detection of Language Difficulties at 36 to 39 Months. Developmental Medicine & Child Neurology 1996; 38 (7), 613-31.
9. Arıcı, A. Altun, H Sevgen, F.H. Çocuk Psikiyatri Polikliniğine Başvuran Zihinsel Engelli Hastaların Başvuru Şikâyetleri ve Komorbid Tanıları. Journal of Mood Disorders (JMood) 2017,7(4),199-204.
10. Altıparmak, F. Hesapçıoğlu, S.T. Muş Devlet Hastanesi Çocuk Gelişimi Polikliniğine Çocuk Ergen Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Polikliniğinden Yönlendirilen Çocuk ve Ailelerinin Hizmet Alma Nedenleri Ve Sağlanan Hizmetlerin İncelenmesi. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi 2014, 3 (1).
11. Öztürk Ertem, İ. İlk üç yaşta gelişimsel sorunları olan çocuklar: Üç sorun ve üç çözüm. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Özel Eğitim Dergisi 2005, 6 (2), 13-25.
12. Bekman, S, Koçak, AA: Beş ülkeden anneler anlatıyor: Anne-çocuk eğitim programı. İstanbul 2009, AÇEV.
13. Diken, İH: Erken Çocukluk Döneminde Dil Becerilerini Geliştirme. Ankara 2012: Maya Akademi.
14. Guralnick, MJ: An overview of the developmental systems model for early intervention, "Guralnick MJ (eds): The developmental systems approach to early intervention," kitabında s.3-28, Baltimore: Brookes (2005).
15. MEB: Çocuk Gelişimi ve Eğitimi: Dil ve Konuşma Bozuklukları, Ankara, 2016.
16. Şenol Durak E: Çocuk Ruh Sağlığı, "Aydoğan Y, Gültekin Akduman G (eds): Çocuk Ruh Sağlığı," Ankara: Eğiten Kitap (2017).
17. Atay, G, Eras Z, Ertem, İ. Çocuk Hastaların Hastane Yatışları Sırasında Gelişimlerinin Desteklenmesi, Çocuk Dergisi 2011, 11 (1), 1-4.
18. Güven, E: Çocuğun Davranış Sorunları İle Algıladığı Anne Baba Çatışması Arasındaki İlişkiler: Duygu Sosyalleştirmenin Aracı Rolü. Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Sosyal Bilimler Enstitüsü. Ankara (2013).
19. Oflaz, F (2008). Hasta Çocuk ve Ebeveynlerinin Pediatrik Yoğun Bakım Deneyimi ve Travmatik Stres. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2008, 12 (1), 53-9.
20. Çavuşoğlu, H: Çocuk Sağlığı Hemşireliği, Sistem Ofset Yayıncılık, Ankara (2002).

EBELİKTE YÖNETİM VE LİDERLİK

MANAGEMENT AND LEADERSHIP IN MIDWIFERY

Ummahan Yücel¹, Ayşegül Kurt², Sabahat Moralılar Cansever³

¹Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi,
Ebelik Bölümü

²İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk
Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Doğum
Salonu

³Muş İl Sağlık Müdürlüğü, Bulaşıcı Hastalıklar
Kontrol Programları Şubesi

Yazışma Adresi:

Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi,
Ebelik Bölümü, İzmir
E posta: ummahanyucel8@gmail.com

Gönderim tarihi: 13 Kasım 2018

Kabul Tarihi: 11 Aralık 2018

Balikesir Sağlık Bilimleri Dergisi

ISSN: 2146-9601

e-ISSN: 2147-2238

bsbd@balikesir.edu.tr

www.bau-sbdergisi.com

*Ebelikte Yönetim ve Liderlik başlıklı
araştırma 20-22 Nisan 2017 tarihleri
arasında İstanbul'da 4.Uluslararası 8. Ulusal
Ebelik Öğrencileri Kongresi'nde poster bildiri
olarak sunulmuştur.

ÖZ

Uluslararası ebek ve hemşirelik literatürü liderliğin önemli ve hizmetlerin niteliğini geliştirmede gerekli olduğunu bildirmektedir. Bir sağlık kurumunun başarısı ile etkili liderlik davranışları arasında doğrudan bir ilişki vardır. Yapılan araştırmalarda ebeklikte zayıf liderlik davranışlarının anne ve bebek sağlığını olumsuz etkilediği gösterilmiştir. Uluslararası literatürde farklı disiplinlere dayalı pek çok liderlik teorisi vardır. Ancak sağlık kurumlarına özel araştırmaların yetersizliği nedeniyle bu teorilerin ebeklik ve hemşirelik mesleğine uygunluğu sorgulanmaktadır. Bununla birlikte son yıllarda ebeklik ve liderlik ile ilgili çalışmalar artmıştır. Bu kapsamda yapılan önemli çalışmalardan biri de İngiltere' de Ulusal Sağlık Hizmetleri kapsamında yürütülen ulusal liderlik girişimidir. Ulusal liderlik girişiminin bir parçası olarak 2002 yılında Lider Ebe Yetkinlik Modeli (Midwifery Leadership Competency Model) geliştirilmiştir. Bu makalede ebeklikte liderliğin önemine dikkat çekilmiş ve "Lider Ebe Yetkinlik Modeli" incelenmiştir.

ANAHTAR KELİMELE: Ebeklik, liderlik, lider ebe yetkinlik modeli

ABSTRACT

The international midwifery and nursing literature reports leadership as something of high importance and that it is essential in promoting the quality of services. There is a direct link between the successful performance of the health care setting and effective leadership behaviors. There has been recognition of the impact of poor leadership with in midwifery, explained in a number of investigation into adverse maternal and infant outcomes. There are many theories of leadership in international literature based on different disciplines. However, due to a lack of research specific to health care setting, the appropriateness of these theories to midwifery and nursing has been questioned. However, in recent years, studies on midwifery and leadership have increased. One of the important studies in this context is the national leadership initiative conducted under the National Health Services in England. The Midwifery Leadership Competency Model was developed in 2002 as part of a national leadership initiative. This article prepared in order to draw attention to the importance of leadership in midwifery and to examine "The Midwifery Leadership Competency Model".

KEY WORDS: Midwifery, leadership, Midwifery Leadership Competency Model

GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)/World Health Organization (WHO) tanımına göre ebe, gebelik sırasında, doğumda ve doğumdan sonra gerekli bakım ve danışmanlığı sağlamak, normal doğumları kendi sorumluluğunda yaptırmak, yenidoğanın bakımını, aile planlaması danışmanlığını yapmak üzere eğitilmiş kişidir¹. Uluslararası Ebeler Konfederasyonu/International Confederation of Midwives (ICM) ebeyi “bulunduğu ülkede kabul edilen ve ICM’in temel ebelik uygulamaları için temel yeterliliklerine ve ICM’in global eğitim standartlarına dayalı ebelik eğitim programını başarıyla tamamlayarak ebelik becerilerini kazanmış, yetkinliği yasal olarak onaylanarak ebe belgesi almış kişi” olarak tanımlamaktadır². ICM’e göre ebelik uygulamaları, kadınlara gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde gerekli desteği, bakımı vermeyi ve önerilerde bulunmayı, kendi sorumluluğunda doğumu gerçekleştirmeyi, yenidoğanın ilk bakımını vermeyi, anne ve bebekte oluşabilecek komplikasyonları önlemeyi ve erken tespit etmeyi, tıbbi bakımın veya diğer uygun yardıma erişimin sağlanmasını ve acil önlemlerin alınmasını kapsar. Ebelik hizmetlerinin en önemli özelliği ebenin kadınla iş birliği içerisinde hareket etmesidir. Ebelik felsefesi anne ve çocuk sağlığını koruma, geliştirme ve sağlık sorunlarını önlemeye dayanır. Bu felsefe gereği ebelerden normal doğumun savunuculuğunu yapmaları beklenir. Ebeler sadece kadınlara değil, aynı zamanda kadının ailesine ve topluma sağlık danışmanlığı yapar ve eğitim verir. Topluma ebeveynliğe hazırlık, doğum öncesi eğitim, kadın sağlığı/üreme sağlığı, çocuk bakımı konularında eğitim verirler².

Ülkemizde ise Sağlık Bakanlığı’na göre ebe; ana-çocuk sağlığı hizmetlerini yürüten, doğum öncesi, doğum, sonrası hizmetleri veren, doğuma yardımcı olan, 0-6 yaş grubu çocukların beslenmesini değerlendiren ve aşılarını yapan, aile planlaması, kişisel temizlik kuralları, ilk yardım, bulaşıcı ve sosyal hastalıklardan korunma ile ilgili konularda bireye, aileye, topluma sağlık eğitimi veren, doğum, ölüm istatistik verileri toplayan, değerlendiren kamu kuruluşları ile gerekli işbirliğini sağlayan insani ve ahlaki davranışları ile örnek, sağlık bakanlığınca tescil edilmiş bir okuldan mezun olan meslek mensubudur¹. Ulusal ve uluslararası ebelik tanımlarında görüldüğü gibi ebelerin başta ana-çocuk sağlığı olmak üzere aile ve toplum sağlığı açısından geniş bir hizmet alanı vardır.

Son 25 yılda maternal ve neonatal mortalite ve morbiditenin azalmasında önemli ilerlemeler görülmüştür. Dünya genelinde anne ölümleri 1990 yılında 100.000’de 385’ten 2015 yılında 100.000’de 216 düşüp

%44 oranında azalmış olsa da 2015 yılında doğum esnasında 303.000 kadın hayatını kaybetmiştir. Önlenebilir anne ölümlerinin %99’u düşük ve orta gelirli ülkelerde görülmektedir. Benzer şekilde dünyadaki neonatal ölüm oranı 1990 yılında 1000 canlı doğumda 36’dan 2015 yılında 1000 canlı doğumda 19’a düşmüştür. Buna rağmen her yıl 2.7 milyon yenidoğan ölmektedir. Kadın ve çocuk sağlığı ile ilgili küresel stratejiler; cinsiyet, eşitlik ve haklar temelli yaklaşımlarla anne ve çocuk sağlığında daha fazla ilerlemeye gereksinim olduğunu işaret etmektedir³. Lancet dergisinin 2014 yılında ebeliğe özel çıkarmış olduğu sayıda Bender ve arkadaşları⁴ bu küresel sağlık önceliğine vurgu yaparak “insan haklarını önemseyen, adil, kaliteli, güvenli, saygılı, beklentilere cevap veren ve insan odaklı bakım ile anne ve yenidoğan sağlığını iyileştirmek küresel bir sağlık önceliği olmalıdır” demişlerdir. Bender ve arkadaşları⁴ aynı makalede tüm ülkelerdeki kadın ve yenidoğanlara nitelikli bakım sağlamada ebelerin kilit role sahip olduğuna dikkat çekmiştir. Bu öncelik ve ilerleme için, Önlenebilir Anne Ölümlerini Sona Erdirmesine (Ending Preventable Maternal Mortality- EPMM) yönelik DSÖ Stratejileri başta olmak üzere uluslararası sağlık otoriteleri kaliteli bakıma vurgu yapmaktadır³.

Nitelikli bakımın sağlanmasında pek çok faktör etkilidir. Bununla birlikte ülkelerin sağlık hizmetlerini daha nitelikli hale getirme çabalarında liderlik konusunun ön plana çıktığı görülmektedir. Bir organizasyonun başarılı faaliyetler göstermesi ile etkili liderlik davranışları arasında direk ilişki kurulmaktadır. Bu ilişki özellikle sağlık hizmetlerinde hizmet kullanıcılarının nitelikli hizmet alabilmesinde liderliğin önemini göstermektedir. Yapılan çalışmalar liderlik davranışlarının, hizmet kullananların hizmetten memnuniyeti ve daha olumlu sağlık sonuçları üzerinde etkili olduğu göstermektedir^{5,6}. Wong ve arkadaşlarının⁶ hemşirelik bakımı ve liderlik konusunda yapılan çalışmaları değerlendirdiği sistematik gözden geçirme çalışmasında; dönüşümcü liderlik ile hizmet alanın memnuniyeti arasında pozitif bir ilişki olduğu gösterilmiştir. Aynı makalede etkin bir lider tarafından desteklenen eğitilmiş ve deneyimli sağlık personelinin bakımı ile hastalarda yan etki görülme sıklığında, pnömoni, idrar yolu enfeksiyonu, bazı neonatal kardiyak sorunların insidansında ve mortalite oranlarında azalma görüldüğü bildirilmiştir⁶.

Liderlik nitelikli sağlık hizmetinin sürdürülmesinde sorumluluğu olan tüm sağlık disiplinleri için önemlidir^{5,7}. Anne ve çocuk sağlığı hizmetlerinde önemli rol ve görevleri olan ebelerin etkili liderlik davranışları ile hizmetinin niteliğini arttırarak ana-çocuk sağlığında

önemli gelişmeler sağlanacaktır^{4,5,7,8}. Kanada, Avustralya, İngiltere gibi bazı ülkeler sağlık sistemlerinde ebelerin liderlik rollerini güçlendirerek anne çocuk sağlığını daha nitelikli hale getirmeye çalışmaktadırlar^{8,9,10}. Ülke bazında yapılan çalışmalar dışında son yıllarda ebelik örgütleri de liderliğin önemine vurgu yapmakta ve bu doğrultuda çalışmalar yürütmektedir. ICM'in 2017-2020 yılları arasındaki stratejisi "Kalite, Eşitlik ve Liderlik"tir. ICM'in liderlik konusundaki stratejik hedefleri ise; ebelerin küresel, bölgesel ve yerel düzeylerde üst seviyede politika ve karar alma süreçlerine katılımlarının sağlanması ve ebelikte etkili liderliğin geliştirilmesidir¹¹.

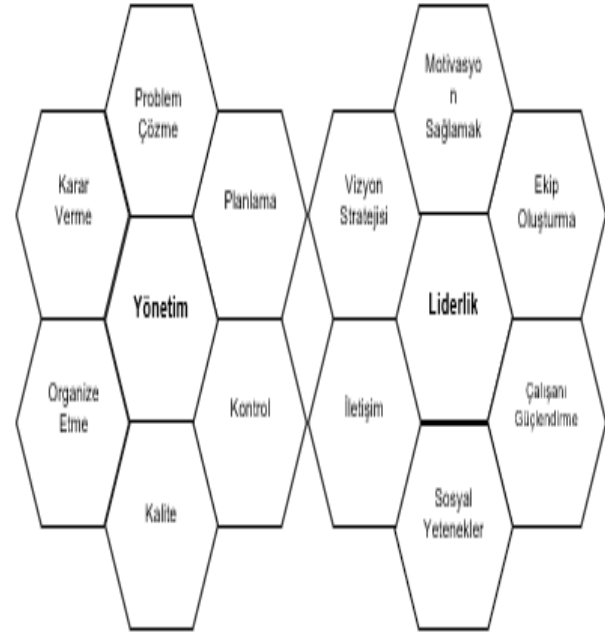
Ebelik alanında son yıllarda ele alınmaya başlanan liderlik konusu incelenirken liderlik nedir, liderlerin özellikleri, liderlik ile yöneticilik arasındaki farklar, liderlik teorileri ve bu teorilerin sağlık alanında kullanımı daha yakından incelenmelidir. Bu makalede bu konulara kısaca değinilmiş ve İngiltere'de geliştirilen "Lider Ebe Yetkinlik Modeli" örneği açıklanmaya çalışılmıştır.

Liderlik, Yöneticilik ve Arasındaki Farklar

Uluslararası literatürde farklı disiplinlere dayalı pek çok liderlik tanımı vardır^{5,12,13}. Armstrong¹⁴'a göre *liderlik*; insanları istenen sonuca ulaşmak için ellerinden gelenin en iyisini yapmaya yönlendirme sürecidir. Liderlik aynı zamanda bir vizyon geliştirmek, iletişim kurmak, insanları motive etmek ve sürece katılımlarını sağlamaktır. Motivasyon sağlama, ekip oluşturma, çalışanı güçlendirme, sosyal yetenekler, iletişim, vizyon stratejisi gibi unsurları (Şekil 1) içeren liderlik; dinamik, sürekli ve karşılıklı etkileşimi ön planda tutan bir süreçtir^{5,15}.

Yöneticilik ise; belirli amaçlara ulaşmak için eldeki kaynakları verimli ve etkin kullanabilecek kararlar alma, uygulama sanatı ve bilimdir^{16,17}. Başka insanlar aracılığıyla amaçlara ulaşma ve planlanan süreç ile ilgili iş görme faaliyetlerinin bütünü olan yöneticilik bir meslektir ve şirketlerin kurulmasıyla ortaya çıkmıştır^{15,18}. Yönetimin problem çözme, planlama, kontrol, kalite, organize etme, karar verme unsurları liderlik unsurlarından oldukça farklı olup iş odaklıdır¹⁵(Şekil 1).

Şekil 1. Yönetim ve Liderlik Unsurlarının Hegzogonal Gösterimi



Liderlik ve yöneticilik birbiri ile ilişkilendirilmekte hatta eş anlamlı olarak gösterilebilmektedir. Bununla birlikte bir kısım görüş yöneticiliği liderliğin bir parçası olarak görürken bir kısmı da liderliği över ve yöneticiliği eleştirir¹⁴. Bennis ve Nanus¹⁹'a göre yönetim ve liderlik arasında oldukça önemli farklılıklar vardır. Bennis ve Nanus¹⁹, yöneticilerin işleri doğru, liderlerin ise doğru işleri yaptığını savunur. Paul Birch²⁰'de liderlik ve yöneticiliğin farklı olduğunu belirtmiş ve liderliği yüceltmıştır. Maccoby²¹'e göre yöneticiler; iş planlarını oluşturan, bütçeleri belirleyen ve ilerlemeyi gözlemleyen idarecilerdir. Liderler ise; kurumlara ve insanlara değişimleri konusunda ilham veren insanlardır^{21,22}. Yöneticiliğin kontrol ağırlıklı olduğunu, liderliğin ise işleri doğrudan yerine getirmek için pratik bir çaba olduğunu belirten Zaleznik²³ yöneticilik ve liderliğin farklı tipte insanlara gereksinimi olduğunu öne sürmüştür. Liderler, insanların yapması gerekenleri yapmalarını ve uygun kültürü yaratmalarını sağlamak için eylemleriyle, davranışlarıyla ve yaptıklarıyla günlük yöneticilerden ayrılırlar¹⁵.

Liderlik ve yöneticilik arasındaki bu farklılıklar nedeni ile lider ve yönetici kişilerin özellikleri de değişir. Yönetici ve lider özellikleri Tablo 1’de gösterilmiştir¹⁴.

Tablo 1. Lider ve Yönetici Özellikleri

Lider	Yönetici
Yenilikçidir	Yönetir, idare eder
“Ne ve neden” sorularını sorar	“Nasıl ve ne zaman” sorularını sorar
İnsanlara odaklanır	Sisteme odaklanır
Doğru olan işleri yapar	İşleri doğru yapar
Geliştirir	Devamlılığı sağlar
Güven uyandırır	Kontrole dayalıdır
Uzun vadeli bakış açısına sahiptir	Kısa vadeli bakış açısına sahiptir
Statükoya meydan okur	Statükoyu kabul eder
Görüşlerle ilgilenir	Sonuçlarla ilgilenir
Örnek alınır	Örnek alır
Olduğu gibi davranır	Klasik iyi askeri oynar
Özgünlüğünü gösterir	Kopyasını çıkarır

Lider Olunur Mu Doğulur Mu?

Birçok disiplinde liderlik teorileri hakkında kapsamlı literatür bulunmaktadır. Bunlar, özellik, davranışsal, olasılık, ilişkisel ve yeni liderlik teorileri olarak gruplandırılır^{5,13}. Liderlik teorilerinin bazıları liderlik özelliklerinin doğuştan geldiğini bazıları ise sonradan kazanıldığını iddia etmektedir^{5,15,18,24,25,26,27}. Tablo 2’de gösterilen Özellikler ve Davranışçı Teoriler gibi bazı geleneksel liderlik teorileri; bireyin karakteristik özellikleri ile davranışları üzerinde durur ve bu özelliklerin doğuştan geldiğini kabul eder. Liderlik özelliklerinin kazanılabileceğini ve geliştirilebileceğini savunan Olasılık, İşlemsel ve Dönüşümcü gibi ilişkisel teoriler liderler ile takipçileri arasındaki bağ ve ilişkilere odaklanarak lider olunabileceği görüşünü savunur^{5,26,27}(Tablo 2).

Tablo 2. Geleneksel Liderlik Teorileri

Büyük Adam Teorisi (Great Theories)	Liderlerin doğuştan gelen yeteneklerle doğdukları ve lider olmaya mahkûm oldukları inancına dayanır.
Özellikler Teorisi (Trait Theories)	Liderlerin doğada olumlu olan belirli özelliklere sahip olduğunu savunur, 'Büyük Adam Teorileri' ile iyi uyum sağlar.
Davranışçı Teoriler (Behaviourist Theories)	Liderlerin niteliklerinden ziyade yaptıklarına odaklanır.
Durumsal Teoriler (Situational Theories)	Bu teoriye göre liderlik; duruma özgüdür, liderler tarzlarını buldukları duruma göre uyarlamalıdır.
Olasılık Teorisi (Contingency Theory)	Lider durum değişkenlerini belirlemeye odaklanmalı ve bunu, uyması gereken belirli bir liderlik tarzıyla eşleştirip uygulamalıdır.
İşlemsel Teori (Transactional Theory)	Karşılıklı yararlar odaklanarak, liderler ve takipçiler arasındaki ilişkiyi vurgular.
Dönüşümcü Teori (Transformational Theory)	Bu teoride değişim merkez kavramdır ve liderlik, takipçilerinin performanslarını arttırmaya yöneliktir.

Olasılık ve ilişkilere vurgu yapan İşlemsel, Dönüşümcü gibi teorilerin; hemşirelik ve ebelik mesleklerine daha uygun olduğu belirtilmektedir⁵. Thyer²⁸, Welford²⁹, Harms ve Crede³⁰ gibi bazı araştırmacılar, sağlık hizmetlerinin gelişmesi ve kaliteli hizmet standartlarının sürdürülebilmesi için dönüşümcü liderliğin hemşirelik ve ebelik mesleğine uygun olduğunu belirtmişlerdir. Dönüşümcü liderlik modelinin önemli bir özelliği örneğin kadın, çocuk gibi hizmet alanlara yakın olan kişilerin sorumluluk alma ve karar vermelerine fırsat sağlamasıdır. Literatür, toplum sağlığı, doğum öncesi bakım ve ebelik hizmetleri gibi insan odaklı bakım modelleri için dönüşümcü liderliğin uygun olduğunu belirtmektedir^{7,15}. Bununla birlikte bu teorilerin sağlık alanına uygulanması ve değerlendirilmesi yeterince yapılmamıştır⁵. Bu yetersizlik nedeni ile Stanley^{24,31} tarafından klinik alanlara

özel “Uyumlu Liderlik Teorisi” (Congruent Leadership) geliştirilmiştir. Bu teori zorluklara ve kritik problemlere, değer ve inançlara uygun eylemler ve faaliyetlerle cevap veren liderlere odaklanmıştır. Uyumlu Liderlik Modeli, klinik lider olmak için gerekli olan özellikleri de tanımlar. Bu özellikler; etkili bir iletişimci, karar verici, motivasyon sahibi, açık, yaklaşılabilir, görünür olabilme ve iyi bir rol model olarak hareket edebilmedir^{5,24,31}.

Ebelik alanında liderlik çalışmaları oldukça sınırlıdır. Ebelik ve hemşirelik meslekleri farklı sorunlarla baş etmek ve sağlık bakım hizmetinin niteliğini arttırmak için etkili liderliğe gereksinim duyar⁵. Günümüzde ebelerde liderliğin gelişmesi ile mesleğin daha başarılı olacağı, ana-çocuk sağlığı hizmetlerinin niteliğinin artacağı ve anne-bebek ölümlerinin azalacağı kabul edilmektedir^{5,25,32}. Ebelik mesleği son yıllarda uluslararası alanda değişim ve gelişim göstermektedir. Ebelerin; toplum sağlığını yükseltmek ve hizmet standartlarını geliştirmek için sorumlulukları ve rolleri artmıştır. Ebelerin danışmanlık hizmeti vermesi, uzman ebe kavramının yaygınlaşması, ebelerin yönetim kadrolarında yer alması, denetim ve araştırma konularında aktif rol almaları ile ebelerde liderliğin gelişeceği düşünülmektedir³³. Ebeler fark etmese de günlük faaliyetlerinde liderliği kullanırlar. Bunlar arasında bakım gereksinimlerinin ön planda tutulması, kadınların tercihlerinin savunulması ve bakım standartlarında sürekli iyileştirme sağlamak için mesleki çalışmalar yer almaktadır. Son yıllarda HIV ve diyabet gibi alanlarda uzman ebe ve danışman ebe tanımlarının mesleğe kazandırıldığı, risk yönetimi, denetim ve araştırma gibi konulara katılım göstererek liderlik rollerinin arttığı ve ebelerde liderliğin gelişim gösterdiği bildirilmiştir³³.

Literatürde liderlik tanımında olduğu gibi “lider doğulur mu? olunur mu?” konusunda da farklı görüşler vardır. Tüm bu tartışmalardan bağımsız olarak, ebelerin liderlik potansiyelinin geliştirilmesindeki ilk aşama, bir lideri simgeleyen özellikleri ve nitelikleri tanımlamaktır. Ebelerin artan sorumluluğu, mesleki gelişimi ve sağlık hizmetlerinin niteliğini arttırma gereksinimi nedeniyle ebelerde liderlik modelleri geliştirilmeye başlanmıştır. Bu makalede ebelik ve liderlik ile ilgili İngiltere’de 2002 yılında geliştirilen “Lider Ebe Yetkinlik Modeli” (Midwifery Leadership Competency Model) anlatılmıştır. Bu modelde ebeler için üç ana rol ve ondört yetkinlik alanı tanımlanmıştır. Modelde yer alan ebelerin üç ana rolü; 1) liderlik, 2) sağlık kurum yöneticiliği ve 3) kadın ve ailelerin savunuculuğudur. Lider ebelerin sahip olması gereken ondört yetkinlik alanı ise; vizyon geliştirme, cesaretli olma, koç/mentör gibi davranma, öğrenmeyi sürdürme, etkili iletişim kurma, değişimi sürdürme, sonuçları

yönlendirme, kaynak yönetimi, sürekli odaklanma, sistematik ve stratejik düşünme, mesleği güçlendirme, kadın ve ailelerini destekleme, değer çeşitliliği ve başkalarını etkilemedir⁸ (Tablo 3).

Lider Ebe Yetkinlik Modeli (Midwifery Leadership Competency Model):

1) Liderlik Ana Rolünün Gerektirdiği Yetkinlikler

Lider Ebe Yetkinlik Modeli (Midwifery Leadership Competency Model)’nde ebeler, liderlik ana rolünü yerine getirirken; ebelerin ihtiyaçlarına, mesleki kaygılarına ve kadınlar ile ailelerin gereksinimlerini karşılamaya odaklanır. Bu süreçte bu ana rolünü yerine getiren lider ebelerin sahip olmaları gereken yetkinlikler; vizyon geliştirme, cesaretli olma, koç/mentör gibi davranma, öğrenmeyi sürdürme ve etkili iletişim kurmadır. Bu yetkinlikleri kullanarak lider ebeler diğer sağlık profesyonelleri ve toplum için doğum hizmetlerini geliştirmeye yönelik bir vizyon oluşturur. Bu ise, ulusal girişimlerin yerel durumlara ve koşullara uyarlanmasıyla gerçekleşir. Ebeler vizyona ait temel unsurları kendi uygulama ve davranışlarında göstermelidir. Lider ebe gelişimi kolaylaştıran, saygınlık ve farklılıkları destekleyen olumlu bir ortam yaratmalıdır. Yapıcı geri bildirimler vererek açık ve yaklaşılır bir tutum sergilemelidir. Aynı zamanda ebelerin kişisel ve mesleki kaygılarını tüm yönetim kademelerine iletmelidir. Kurum içi birimlerdeki sorunları çözerek kritik konulardaki karşıt görüşlere ve risklere rağmen kararlı davranmalıdır. Meslektaşlarının çalışmalarında en iyi uygulamaları yapmaları ve gelişimlerini sağlamak için kaliteli ve zamanında eğitim almalarını sağlamalıdır⁸.

2) Sağlık Kurum Yöneticiliği Ana Rolünün Gerektirdiği Yetkinlikler

Sağlık kurum yöneticiliği ana rolünün yetkinlikleri ise; değişimi sürdürme, sonuçları yönlendirme, kaynak yönetimi, sürekli odaklanma ile sistematik ve stratejik düşünmedir. Yönetici rolünü yerine getiren ebeler, ebelerin ve uygulama alanı özelliklerinin uyumuna dikkat etmelidir. Ebelik mesleğindeki önemli değişimleri öngörmeli, planlamalı ve desteklemelidir. Ekibin her üyesinin kendini kişisel ve mesleki değişimin, gelişimin vazgeçilmez bir unsuru olarak görmesini sağlamalıdır. Kadınların, ailelerinin ve bu hizmeti sunan sağlık çalışanlarının yararına olan değişimi etkin bir şekilde yönetilmesi ve yönlendirilmesi sağlık kurum yöneticiliği ana rolünün gerektirdiği yetkinlikler arasındadır. Bu rol yerine getirilirken ayrıca ebelerin sorunlarının, görüşlerinin, ihtiyaçlarının ve kaygılarının örgüt içinde ve ötesinde etkin bir şekilde temsil edilmesi gerekir.

Başarısızlık ya da engeller karşısında hedefe ulaşmak için azimli olmak, belirsizliklerle karşı karşıya kalındığında ise; zamanında ve etkili kararlar alabilmek sahip olunması gereken yetkinliklerdendir. Bütün bu yetkinliklerin dışında bu ana rol toplumun ihtiyaçlarını karşılayabilmek için kaynakları etkin bir şekilde planlamayı, değerlendirmeyi ve yönetmeyi gerektirir⁸.

3) Kadın ve Ailelerin Savunuculuğu Ana Rolünün Gerektirdiği Yetkinlikler

Kadın ve ailelerin savunucusu rolündeki ebelerinde de mesleği güçlendirme, değer çeşitliliği, başkalarını etkileme gibi yetkinlik alanları vardır. Bu ana rolü yerine getiren ebeler; hizmetlerin sunulması için ebelerin bilgi ve beceri kazanmalarını kolaylaştırarak, kadınların ve ailelerinin sağlığında ilerlemeyi desteklemektedir. Savunuculuk rolü meslek standartlarının yükseltilmesini, kanıta dayalı uygulamalar ile halk sağlığının korunmasını ve hizmet alanının güvenliğinin sağlanması için çalışmalar yapmayı gerektirir. Doğum hizmetlerinde diğer sağlık profesyonelleri ile bütüncül sağlık anlayışı oluşturur. Aynı zamanda diğer ebelerin ve klinisyenlerin de gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde kadınların kendi kararlarını alma haklarının savunucusu olmalarını sağlar. Kadınların ve ailelerinin, doğum hizmetlerinin planlanması ve değerlendirilmesinde aktif olarak yer almasını sağlayan bir ortam yaratır. Kadınlara, ailelerine ve ilgili taraflara seçenekleri anlatır, öğrenmeye teşvik eder ve erişim eşitliğini sağlar. Sağlık ve sosyal bakım ortamında değer çeşitliliğine önem verir. Ortak değerlerde tutarlı bir şekilde hareket ederek güven ortamı sağlar. Bunun için de geniş bir ekip ile etkili bir şekilde çalışır. Her düzeyde yönetim tarafından desteklenirler⁸.

Lider Ebe Yetkinlik Modeli'nde Yer Alan Üç Ana Rolün Gerektirdiği Yetkinliklerin Birbiri ile İlişkisi

Lider Ebe Yetkinlik Modeli'ndeki üç ana rol ve on dört yetkinlik alanı birbiri ile ilişkilidir ve yetkinliklerinin bazıları ana rollerde kesişir. Lider ebe, vizyon geliştirme, cesaretli olma, değer çeşitliliği, değişimi sürdürme, öğrenmeyi sürdürme, başkalarını etkileme, etkili iletişim kurma, koç/mentör gibi davranma ve sistematik ve stratejik düşünme yetkinliklerine sahip olmalıdır. Sağlık kurum yöneticiliği ana rolü diğer iki ana rolden farklı

olarak sürekli odaklanma ve sonuçları yönlendirme yetkinliğini de barındırır. Kadın ve ailelerin savunuculuğu ana rolüne ait olan değişimi ve öğrenmeyi sürdürme, başkalarını etkileme ve etkili iletişim kurma yetkinlikleri diğer iki ana rolünde ortak yetkinlik alanlarıdır. Kaynak yönetimi ise; hem sağlık kurum yöneticiliği hem de kadın ve ailelerin savunuculuğu ana rolü yerine getirilirken sahip olunması gereken yetkinliklerdendir. Cesaretli olma, değer çeşitliliği lider ebe ve kadın ve ailelerin savunuculuğu rollerinin ortak yetkinliğidir. Kadın ve ailelerin savunuculuğu ana rolü ise; diğer iki rolde olmayan mesleği güçlendirmesi kadın ve aileleri destekleme yetkinliklerini yerine getirmeyi gerektirir⁸(Şekil 2).

Tablo 3. Lider Ebe Yetkinlik Modeli (Midwifery Leadership Competency Model)

LİDER EBE YETKİNLİK MODELİ			
	Lider Ebe	Sağlık Kurum Yöneticiliği	Kadın ve Ailelerin Savunucusu
A N A R O L L E R	Ebelerin ihtiyaçları ve mesleki endişeleri üzerine odaklanır, doğum hizmetlerinin geleceği hakkında olumlu bir vizyon yaratır. Ebeliğin önemini sağlık sistemi yönetimindeki diğer yöneticilere aktarır, ebelerin kişisel ve mesleki endişelerini yönetimde temsil eder.	Ebelerin ve kliniğin düzenlenmesine odaklanır. Sağlık sisteminin yasal kurumlarıyla ve politika yapıcılar ile iribitir karar. Kadını, aileyi ve onlara bakım veren personelin menfaatlerini gözetenek, etkili bir şekilde yönetir ve yönlendirir.	Ebelerin ve diğer klinisyenlerin; hamilelik, doğum ve doğum sonrası dönemde kadınların kendi kararlarını alma haklarının savunucusu olmalarını sağlar. Kadınların ve ailelerinin, doğum hizmetlerinin planlanması ve değerlendirilmesinde aktif olarak yer almasını sağlayan bir ortam yaratır.
Y E T K İ N L İ K	Vizyon Geliştirme ✓ Toplumda ve sağlık bakımında meydana gelen değişimler konusunda ebelerin gelecek vizyonunu tartışır. ✓ Mesleki bağlılığı geliştirir ve mesleğin ilgi uyandıran vizyonunu ifade ederek istek yaratır.	Değişimi Sürdürme ✓ Değişiklikleri öngörür, planlar ve ekiple etkili bir şekilde iletişim kurar. ✓ Ebelik mesleğindeki olumlu değişimleri destekler. ✓ Ekibin her üyesinin kendini değişimin kişisel ve mesleki gelişiminin vazgeçilmez bir unsuru olarak görmesini teşvik eder.	Mesleği Güçlendirme ✓ Yüksek mesleki standartlara önem verir. ✓ Ebelerin başarılarından bahsederek halkı ebebin rolünden haberdar eder. ✓ Denetimli ve kanıta dayalı uygulamalarla halk sağlığının korunması ve hasta güvenliği açısından önemli rol oynar.
E T K İ L E N M	Cesaretli Olma ✓ Kurum içi birimlerdeki sorunları çözer. ✓ Kritik konularda karşıt görüşlülere ve kişisel risklere rağmen kararlı davranır.	Sonuçları Yönlendirme ✓ Kadın ve ailelerin ihtiyaçlarını karşılamada engelleri aşmak için çabalar. ✓ Başarısızlık ya da engeller karşısında hedeflere ulaşmak için azimli davranır.	Kadın ve Ailelerin Destekleme ✓ Kadınları gebelikleri hakkında kendi kararlarını vermeleri konusunda destekler. ✓ Doğum hizmetlerinde diğer sağlık profesyonelleri ile birlikte bütüncül sağlık anlayışı oluşturur. ✓ Kadınların bireysel hak ve ihtiyaçları için savunuculuk yapar.
K O Ç / M E N T Ö R	Koç/Mentör Gibi Davranma ✓ Kurum yöneticileri ve çalışanlarla ortak olarak hedefler belirler. ✓ Ekipteki her bir kişinin belirlenen hedef ve önceliklere sahip olmasını sağlar. ✓ Yapıcı geribildirimler verir. ✓ Açık ve yaklaşılabilir bir tutum sergiler.	Kaynak Yönetimi ✓ Mevcut kaynakları ekibin içinde dengeler. ✓ Geleceği öngörür ve kaynak planları oluşturur. ✓ İnsan kaynakları dağılımında bireylerin özelliklerini dikkate alır.	
O Ğ R E N M E Y İ	Öğrenmeyi Sürdürme ✓ Sürekli mesleki gelişimi destekler. ✓ Kurumsal öğrenmeyi destekleyen bir kültür geliştirir.	Sürekli Odaklanma ✓ Birden fazla projeyi aynı anda başarıyla yönetir. ✓ Ekibi hedefler doğrultusunda yönlendirir ve denetim sonuçlarını bu hedefe göre ayarlar. ✓ Öncelik vermesi ve yeniden önceliklendirmeyi başarabilir.	Değer Çeşitliliği ✓ Sağlık ve sosyal bakım ortamında değerlerin çeşitliliğini destekler. ✓ Farklı geçmiş, tarz ve kültürlerden insanları geliştirerek ekibe alır ve yerel halkı yansıtan bir ekip yaratmayı amaçlar.
E T K İ L İ T İ Ş İ M	Etkili İletişim Kurma ✓ Bakış açısını etkili bir şekilde göstermek ve ifade etmek için farklı stiller kullanır. ✓ Klinik konuları hem mesleki hem de meslek dışından kişilere etkili bir şekilde aktarır.	Sistematik ve Stratejik Düşünme ✓ Belirsizliklerle karşı karşıya kaldığında, zamanında ve etkili kararlar verir. ✓ Stratejiyi ebelere ve ilgili diğer sağlık profesyonellerine etkili bir biçimde aktarır.	Başkalarını Etkileme ✓ Ortak değerlerle tutarlı bir şekilde hareket ederek güvenilirlik geliştirir. ✓ Kendi çalışma ve davranışlarıyla ebelik mesleğini en yüksek standartlarda gösterir. ✓ Geniş bir ekip ile etkili bir şekilde çalışır.

Şekil 2. Lider Ebe Yetkinlik Modelinin Ana Roller ve Yetkinlikleri



Ebelikte Liderliğin Gelişmesinde Karşılaşılan Zorluklar

Sağlık alanında yönetim kadrolarındaki erkek egemenliği nedeniyle kadın mesleği olan ebeliğin yönetim kadrolarında yeterince yer alamaması, ebelerin güçlü bir liderlik yeteneğine sahipken, gelişimlerinin çoğu zaman kurum içinde sınırlı kalması, sağlık hizmetinde daha büyük ölçekte yol gösterme olanaklarının sınırlandırılmasına neden olmaktadır. Ayrıca ebelerin sadece doğum ve tıbbi uygulamalar ile yükümlü olduğu düşüncesi, çalışanların yeteneklerinin ve liderlik tarzının belirlenememesi de ebelikte liderliğin gelişimini zorlaştırmaktadır³³. ICM ile DSÖ 93 ülkeden 2470 ebe ile görüşerek oluşturduğu “Ebelerin Sesi Ebelerin Gerçekleri” (Midwives’ voices Midwives’ realities) raporunda ebeler; liderlik fırsatlarının kısıtlı olmasının mesleği güçsüzleştirdiğini, karar verme güçlerini ve yeteneklerini sınırlandırdığını bildirmişlerdir. Ebeler, liderlik rollerini yerine getirememelerindeki engelleri sağlık sisteminin hiyerarşik yapısı, ebelik ve hemşirelik rollerinin tam olarak ayrılması olarak görmektedirler³. Ebelikte liderliğin güçlenmesinin yolu; klinik ve saha deneyim temelli öğrenme ve rehberlik uygulamalarıdır. Bu nedenle klinikte çalışan deneyimli ebelerin liderlik alanında potansiyellerini kullanabilmeleri için teşvik edilmeleri, öğrencileri ve mesleğe yeni başlayan ebeleri liderlik pozisyonlarına yönlendirilmeleri önemlidir. Ebelikte liderliğin güçlendirilmesi, mesleğin her kademesindeki

ebelerin sorumluluğudur³³. Ebelerin Sesi Ebelerin Gerçekleri raporu ayrıca ebelik mesleğinin ve ebelikte liderliğin güçlendirilmesi için ebelerin bilimsel araştırmalara aktif katılımlarını, engelleri aşmada meslek örgütleri ve eğitim kurumlarının birlikte çalışmalarını önermektedir³.

SONUÇ

Ebelik mesleği Dünya genelinde farklı düzeylerde farklı nedenlerle ciddi zorluklarla karşı karşıyadır. Bu makalede ebelik alanındaki zorlukların çözümüne katkı sağlayabilmesi ve anne çocuk sağlığı hizmetlerinin niteliğinin artırılabilmesi için liderliğin önemi ve gerekliliği vurgulanmaya çalışılmıştır. Doğum hizmetlerinde ve diğer ebelik uygulama alanlarında liderlik ve yönetim; ebelerin sesinin duyurulması, mesleki gelişim ihtiyaçlarının karşılanması ve güçlendirilmesi yanı sıra ana-çocuk sağlığının geliştirilmesi için oldukça önemlidir. Ebeliğin güçlendirilmesi için meslek üyeleri liderlik potansiyellerini fark edip kabul etmelidirler. Bu gereklilik nedeniyle kariyer gelişimi ve planlama aşamasında liderlik davranışı hakkında yeterli bilgiye sahip olmak gerekir. Ebelik lisans eğitiminde ve mezuniyet sonrası eğitimlerde, liderlik özelliklerinin kazandırılması ve bu özelliklerin sürekliliğinin sağlanması gerekir. Bununla birlikte ebelerde mevcut olan liderlik özelliklerini değerlendirebilecekleri fırsatların yaratılması da oldukça önemlidir. Liderlik özelliklerine sahip kişiler kendi doğasından gelen özelliklerini liderlik tarzına yansıtabilir ya da benimsemiş olduğu liderlik modeli onu etkili bir lider yapabilir. Liderlik potansiyeline sahip olmak kadar bu özellikleri ortaya çıkarmak da önemlidir. Lisans ve mezuniyet sonrası hizmet içi eğitimlerle liderlik özellikleri geliştirilmelidir. Geliştirilmeyen liderlik özellikleri geriler. Diğer taraftan liderlik özelliklerine doğuştan sahip bazı kişiler geride kalıp liderlik yapmamayı tercih edebilir ya da aktif liderlik yapma fırsatı bulamayabilir^{5,15,18,24,25}. Ebelerin liderlik özelliklerini geliştirmek için yaptıkları çalışmalar desteklenmeli böylece doğum ve ana-çocuk sağlığı hizmetlerinde kaliteli bakımın artırılması hedeflenmelidir. Etkili liderlik davranışlarının değerlendirilmesi için akademik çalışmalara ihtiyaç vardır. Ebelik ve liderlik alanında literatür oldukça sınırlıdır. Bununla birlikte son yıllarda bu konuya ilginin arttığı görülmektedir. Ebelikte liderliği geliştirme çabalarına, ilgili alan literatürünün incelenmesinin önemli katkısı olacağı düşünülmektedir. Ebe ve hemşireler liderlik alanında yapılacak araştırmalarda daha etkin olmalı ve bu konuda desteklenmelidir. Liderlik alanında yapılacak çalışmalar ile liderlik becerilerini geliştirmeye yönelik kanıta dayalı stratejiler belirlenmelidir.

KAYNAKLAR

1. Tambağ H. Hatay Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin sağlıklı yaşam Türk Ebeler Derneği. Ebeliğin tarihçesi. <http://www.turkebelerderneği.com>. (Erişim tarihi: 25 Kasım 2017).
2. International Confederation of Midwives Resmi İnternet Sitesi. International Definition of the Midwife, Hollanda. <http://www.internationalmidwives.org/who-we-are/policy-and-practice/icm-international-definition-of-the-midwife/> (Erişim tarihi: 20 Ekim 2016).
3. World Health Organization. Midwives voices, midwives realities. Findings from a global consultation on providing quality midwifery care, 2016. (Erişim tarihi: 01.07.2018).
4. Bender T.H, de Bernis L, Campbell J, et al: Improvement of maternal and newborn health through midwifery. *The Lancet*. 2014; 384: 1226-35.
5. Carragher J, Gormley K. Leadership and emotional intelligence in nursing and midwifery education and practice: a discussion paper. *J Adv Nurs*. 2017; 73(1): 85–96.
6. Wong C. A, Cummings G. G. The relationship between nursing leadership and patient outcomes: a systematic review. *Journal of nursing management*, 2007; 15(5): 508-21.
7. Downe S, Byrom S, Simpson L (eds): Essential Midwifery Practice: Expertise Leadership and Collaborative Working, 1. Baskı kitabında Chapter 1 Midwifery Leadership: Theory, Practice and Potential s: 7-22, Wiley-Blackwell, ABD (2010).
8. Midwifery Leadership Competency Model, Version 2 revised April 2006, Modernisation Agency in NHS, Londra. https://www.rcm.org.uk/sites/default/files/MidwLead_competencies.pdf (Erişim Tarihi 17.12.2017).
9. Homer C. S, Passant L, Kildea S, et al: The development of national competency standards for the midwife in Australia. *Midwifery*. 2007; 23(4): 350-60.
10. Murphy J, Quillinan B, Carolan M. Role of clinical nurse leadership in improving patient care. *Nursing Management*. 2009; 16(8): 26-8.
11. International Confederation of Midwives Resmi İnternet Sitesi. International Day of the Midwife 2018, Hollanda. <https://internationalmidwives.org/events/idotm/nternational-day-of-the-midwife-2018/> (Erişim Tarihi: 15.04.2018)
12. Howieson B, Thiagarajah T. What is clinical leadership? A journal-based meta-review. *International Journal of Clinical Leadership*. 2011; 17:7-18.
13. Stanley D. Recognising and defining clinical nurse leaders. *British Journal of Nursing*. 2006c; 15(2): 108–11.
14. Armstrong M, Stephens T: Armstrong's Handbook Of Management And Leadership: A Guide To Managing For Results. 1. baskı, s.13, Kogan Page, London (2005).
15. Day-Strick F: Management and leadership in midwifery, "Henderson C, Macdonald S (eds): Mayes' Midwifery: A Text Book For Midwives, 13. baskı" kitabında s. 1167-84, Baillière Tindall, London (2004).
16. Tunçer P. Örgütsel değişim ve liderlik. *Sayıştay Dergisi*. 2011; 80: 57-83.
17. Ardahan M, Konal E. Hemşirelikte yöneticilik ve liderlik. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2017; 6(1): 140-7.
18. Yeşilyurt P. Türk ve İtalyan yöneticilerinin liderlik tarzları: Türkiye'de faaliyet gösteren Türk-İtalyan ortak girişimlerinde bir uygulama. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Adana, 2007.
19. Bennis W, Nanus B: Leaders The Strategies for Taking Charge, 1. baskı, Harper&Row, New York (1985).
20. Birch P: Instant Leadership, 1. baskı, s.7-12, Kogan Page (1999).
21. Maccoby M. Narcissistic Leaders: The Incredible Pros, The Inevitable Cons, The Harvard Business Review. January-February, 2000.
22. Herdman EA. Liderlik ve yönetim: teori var pratik yok. Çeviri: Korkmaz ÖY. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*.2012; 9(1): 3-10.
23. Zaleznik A. Managers and leaders: Are they different? Harvard Business Review. 2004;82(1):74-81.
24. Stanley D. Congruent Leadership: values in action. *Journal of Nursing Management*. 2008; 16(5): 519–24.
25. Byrom S, Downe S. 'Shesort of shines': Midwives' accounts of 'good' midwifery and 'good' leadership. *Midwifery*. 2010; 26(1): 126-37.
26. Bolden R, Gosling J, Marturano A, Dennison P. A review of leadership theory and competency frameworks. Centre for Leadership Studies, University of Exeter, 2003.
27. Stanley D. In command of care: clinical leadership explored. *Journal of Research in Nursing*. 2006; 2(1): 20–39.
28. Thyer G. L. Dareto be different: transformational leadership may hold the key to reducing the nursing shortage. *Journal of Nursing Management*. 2003; 11(2): 73-9.
29. Welford C. Matching theory to practice. *Nursing Management*. 2002; 9(4): 7.
30. Harms P. D, Credé M. Emotional intelligence and transformational and transactional leadership: A meta-analysis. *Journal of Leadership&Organizational Studies*. 2010; 17(1): 5-17.
31. Stanley D. In command of care: toward the theory of congruent leadership. *Journal of Research in Nursing*. 2006b; 2(2): 132–44.
32. Divall B. Negotiating competing discourses in narratives of midwifery leadership in the English NHS. *Midwifery*. 2015;31(11):1060-6.
33. Royal Collage Of Midwives Resmi İnternet Sitesi. Strengthening Midwifery Leadership, 2008, Londra. <https://www.rcm.org.uk/news-views-and-analysis/analysis/strengthening-midwifery-leadership>(Erişim Tarihi: 7.1.2018).

ÇOCUKLARDA AMELİYAT ÖNCESİ PSİKOLOJİK HAZIRLIK: GÜNCEL YAKLAŞIMLAR

EVALUATION OF NURSES' PROFESSIONALISM LEVELS: SAMPLE OF BALIKESİR

Feyza Bülbül¹, Bilgen Arıkan¹

¹ Uşak Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu
Hemşirelik Bölümü

Yazışma Adresi:

Uşak Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu
Hemşirelik Bölümü

E posta: feyza.bulbul@usak.edu.tr

Gönderim tarihi: 28 Ekim 2018

Kabul Tarihi: 3 Aralık 2018

Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi

ISSN: 2146-9601

e-ISSN: 2147-2238

bsbd@balikesir.edu.tr

www.bau-sbdergisi.com

Öz

Ameliyat öncesi dönem çocuk ve ailesi için stres yaratan bir süreçtir. Çocuklarda ameliyat öncesi psikolojik hazırlık sağlanması ameliyat öncesi anksiyetenin azaltılması, uyumun sağlanması ve ameliyat sonrası olumsuz sonuçların önlenmesi açısından önemlidir. Çocukların psikolojik olarak hazırlığı yetişkinlere göre farklılıklar göstermektedir. Çocuklarda ameliyat öncesi psikolojik hazırlık, farmakolojik ve davranışsal yöntemler olmak üzere iki şekilde ele alınmaktadır. Farmakolojik yöntemler ameliyat öncesi premedikasyon uygulanmasını içerir. Davranışsal yöntemler ise çocuğa ve ebeveynlerine hastane ve ameliyathanenin tanıtılması, terapötik oyun, hikaye kitapları okunması, resim çizdirme, premedikasyon sırasında ebeveynin çocuğun yanında olması, oyuncak kullanımı, video ve tablet gibi görsel destekli araçların kullanılması gibi yöntemleri kapsar. Bu yöntemlerin çocukların yaş gruplarına yönelik olarak uygulanması önemlidir. Hemşireler çocukların gelişim dönemi özelliklerini iyi bilmeli ve çocukların gelişim dönemlerine uygun şekilde ameliyat öncesi hemşirelik yaklaşımı uygulamalıdır. Bu çalışmanın amacı; ameliyat öncesi süreçte çocukların gelişim dönemlerine uygun olarak psikolojik hazırlığın sağlanmasında kullanılan davranışsal yöntemlerin güncel bilgiler ışığında sunulmasıdır.

ANAHTAR KELİMELER: Bebek, çocuk, adölesan, ameliyat, psikolojik hazırlık, hemşirelik bakımı.

ABSTRACT

Preoperative period is a stressful process for children and families. Providing psychological preparation for children during this period is important in order to reduce anxiety before surgery, provide adjustment and prevent negative consequences after the operation. Psychological preparation of children differs from adults. This process including children is approached in twoways as pharmacological and behavioral methods. Pharmacological methods include preoperative premedication. Behavioral methods include familiarizing parents and children with the hospital and operating room, the rapeutic activities, reading books, drawing, child and parents remaining together during premedication, use of toys and visual tools as videos or tablets. It is important to practice these methods by taking children's age groups into consideration. Nurses should be conscious of characteristics of child development and provide a preoperative nursing intervention in accordance with the development. The aim of this study is to compile behavioral methods used for providing psychological preparation in compliance with developmental period of children during the preoperative period, in consideration of current approaches.

KEY WORDS: Baby, child, adolescent, surgery, psychological preparation, nursing care.

GİRİŞ

Çocuklarda ameliyat öncesi dönem oldukça stresli bir süreçtir. Vücutta meydana gelen olumsuz değişim, fiziksel bütünlüğün bozulması ve buna bağlı ağrı oluşması, ameliyata bağlı rahatsızlık hissi, çocuğun ailesinden ve sevdiklerinden ayrılması, tanımadığı kişilerin yanında olması, bilinmezlik duygusu nedeniyle korku oluşması, hastanede yatma ve ameliyat sürecinde sınırlamaların olması, kontrol kaybı yaşaması, çocuğun otonomisinin ve yeteneklerinin kaybolması, ebeveynlerinin aşırı koruyucu olması, empati yapamaması, çocuk üzerinde yeterli kontrolü sağlayamaması gibi bir çok nedene bağlı olarak çocuklar stres yaşamaktadır^{1,2,3,4}. Ayrıca cerrahi deneyim için hastaneye yatma, çocuğun alışmış olduğu düzenin dışına çıkması, alışılmadık koku ve seslerle karşılaşması çocukları etkilemektedir⁵.

Ameliyat öncesi evrede psikolojik hazırlığın sağlanması; anksiyeteyi gidermeye, ameliyatta daha az anestetik kullanılmasına, ameliyat sonrası daha az analjezik kullanılmasına, strese tepki olarak salınacak olan kortikosteroid hormonların daha az salınmasına yardımcı olmaktadır. Ayrıca, ameliyat sonrasında yaşam bulgularının kısa sürede düzene girmesine, ameliyat sonrasında hızlı iyileşmeye ve erken taburcu olmaya yardımcı olmaktadır^{3,6,7,8}. Fortier ve ark. (2010)'nın 2-12 yaş aralığındaki tonsillektomi ve adenoidektomi planlanan çocuklarda yapmış olduğu çalışmada ameliyat öncesi anksiyetenin önlenmesinin ameliyat sonrası ağrı ve olumsuz davranışsal değişikliklerin önlenmesine yardımcı olduğu saptanmıştır⁹.

Cerrahi girişim hem çocuk hastaları hem de aile üyelerini ve yakınlarını etkilemektedir^{5,10}. Çocukların anne ve babalarında yüksek düzeyde anksiyete görülebilir⁸. Hastalık ve ameliyatla ilgili geçmiş deneyimler, ekonomik sorunlar, diğer çocukların bakım gereksinimi ve iş yaşantılarını ilgilendiren sorunlar ebeveynlerin anksiyetesini yakından etkiler. Bu anksiyetenin çocuğa yansması özellikle çocuklarda olumsuz sonuçlara yol açmaktadır. Bu nedenle çocuğun ebeveynlerinin bilgilendirilmesi oldukça önemlidir^{8,11,12}. Ameliyat öncesi süreçte ebeveynler psikolojik yönden ne kadar iyi hazırlanır; ameliyat hakkında yeterince bilgilendirilirse çocuğa da aynı oranda yardımcı olabilirler^{9,12}. Yapılan çalışmalarda ailenin kaygısının dolaylı olarak çocuğun kaygı düzeyini etkileyebildiği, kaygı azaltıldığında ise çocuğun kaygısının da azaltılabileceği belirtilmektedir^{2,8,13,14}. Ameliyata hazırlık sürecinde aile sakin ve uyumlu olursa çocuk da aynı davranışı gösterebilir⁵. Yaş, cinsiyet, mizaç, daha önceki hastane deneyimleri, anestezi indüksiyonu türü, cerrahinin tipi,

ameliyat sonrası semptomlar çocuklarda ameliyat öncesi ve sonrası anksiyete düzeyini etkileyebilir¹⁵. Ameliyat öncesi psikolojik hazırlığın amacı, çocuğun yaşadığı stresin farkında olunması, nedenlerinin belirlenmesi, gerekli önlemlerin alınarak çocuğu olabilecek en üst düzeyde psikolojik yönden ameliyata hazırlamaktır¹⁶. Literatür incelendiğinde çocukların gelişim dönemlerine uygun olarak hazırlanmış ameliyat öncesi hazırlığa ilişkin az sayıda çalışmaya rastlanmıştır^{5,6,18}. Bu nedenle bu derlemenin amacı; ameliyat öncesi süreçte çocukların gelişim dönemlerine uygun olarak psikolojik hazırlığın sağlanmasında kullanılan davranışsal yöntemlerin güncel bilgiler ışığında sunulmasıdır.

Çocukluk Dönemlerine Göre Ameliyat Öncesi Psikolojik Hazırlık

Çocuklarda ameliyat öncesi hazırlığa başlama zamanı, çocuğun yaşına ve gelişim düzeyine göre farklılık gösterir. Planlı cerrahi girişimlerden 24 saat ya da birkaç gün öncesinde hazırlık başlayabilir. Küçük çocuklarda gereksiz anksiyeteye neden olacağı için cerrahi gününe daha yakın zamanda; adölesanlarda ise ameliyattan 7-10 gün öncesinde hazırlığa başlanabileceği önerilmektedir¹⁷. Çocuklarda ameliyat öncesi psikolojik hazırlık, farmakolojik ve davranışsal yöntemler olmak üzere iki şekilde ele alınmaktadır. Farmakolojik yöntemler ameliyat öncesi anksiyeteyi azaltmak için premedikasyon uygulanmasını içermektedir. Davranışsal yöntemler ise çocuğa ve ebeveynlerine hastane ve ameliyathanenin tanıtılması, terapötik oyun, hikaye kitapları okunması, resim çizdirme, premedikasyon sırasında ebeveynin çocuğun yanında olması, ışıklı ya da müzikli oyuncak kullanımı, tablet gibi görsel destekli araçların kullanılması gibi yöntemleri kapsamaktadır^{5,18}. Bu yöntemler çocukların gelişim özelliklerine göre farklı şekillerde kullanılabilir. Aşağıda çocukların gelişim dönemlerinin özellikleri ve bu özelliklere göre ameliyat öncesi uygulanabilecek yöntemler belirtilmiştir.

Yenidoğan (0-27 gün) ve Süt Çocuğu (28 gün-1 yaş)

Dönemi: Bu dönemlerdeki çocuklar ihtiyaçlarını karşılayan ebeveynlerine veya bakım vericilerine karşı güven üzerine bir ilişki kurarlar⁵. Temel güven duygusu daha sonraki dönemlerde çocuğun gelişim özelliklerinin kazanılmasına yardımcı olur. Bebeklerin ağırlı işlemler sırasında ve sonrasında kucaklanması, ten teması sağlanması, bebek masajı uygulanması, yumuşak ses tonu ile konuşulması, ritmik sallama hareketleri gibi girişimler bebeğin haz ve güven duygusunu geliştirir^{19,20}. Bebeğin evdeki rutinlerinin sürdürülmesi, aynı bireylerin bakıma devam etmesi, anksiyeteyi azaltır. Bebekler duygularını ağlama, gülme, vurma, tekmeleme, kol ve

bacaklarını itme ya da çekme gibi davranışlarla gösterirler. Bu tür davranışlar çevreyi kontrol altında tutarak çocuğun kendini koruma yaklaşımının yansımasıdır. Bu nedenle hemşirelerbebeğin davranışlarını gözleyerek, stres yaşama durumunu tespit edebilirler¹⁹. Ayrıca yedinci aydan itibaren bebeklerde ayrılık anksiyetesi görülür¹⁷. Çocuklar mutsuzluğunu ağlayarak ifade eder²¹. Ameliyat nedeniyle ebeveynlerden ve bakım verici bireylerden ayrılmak, tanımadığı, kendilerini sevdiklerinden ayıran, maskeli bireylerin olduğu bir ortama girmek onlar için kritik ve korku verici bir durumdur. Bu nedenle hazırlık aşamalarında çocukların mümkünse ebeveynleri ya da bakım vericileri ile birlikte olmaları önemlidir¹⁷. Ameliyathanede karşılaşacağı ekibin üyelerinin, güven verici ses tonu ile çocuğa fırsat buldukça ziyarette bulunmaları, onlara dokunarak güven verici ilişki kurmaları, bu dönemde çocuğun hazırlığında dikkat edilmesi gereken noktalar¹⁸. Süt çocuğu döneminde cerrahi girişim amacıyla hastaneye yatan çocukların hastaneye gelirken sevdiği bir oyuncuğunu, eşyasını, emzik ya da biberonunu yanında bulundurmaları rahatlatıcı etki gösterebilir^{20,22}. Ayrıca ayrılık anksiyetesini azaltmaya yardımcı olur²¹.

Oyun Dönemi (1-2 yaş): Bu dönemde çocuğun hareket ve ifade yeteneği artmıştır. Çocuğun otonomisi gelişmektedir. Bu nedenle çocuk bencildir. Bağımsız olmaya çalışırken, diğer yandan korunmaya gereksinim duyar. Engellendiği ya da istekleri karşılanmadığında inatlaşır ve olumsuz tepkiler gösterir. Hastalık ve hastaneye yatış kendine güven gelişimini yavaşlatabilir. Çocuk regresyondavranışları sergileyebilir. Tuvalet eğitimi almış çocuğa bez bağlanması, kendine güvenini, otonomisini azaltır, kendinden şüphe duymasını ve utanmasını artırır. Bu nedenlerle çocuğa her fırsatta seçenek sunulması ve çocuğun alınacak kararlara katılması yararlı olur. Kontrol kaybı duygusu yaşamayan çocuk, merak dürtüsünün de yardımıyla girişkenlik ve öğrenme özelliği sergiler. Bebeklik döneminde olduğu gibi bu dönemde de çocuğun, yeme, uyuma, oyun, hijyen gibi gereksinimlerinin karşılanmasında evde alışmış olduğudüzenin devam ettirilmesi önemlidir. Çocuğun bireysel özellikleri dikkate alınmadığında, başlangıçta çocukta inatlaşma ve agresif tepkiler, daha sonra kendi dünyasına çekilme ve regresyon görülebilir¹⁹. Regresyon davranışı gösteren çocukların yastığının, oyuncuğunun, battaniyesinin, anne eşarbi gibi güven verici bir nesnenin yanında olmasır rahatlamasını sağlar. Bu yaş grubunda çocuklara işlemler basit bir şekilde ve oyuncuğu üzerinde gösterilerek açıklanabilir. Özellikle ağırlı-acılı işlemlerde ebeveynleri, bakım vericisi veya hemşiresi gibi güvendiği

bireylerin yanında olması rahatlatıcı etki gösterir^{3,19}. Ayrıca uygulanacak tıbbi araçların (örneğin tansiyon aleti, anestezi maskesi) uygulamalı manipülasyonundan yararlanılabilir. Basit kelimeler kullanılarak ve çocuğun tıbbi aracı tutmasına izin verilerek güven ve iş birliği oluşturulmasına yardımcı olunabilir. Örneğin çocuğa “senin kan basıncını ölçmem gerekli, bu manşondur” gibi basit ifadelerle durum anlatılabilir; çocuğun manşonu tutmasına ve manşonla oynamasına izin verilebilir⁵. Terapötik oyun; hastalık ve hastaneye yatmanın yol açtığı travmayı azaltmak, stres yaratan olaydan önce, olay sırasında ve sonrasında çocuğun olumlu baş etme yöntemleri geliştirmesi için kullanılan bir yöntemdir. Eğer oyun, yapılan tedavi ve işlemlerle birleştirilebilirse, çocuğun bazı işlemleri tolere etmesine yardımcı olmaktadır^{18,23}.

Okul Öncesi Dönem (3-6 yaş): Bu yaş grubu çocuklar ben merkezlidir ve bir şeyin yalnızca düşünerek gerçekleşebileceğine inanırlar²¹. Hastalık ve hastaneye yatırılmayı yaptıkları kötü bir davranışa verilen ceza olarak algılar ve suçluluk duyarlar. Ağrılı işlemlere neden olan, koydukları kurallarla çocukları sınırlayan hekim ve hemşireler ise ceza verici bireylerdir. Çocuklar, kendilerini hastalıklardan koruyamayan ve sağlık personelinin işlemlerine izin veren ebeveynlerini de suçlayabilirler^{5,17,19}. Çocukta beden bütünlüğünü kaybetme korkusu vardır. İnvazif uygulamalarda vücut içi materyalinin o delikten dışarıya akacağına inanır. Bu nedenle enjeksiyon yeri gibi bölgelerin hemen kapatılması çocuğun anksiyetesini azaltmaya yararlı olur¹⁹. Rutinlerin değişmesi, bağımlılık ve engellenmeler çocukta kontrol kaybına yol açar. Ortamın tanıtılması, personelin tanıştırılması, işlemlerin anlayabileceği şekilde açıklanması, çocuğun işbirliğinin istenmesi, ona küçük görevler verilmesi, terapötik oyun aracılığıyla duygu ve deneyimlerinin öğrenilmesi, diğer çocuklarla tanıştırılması, yemeklerini birlikte yemeleri, ilaçlarını birlikte içmeleri, oyunlar oynamaları ve televizyon izlemelerine izin verilmesi, anksiyete, suçluluk, kontrol kaybı, korku duygularını azaltır^{17,19}. Çocuğun ameliyattan 3-5 gün önce hazırlanması yeterlidir. Somut düşünce yapısına sahip olduğundan ve büyüklük, yükseklik, genişlik, ağırlık, mesafe kavramları tam olarak gelişmediğinden, açıklamalar somut örneklendirmelerle yapılarak; oyun ve oyuncaklar, kuklalar veya gerçek tıbbi malzemeler üzerinde gösterilerek işlem anlatılabilir. Örneğin, “anestezi” ya da “seni uyutmaya gideceğiz” demek yanlış anlaşılabilir. Bunun yerine “ilaçlı hava” ya da “evde yattığınız uykudan farklı hastane ilaçları uykusu” gibi bir dil kullanılması önerilmektedir^{5,17}. Ameliyattan önce, ameliyat ile ilgili büyük resimli kitaplar okuyarak ve

terapötik oyun aracılığı ile çocuğun duygularını ifade etmesine izin verilmelidir¹⁸. Uçak ve Kıvrak 2011'de adenoidektomi ve/veya tonsillektomi tanısı konmuş çocuk hastalar ve aileleri için hikaye dili ve çizgi resimler kullanarak bir boyama kitapçığı oluşturmuştur. Boyama kitapçığı kullanılarak bilgilendirmenin anksiyetenin azaltılması ve çocuğun ameliyata hazırlanması konusunda yararlı olduğu düşünülmektedir²⁴. Okul öncesi çocuklar cerrahi kıyafetlerden korkabilirler ve bakım verenlerden ayrılma ile ilgili sıkıntı yaşayabilirler. Hemşire, ebeveynlerin, ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası süreçlerin çoğuna dahil olmalarını teşvik etmelidir. Ebeveyn ve çocuğa, cerrahi bir şapka veya maske verilerek çocuğun giymesi ve oynaması sağlanmalıdır²⁰. Ayrıca çocuğa, doktor vücudunda çalışırken, anestezi (yani "hastane uyku ilacı") sayesinde uykuda olacağını ve uyanma zamanı gelene kadar hiçbir şey hissetmeyeceğini hatırlatmak çocuğun uyumunu destekler. Ameliyat öncesinde ameliyat sonrası pansumanlar ve cerrahi nokta (yani, insizyon) hakkında hatırlatmalar yardımcı olabilir⁵. Golan ve ark. (2009) 3-8 yaşları arasındaki genel anestezi alacak elektif ve günübürlük cerrahi planlanan Amerikan Anestezi Birliği (Amerikan Society of Anesthesiologists-ASA) Sınıflamasına göre I ve II sınıflamasında bulunan çocuklarda eğitilmiş palyaçolar kullanarak çocukların ameliyat öncesi anksiyete düzeyini incelemiş; palyaço kullanımının ameliyat öncesi anksiyete düzeyini önemli oranda azalttığı bulunmuştur. Palyaço kullanımının anksiyete üzerinde oral midazolamdan daha iyi performans gösterdiği saptanmıştır²⁵.

Okul Dönemi (7-11 yaş): Bu dönem çocuklarında, beden içine olan ilgi arttığından çocuklar beden içi ve dışı arasındaki ilişkiyi ve farklılıkları kavramıştır. Bakım vericilerden ayrılmayı oyun veya okul öncesi çocuklarına göre daha iyi tolere edebilir ve hastalık kavramlarını anlayabilirler¹⁷. Hastaneye veya cerrahi merkezine gelişte belli bir derecede cerrahi girişim bilgisine sahip olmalıdır. Çocuğun bilgisinisaptamak için ona soru sorulmalıdır. Örneğin çocuğa "bugün niçin burada olduğun hakkında bana ne bildiğini söyler misin?" güzel bir başlangıç noktası olabilir. Bilinmeyenden, hastalıktan ve vücudun zarar görmesinden korktukları için, bazen anesteziye bağlı olarak, hatırlayacakları veya hatırlamayacakları şeylerle ilgili endişe duyarlar. Çocuk, "hiçbir şey hatırlamayacaksın" denildiğinde, ameliyat öncesi bir ilacı açıklarken, adlarını, ebeveynlerini veya kendine ait temel özelliklerini hatırlamadan uyanacaklarından korkabilir^{5,20}. Net bir dil kullanmak ve evde uyku ile "hastane uyku ilacı" arasındaki farklılıkları açıklamak oldukça yararlıdır⁵.

Ameliyat öncesi hazırlığa ameliyattan 1-2 hafta önce başlanmalıdır. Bu yaş döneminde çocuğun beden imajı ile

ilgili kaygıları vardır. Aynı zamanda çocuk ameliyat sırasında uyanık olup olmayacağını merak eder. Ameliyatın ne kadar süreceği, ne zaman ayağa kalkacağı, ameliyattan sonra nasıl görüneceği gibi detayları öğrenmek isterler. Çocuğa karşı dürüst olunmalıdır. İşlem basamakları, maket üzerinde ya da görsel (video, poster, broşür) araçlar kullanarak açıklanmalıdır⁵. Bu yaş grubuna yapılan bazı çalışmalarda ameliyat öncesi terapötik oyun, hastane ortamının tanıtılması gibi davranışsal yöntemlerin kullanılmasının postoperatif dönemde çocukların ve annelerinin anksiyete düzeylerini azalttığı, ailelerin terapötik oyun kullanımı sonrası memnuniyet düzeylerini arttırdığı belirtilmektedir^{26,27,28,29}.

Çocuklar için hastalık ve bakıma yönelik broşür, kitapçık verilmesi, internetten kaynak gösterilmesi, çocuğun kitap dergi okuması, günlük tutması, resim çizmesi, bilgisayar oyunları oynaması, müzik dinlemesi, televizyon izlemesi ve klinikteki diğer çocuklarla ortak etkinlikler gerçekleştirilmesi, bilgilendirilmesi, duygularının dinlenmesi, başarılarının takdir edilmesi etkili başatme tekniklerindedir^{19,30}. Resimler ve diğer görsel destekler özellikle bu yaş grubuna ameliyatları açıklamakta etkilidir. Bir anatomi kitabının kullanılması, çocukların vücudunun daha doğru bir şekilde kavranmasına, cerrahi alanın büyüklüğüne ve yerine, ameliyattan sonra insizyonun nerede aranacağına ya da ameliyattan sonra cerrahi bölgeyi görmelerine yardımcı olabilir⁵. İki-12 yaş arası 104 çocuğun ebeveynleri ile yapılan nitel bir çalışmada; ameliyat öncesi resimli kitap kullanılarak yapılan bilgilendirmenin ebeveynlerin kendini ve çocuğunu güvende hissettiklerini ifade ettikleri belirtilmektedir³¹. Okul çocukları, medya ve akran etkisine oldukça fazla maruz kalmaktadırlar. Hastalık/tedavi çocuğun fiziksel görünümü ya da fonksiyonlarında değişiklik yaptığında, beden imajı kaybı yanında arkadaşlarının beğenisi ve arkadaşlıklarını kaybetme tehditini de beraberinde getirir. Fiziksel kayıp, ölüm korkusu, akranları tarafından reddedilme endişesi, çocukta kontrol kaybı, benlik saygısı düşüklüğü ve depresyona zemin hazırlar¹⁹. Çocuğun baş etme stratejilerini geliştirmelerine yardımcı olmak için bilgilendirme ve bağımsızlığın desteklenmesi oldukça önemlidir. Çeşitli seçenekler arasından tercih yapmalarına fırsat verilmelidir. Örneğin: "Bazı çocuklar telefonlarına bakmak veya müzik dinlemek isterler, diğerleri ise annelerinin veya babasının elini tutmak isterler. Sana göre hangisi daha çok yardımcı olur?" şeklinde sorular sorarak kendisinin tercih etmesi istenebilir⁵. **Adölesan Dönem (12-18 yaş):** Adölesanların soyut düşünme ve neden sonuç ilişkisi kurma özelliğini geliştirmiştir. Hastalıkların fiziksel ya da duygusal kaynaklı olabileceğini, fiziksel sorunların, duygusal sorunlara da sebep olabileceğini bilirler. Hastalık ve hastaneye yatış

adölesanın, bağımsızlık, kendini gerçekleştirme ve kontrol duygusunu engelleyebilir^{19,32}. Yapılacak ameliyatın özelliğine göre fiziksel sınırlılıklar, fiziksel görünümde değişiklik, beden kontrolü kaybı, kararlara katılamama gibi faktörler adölesanın baş etme gücünü azaltır. Adölesanlar olgun görünmek istedikleri için, korku ve kaygılarını gizleyebilirler. Bunun sonucunda tamamen desteksiz kalabilir ve başetme güçlüğü yaşayabilirler¹⁹. Hemşireler adölesanlarda çok çeşitli duygu ve davranışlarla karşılaşabilir³². Adölesanlar, özkontrolve otonomi kaybından korkarlar^{19,32}. Bu nedenle hastanede ne giyileceği (örneğin, hastane kıyafeti), nasıl davranılacağı (örneğin, tıbbi geçmişi ile ilgili sorulara cevap verme, rahatsız edici veya özel konuları tartışma) ya da ameliyat öncesi aç kalma ile ilgili olumsuz tepkiler gösterebilirler. Okul öncesi dönemdeki çocuklar için kullanılan yöntemlerin çoğu, birkaç değişiklik ve ilavelerle, adölesanlar için de kullanılabilir. Hastaneye kabul ve değerlendirme sürecinin başlangıcından itibaren adölesan hastanın, bağımsızlık isteğini desteklemek önemlidir. Adölesanların birçoğu, alerjiler, ameliyat öncesi açlık durumu ve ağrı skoru ile ilgili görüşme sorularının çoğuna cevap vermeyebilir. Eğer konuşmayı bir ebeveyn üstlenirse, bu durum adölesan hastanın geri çekilmesine neden olabilir⁵. Akran ilişkileri bu yaş grubu için büyük önem taşır. Bu nedenle adölesanların arkadaşlarıyla telefon ile görüşmesine izin verilmesi, arkadaşlarına bağlı olduklarını hissetmelerine yardımcı olabilir. Adölesanlar hastaneye yattığından itibaren kurallar net şekilde belirlenmeli, ameliyat öncesi veya ameliyat sonrası alanda telefon bulundurabileceği hatırlatılmakla birlikte, sağlık ekibi tarafından soru sorulduğunda cevap vermesinin zorunlu olduğu konusunda bilgilendirilmelidir. Adölesanların en sevdikleri oyun ya da telefon uygulamasını oynaması, dikkatini dağıtmaya ve durumu normalleştirmeye yardımcı olabilir. Böylelikle endişe azaltılabilir ve ameliyat öncesi anksiyolitik ilaç gereksinimi azaltılmış olur³². Adölesanlar, ameliyata karar verme sürecinde bir rol oynamalı ve ameliyat ihtiyacı ve endikasyonlarını anlayabilmelidir. Gençler daha detaylı açıklamalardan ve görsel araçlardan faydalanabilirler. Birçok adölesan bilim ve insan vücuduyla ilgilenmektedir. Anatomi kitaplarını kullanmak, gençlerin daha rahat olmalarını ve soru sorma fırsatı bulmalarına yardımcı olabilir. Bu yaş grubu bireyler beden imgesinin değişmesi, akran reddi, sakatlık, kontrol kaybı ve ölüm korkusu gibi ortak kaygılara sahiptir²⁰. Bu kaygıları ele alırken, hemşire, gençlerin kaygılarını göz ardı etmemelidir. Adölesan hastanın soruları yanıtlanırken, dürüst olunması, uyum sağlamaya yardımcı olabilir⁵. Beden imajıyla ilgili artan endişelerden dolayı, ergenler genellikle ameliyattan sonra ortaya çıkabilecek

kozmetik etkiler konusunda çok fazla endişelidirler¹⁷. Yaralarının nasıl görüneceği endişesi cerrahi ve anestezi sürecinin yarattığı endişeden daha fazladır. Bu endişeleri yargılamadan ve minimize etmeden doğrulamak, daha etkili işbirliği sağlayabilir. Ayrıca adölesanlar için mahremiyet önemlidir. Hemşireler özellikle bu konuda çok dikkatli olmalıdır²⁰.

Gelişim Geriliği Olan Çocuklar

Tıbbi ya da cerrahi deneyimler, birçok çocuk için stresli olabilir, ancak gelişimsel gecikme veya duygusal bir bozukluğu (örneğin, otizm spektrum bozukluğu) olan çocuklar için daha zor olabilir⁵. Bir çocuk veya genç, sosyal etkileşimler ve dil gibi yalnızca bir veya iki gelişim alanında az düzeyde engelle sahip olabilir ya da bilişsel durumunu büyük ölçüde etkileyen birden fazla alanda önemli eksikliklere sahip olabilir³³. Bu nedenle hemşire, hastanın tanısına dayanarak yetenekleri hakkında varsayım yapmamalıdır⁵. Özellikle otizm spektrum bozukluğu olan çocuklarda göz önünde bulundurulması gereken, çocuğun somut düşünüyor olması ve soyut düşünceleri anlayamamasıdır. Bu çocuklarda hastaneye yatış veya cerrahi girişimler zorlu davranışlara neden olabilir. Çocuklarda, saldırganlık, öfke nöbeti, vurma, tekme, ısırma ve kazıma gibi davranışlar görülebilir³⁴. Aile merkezli bakım ilkelerini kullanmak, çocuğagirişim planlarken çok önemlidir. Çocuğa uygulanacak en etkili yaklaşımı belirlemek için önce bir ebeveyn ile özel olarak konuşmak önerilir. Ebeveynler, çocuklarının sevdikleri, hoşlanmadıkları ve tetikleyen kelimeleri ya da davranışları bilir. Böylece çocuğun uyum sağlamasına yardımcı olurlar³³. Hastanın gelişim düzeyine bağlı olarak, ayrıntılı bir hazırlık tartışması yapmak mantıklı olmayabilir. Ancak "ağrılı cerrahi nokta" veya "doktorun düzelteceği yer" ile ilgili basit resimler veya hatırlatmalar yeterli olabilir³⁴. Bazı çocuklar için, "hayır" demek öfke nöbetine sebep olabilir. Gereksiz ekipmanların mümkünse hastanın odasından çıkarılması, kullanımdan hemen önce getirilmesi önemlidir. Sesler veya ışıklar hastada zorlu davranışları tetikleyebileceğinden, çevresel uyarıların az düzeyde tutulmalıdır³⁴. Akılda tutulması gereken en iyi yöntem bireyselleştirilmiş bakımdır. Her çocuk farklıdır ve gelişimsel zorluğu olan bir hasta için uygulanan stratejiler, bir sonraki aşamada işe yarayabilir⁵.

SONUÇ

Sağlık ekibi çocuğun gelişim düzeyini anladığında, gelişim düzeyine uygun yaklaşım uyguladığında, aile üyelerini ve bakım vericileri bakıma ve karar vermeye dahil ettiğinde en uygun bakım sağlanır. Bu derlemede çocukların gelişim dönemleri, ameliyat öncesi psikolojik hazırlığın ne

zaman başlaması gerektiği ve çocukların gelişim hazırlığın sağlanmasında kullanılan yöntemler sunulmuştur. Hemşireler tarafından uygulanabilecek etkili girişimler sayesinde çocuklar ve aile üyeleri ameliyat öncesi olumlu yönde etkilenmekte ve memnuniyet düzeyleri artmaktadır. Gelecekte, ameliyat öncesi anksiyeteyi azaltmaya yönelik hazırlığın sağlanması ile ilişkili daha fazla araştırma yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Wong DL, Hockenberry Eaton M: Wong's Essential of Pediatric Nursing, s.823-931, Mosby, Inc, St Louis, Missouri (2001).
2. Sadhasivam S, Cohen LL, Szabova A et al: Real-time assessment of perioperative behaviors and prediction of perioperative outcomes. *International Anesthesia Research Society*. 2009;108(3):822-6.
3. Ünver S, Yıldırım M. Cerrahi girişim sürecinde çocuk hastaya yaklaşım. *Güncel Pediatri*. 2013;11:128-33.
4. Chow CHT, Lieshout RJV, Schmidt LA, Dobson KG, Buckley N. Systematic review: Audio visual interventions for reducing preoperative anxiety in children undergoing elective surgery. *Journal of Pediatric Psychology*. 2016;41(2):182-203.
5. Panella JJ. Preoperative care of children: Strategies from a child life perspective. *AORN Journal*. 2016;104(1):11-22.
6. Perry JN, Hooper VD, Masiongale J. Reduction of preoperative anxiety in pediatric surgery patients using age-appropriate teaching interventions. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*. 2012;27(2):69-81.
7. Yavuz van Giersbergen M: Ameliyat öncesi hemşirelik yönetimi, "Yavuz van Giersbergen M, Kaymakçı Ş (eds.): Ameliyathane Hemşireliği", kitabında s.273-295, Meta Basım, İzmir (2015).
8. Yılmaz E: Cerrahi süreç: Ameliyat öncesi hazırlık ve bakım. "Aslan FE (ed.): Cerrahi Bakım Vaka Analizleri ile Birlikte" kitabında s.319-346, Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara (2009).
9. Fortier MA, Del Rosario AM, Martin SR, Kain ZN. Perioperative anxiety in children. *Pediatric Anesthesia*, 2010;20(4):318-22.
10. Al-Sagarat AY, Al-Oran HM, Obeidat H, Hamlan AM, Moxham L. Preparing the family and children for surgery. *Critical Care Nursing Quarterly*. 2017;40(2):99-107.
11. Smith L, Callery P. Children's accounts of their preoperative information needs. *Journal of Clinical Nursing*. 2005;14(2):230-8.
12. Çiftçi EK, Aydın D, Karataş H. Cerrahi girişim uygulanacak çocukların ebeveynlerinin endişe nedenleri ve anksiyete durumlarının belirlenmesi. *J Pediatr Res*. 2016;3(1):23-9.
13. Dağlı S, Demirci M, Kavalcı A, Kol N, Şahin E, Uyanık E. Günübürlük cerrahi geçirecek çocukların ve ailelerinin ameliyat hakkında bilgilendirilmesinin preoperatif anksiyete ve postoperatif davranış değişiklikleri üzerine olan etkileri. *Journal of Anesthesia-JARSS*. 2016;24(1):13-17.

dönemine uygun şekilde ameliyat öncesi psikolojik

14. Gürol A, Binici Y. Günübürlük cerrahi geçirecek çocukların annelerinin anksiyete düzeyleri ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastanesi Dergisi*. 2017;7(1):29-38.
15. Watson, AT, Visram A. Children's preoperative anxiety and postoperative behaviour. *Pediatric Anesthesia*. 2003;13(3):188-204.
16. Aranha PR, Sams LM, Saldanha P. Preoperative preparation of children. *International Journal of Health & Allied Sciences*. 2017;6(1):1-4.
17. Harris TB, Sibley A, Rodriguez C, Brandt ML. Teaching the psychosocial aspects of pediatric surgery. *Seminars in Pediatric Surgery*. 2013;22(3):161-6.
18. Altay NC. Çocuklarda ameliyat öncesi hazırlık. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*. 2008;15(2):68-76.
19. Cimete G, Kuşuoğlu S, Çınar ND: Çocuk, hastalık ve hastane ortamı, "Konk Z, Başbakkal Z, Yılmaz HB, Bolışık B (eds.): Pediatri Hemşireliği" kitabında s.101-160, Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara (2013).
20. Difusco LA: Pediatricsurgery, "Rothrock JC (ed.): Alexander's Care of the Patient in Surgery, 15. baskı" kitabında s.1008-80, Mosby, St Louis (2015).
21. Yiğit R: Çocukluk Dönemlerinde Büyüme ve Gelişme, s.70-197, Sistem Ofset, Ankara (2009).
22. Korkmaz FD: Ameliyat öncesi uygulamalarda kanıt dayalı öneriler, "Yavuz M, Özbayır T, Korkmaz FD, Kaymakçı Ş (eds.): 6. Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi Kongre Kitabı" kitabında s.22-27, Meta Basım, İzmir (2009).
23. Kıran B, Çalık C, Esenay FI. Terapötik oyun: Hasta çocuk ile iletişimin anahtarı. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2013;2(1-2-3):1-10.
24. Uçak H, Kıvrak N. Hasta ve hasta yakınları için eğitim materyali hazırlanması; Geniz eti ve bademcik ameliyatı geçiren çocuklar ve aileleri için boyama kitapçığı. *KBB-Forum*. 2011;10(2):31-4.
25. Golan G, Tighe P, Dobija N, Perel A, Keidan I. Clowns for the prevention of preoperative anxiety in children: a randomized controlled trial. *Pediatric Anesthesia*. 2009;19(3):262-6.
26. Kain ZN, Caramico LA, Mayes LC, Genevro JL, Bornstein MH, Hofstadter MB. Preoperative preparation programs in children: a comparative examination. *Anesthesia & Analgesia*. 1998;87(6):1249-55.
27. Coşkuntürk AE, Gözen D. The effect of interactive therapeutic play education program on anxiety levels of children undergoing cardiac surgery and their mothers. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*. 2017;1-9.
28. Hatava P, Olsson GL, Lagerkranser M. Preoperative psychological preparation for children undergoing ENT operations: A comparison of two methods. *Pediatric Anesthesia*. 2000;10(5):477-86.
29. Li HCW, Lopez V. Effectiveness and appropriateness of therapeutic play intervention in preparing children for surgery: A randomized controlled trial study. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*. 2008;13(2):63-73.

- 30.
31. Wright KD, Stewart SH, Finley GA, Buffett-Jerrott SE. Prevention and intervention strategies to alleviate preoperative anxiety in children: A critical review. *Behavior Modification*. 2007;31(1):52-79.
32. Nilsson E, Svensson G, Frisman GH. Picture book support for preparing children ahead of and during day surgery. *Nursing Children and Young People*. 2016;28(8):30.
33. Lee JH, Jung HK, Lee GG, KimHY, Park SG, Woo SC. Effect of behavioral intervention using smart phone application for preoperative anxiety in pediatric patients. *Korean J Anesthesiol*. 2013;65(6):508-18.
34. Scarpinato N, Bradley J, Kurbjun K, Bateman X, Holtzer B, Ely B. Caring for the child with an autism spectrum disorder in the acute care setting. *J Spec Pediatr Nurs*. 2010;15(3):244-54.
35. Johnson NL, Rodriguez D. Children with autism spectrum disorder at a pediatric hospital: A systematic review of the literature. *Pediatr Nurs*. 2013;39(3):131-41.

KLAS III VE KLAS IV DEFORMASYONLARIN NANOKOMPOZİT BİR RESTORATİF MATERYAL İLE ESTETİK REHABİLİTASYONU: BİR OLGU SUNUMU

ASTHETIC REHABILITATION WITH A NANOCOMPOSITE RESTORATIVE MATERIAL IN CLASS III AND CLASS IV DEFORMATIONS:
A CASE REPORT

Musa Kazım Üçüncü ¹, Merve Yıldırım Üçüncü ²

¹ Musa Kazım Üçüncü , İstanbul Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Restoratif Diş Tedavisi Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

² Merve Yıldırım Üçüncü, İstanbul Bahçelievler Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi, İstanbul, Türkiye

Yazışma Adresi:

Musa Kazım Üçüncü , İstanbul Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Restoratif Diş Tedavisi Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye
E posta: musakazim.ucuncu@ogr.iu.edu.tr

Gönderim tarihi: 09 Eylül 2018

Kabul Tarihi: 23 Ekim 2018

Balikesir Sağlık Bilimleri Dergisi

ISSN: 2146-9601

e-ISSN: 2147-2238

bsbd@balikesir.edu.tr

www.bau-sbdergisi.com

ÖZ

GİRİŞ: Bu olgu sunumunda iki farklı kavite dizaynına sahip kavitelerin modern teknik ve materyaller ile estetik rehabilitasyonu ele alınmış ve işlem aşamaları şekiller eşliğinde aktarılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM: Gönüllü olarak çalışmaya katılmayı kabul eden iki farklı hastada yer alan Klas III ve Klas IV kaviteler elmas frezler yardımıyla restorasyona hazır hale getirilmiştir. Aynı tip adeziv ve bir nanokompozit restoratif materyali ile farklı matriks sistemleri kullanılarak dişlerin restorasyonları gerçekleştirilmiştir. Uygulanan materyaller üretici firmaların talimatları doğrultusunda kullanılırken, restorasyonların yapımı aşama aşama ve şekiller üzerinden anlatılmıştır. Her iki restorasyonun bitim aşamasında da aynı tip cila sistemi kullanılarak restorasyonlara son hali verilmiştir.

TARTIŞMA SONUÇ: Adeziv diş hekimliğinde yaşanan gelişmelere paralel olarak estetik restorasyonlara ilgi artmış ve kompozit materyallerin kullanımı diş hekimliği alanında oldukça yaygınlaşmıştır. Nanoteknolojinin gelişimi direkt kompozit restoratif materyallerden biri olan nano kompozitlerin üretimini sağlamış ve böylelikle özellikle anterior bölgede minimum doku uzaklaştırarak, maksimum fonksiyon, tutuculuk, dayanıklılık ve estetik elde edilebilecek restorasyonların yapımına olanak sağlamıştır.

ANAHTAR KELİMELE: Estetik restorasyon, klas III, klas IV, nanokompozit

ABSTRACT

INTRODUCTION: In this case report, rehabilitation of two different types of cavities was carried out by means of modern technical and aesthetic materials. The restoration steps were expressed step by step accompanied by photos.

MATERIALS AND METHODS: Class III and IV type cavities were prepared using diamond burs ready for restoration in two different volunteered patients. Restorations of the teeth were performed using different matrix systems same type of adhesive and a nanocomposite restorative material. Restorations were completed as expressed by manufacturer. In the final step, restorations were finished using the same type of polishing system.

DISCUSSION AND CONCLUSION: The interest in aesthetic restorations has increased in parallel with the developments in adhesive dentistry and the use of composite materials has become widespread in dentistry. The development of nanotechnology has provided the production of nanocomposites, one of the direct composite restorative materials, consequently allowing the restoration to be built up with maximum function, retention, durability and aesthetics, especially by removing the minimum tissue in the anterior region.

KEY WORDS: Aesthetic rehabilitatiton, class III, class IV, nanocomposite

GİRİŞ

Estetik restorasyonlara olan ilgi dental tedavilerde yaşanan iyileşmeler sayesinde artmış; böylelikle diş hekimliğinde kullanılan kompozit materyallerin gelişimi de kaçınılmaz olmuştur. Modern diş hekimliğinde özellikle ön bölgedeki dişlerde var olan kayıpların giderilmesi için diş rengi restoratif materyaller üzerinde ve onların kullanım alanlarını artırma adına çalışmalar yapılmıştır.¹⁻⁴

Özellikle minimal invaziv tedavi prensiplerinin ortaya çıkmasıyla en az doku kaybı ve maksimum yarar sağlanacak klinik restoratif işlemlere başvurulmaktadır. Adeziv sistemlerde yaşanan gelişmelerin de etkisiyle kompozit materyallerin kullanımı büyük madde kaybına uğramış ve protetik işlem gerektiren dişlerde bile alternatif tedavi olarak tercih edilmeye başlamıştır.⁵

Teknolojik anlamda yaşanan ilerlemeler diş hekimliği alanında da etkisini göstermiş özellikle geleneksel kompozitlerin yapısındaki değişimler daha estetik materyallerin ortaya çıkmasına katkı sağlamıştır. Kompozitlerin yapısındaki inorganik doldurucu partiküllerin nano boyutlara getirilmesi, onların mikrofil kompozitler kadar iyi cilalanabilir hale gelmesine, düşük polimerizasyon büzülmesi göstermesine ve hibrit kompozitler kadar arka ve ön bölgede mukavemet göstermesine olanak sağlamıştır. Bu sayede ön bölgede hastaların estetik ihtiyaçlarını tam olarak karşılayacak ve güvenle kullanılacak yeni bir diş rengi restoratif materyal olan nanokompozitler diş hekimlerinin kullanımına sunulmuştur.^{2,6,7}

Bu olgu sunumunda klas III ve IV deformasyonlara sahip dişlerin nanokompozit esaslı bir restoratif materyalle restorasyonları gerçekleştirilmiş ve restorasyon aşamaları sırasıyla belirtilmiştir.

GEREÇ VE YÖNTEM

OLGU 1

Üst sağ santral dişindeki estetik şikayeti nedeniyle fakültemize başvuran 25 yaşındaki kadın hastanın, tedavisi öncesinde alınan anamnezinde travma sebebiyle var olan bir fraktür tespit edildi. Yapılan klinik muayene ve radyografik inceleme sonrasında pulpa dokusunun ekspozite olmadığı; kökte kırık ve periodontal dokularda harabiyet bulunmadığı saptandı. Dişin perküsyon ve palpasyon muayenesinde negatif sonuç gözlemlendi. Hastanın estetik şikayeti dışında ağrı veya bir başka rahatsızlığının bulunmadığı tespit edildi (Şekil 1).

Şekil 1. Hastanın tedavi öncesindeki oklüzyon durumu ve kırığın görüntüsü



Hastanın en kısa sürede ve en az maliyetli bir tedaviyi tercih etmesinden ötürü restorasyonun tek seansta direkt kompozit reçine restorasyon materyali ile bitirilmesine karar verildi. Yapılan değerlendirme sonrasında renk seçimi ve ardından kırık hattının bizotaj işlemine geçilerek direkt kompozit reçine uygulanmasına başlandı.

Restorasyon aşamasına geçmeden önce ilk olarak gün ışığı altında renk seçimi yapıldı. Dişin orta 1/3'lük kısmından dentin rengi (A1D) ve kırık hattının ulaşmadığı mesioinsizal 1/3'lük kısımdan ise mine rengi (A1E) tespit edildi. Renk seçiminden sonra su soğutmalı bir aeratör ucuna takılan elmas frez ile kırık hattının bizotaj işlemi yapıldı. Frez diş yüzeyine 45°lik açıyla tutularak oluşturulan pürüzlü mine yüzeyi restorasyonun bağlanma yüzeyi artırıldı (Şekil 2).

Şekil 2. Kırık hattı ve bizotaj işleminden sonraki görüntü



Klas IV kavitesinin son halini almasından sonra şeffaf matriks bandı kama ile dişe sabitlendi. Mine yüzeyi %37,5'lük fosforik asit (Etching Gel, Kerr, USA) ile 30 saniye etchingleme işlemine tabii tutuldu ve hava-su spreyi ile yıkandı. Ardından pamuk peletle kurutulan yüzeye universal esaslı tek şişe bir adeziv (Single Bond Universal, 3M ESPE, St Paul ABD) adeziv fırçası yardımıyla üretici

firmanın önerdiği doğrultuda 20 saniye boyunca uygulandı. 5 saniye havayla seyretildikten sonra 40 saniye süreyle 600 mW/cm² gücündeki ışık cihazıyla (Optilux 501 Halogen Curing Light, Kerr, USA) polimerize edildi. Öncelikle var olan dokuyu taklit edebilmek ve palatinal bölgedeki minenin yerini alması için translüsent bir mine tabakası (AT) (3M Filtek Ultimate, 3M ESPE, St Paul, ABD) şeffaf matrisin yardımıyla ilk tabaka olarak yerleştirildi ve aynı ışık cihazı ile polimerize edildi (Şekil 3).

Şekil 3. Translüsent mine tabakasının yerleştirilmesi



Ardından dentin (A1D) ve mine (A1E) tabakaları da sırasıyla tabakalandı ve aynı ışık cihazı ile polimerize edilerek restorasyona son hali verildi. Bitirme ve polisaj işlemleri için özel bir bitirme ve cila seti (Super-Snap Rainbow Technique Kit, Shofu, San Marcos, ABD) üretici firmanın önerileri doğrultusunda kullanılarak anatomik yüzeye özgü morfoloji elde edildi. Aynı sette yer alan interdental şerit kompozit zımparaları ile ara yüzey fazlalıkları kaldırıldı ve kontur düzeltildi. Ardından oklüzyon kontrolünde tespit edilen kompozit fazlalıkları kırmızı ve sarı bantlı elmas frezler ve aynı sette yer alan diskler yardımıyla kaldırılarak bitirme ve polisaj işlemleri noktalandı (Şekil 4).

Şekil 4. Restorasyonun tamamlanmış hali ve oklüzyondaki durumu



OLGU 2

22 yaşındaki erkek hasta sol üst anterior bölgesindeki termal hassasiyet ve estetik problem şikayetiyle fakültemize başvurdu. Alınan anamnez sonrasında herhangi bir sistemik rahatsızlığı bulunmayan hastanın oral ve radyografik muayenesi sonucu 22 numaralı dişinde klas III karakterde bir çürüğe rastlandı (Şekil 5).

Şekil 5. 22 numaralı dişin tedavi öncesindeki durumu



Kavite preparasyon işlemlerine geçmeden ve rubber dam takılmadan önce gün ışığında renk seçimi yapıldı. Ardından rubber dam ile izolasyon sağlanarak preparasyon aşamasına geçildi. Preparasyon aşamasında elmas frezler yardımıyla çürük dokusu uzaklaştırıldı. Sağlam diş dokusuna ulaşana kadar enfekte dentin su soğutmasız bir mikromotor ve çelik frez yardımıyla kaldırıldı. Dişin bukkal kısmındaki kavite çevresi kırmızı bantlı bir alev uçlu frez yardımıyla kontrollü bir şekilde bizote edilerek restorasyon-diş yüzeyinin daha geçişken ve daha tutucu olması hedeflendi (Şekil 6).

Şekil 6. Rubber dam altında metal matris bandının kama ile dişe sabitlenmesi



Kaviteye son hali verildikten sonra restorasyon aşamasına geçildi. İyi bir ara yüz konturu ve gingival uyum oluşturabilmek için metal bir bölümlü matris bandı tahta kama yardımıyla 21 ve 22 numaralı dişlerine arasına yerleştirildi. Ardından diş 30 saniyelik %37,5'lük etchingleme (Etching Gel, Kerr, ABD) işlemini takiben hava-su spreyi ile yıkandı ve pamuk peletle kurutuldu. Kurutulan yüzeye universal esaslı tek şişe bir adeziv

(Single Bond Universal, 3M ESPE, St Paul ABD), adeziv fırçası yardımıyla üretici firmanın önerdiği doğrultuda 20 saniye boyunca uygulandı. 5 saniye havayla seyretildikten sonra 40 saniye süreyle 600 mW/cm² gücündeki ışık cihazıyla (Optilux 501 Halogen Curing Light, Kerr) polimerize edildi. Adeziv işlemlerin tamamlanmasının ardından restorasyon sırasıyla dentin (A2D) ve mine (A2E) tabakalarının (3M Filtek Ultimate, 3M ESPE, St Paul, USA) uygulanmasıyla bitirildi (Şekil 7).

Şekil 7. Restorasyonun tamamlanmış hali



Diskler ve interdental kompozit şerit zımparalar (Super-Snap Rainbow Technique Kit, Shofu, San Marcos, ABD) üretici firmanın önerisi doğrultusunda kullanılarak bitirme ve polisaj işlemleri tamamlandı (Şekil 8).

Şekil 8. Bitirme ve polisaj işlemlerinden sonra genel ağız görüntüsü



TARTIŞMA

Bu olgu sunumunda anterior bölgede yer alan klas III ve klas IV deformasyonların nanokompozit esaslı bir kompozit reçine materyali ile restorasyonu ele alınmıştır.

Ön bölgedeki dişlerin renk, morfoloji ve konum bozuklukları hastalarda estetik, psikolojik ve sosyal problemlere yol açabilmektedir. Daha önceleri estetik beklenti hastalar için geri planda kalan bir etmenken; günümüzde bu beklenti artmış ve bununla birlikte doğal dişi en iyi şekilde taklit edebilmek için doğru teknik ve materyalin kullanımı hekimler için önem kazanmıştır.^{8,9} Günümüzde endüstriyel alanda yaşanan gelişmeler ile nanoteknoloji diş hekimliğine giriş yapmış ve kompozit reçine materyallerinin yapısında değişimler yaşanmıştır. Restoratif materyallerin tüm olumlu yapıları tek bir materyalde toplanmaya çalışılmış ve nanokompozit restoratif materyaller diş hekimlerinin kullanımına sunulmuştur. Bu sayede materyalden beklenebilecek estetik, düşük polimerizasyon büzülmesi, çiğneme kuvvetlerine direnç gibi özellikler tek bir materyalde toplanarak özellikle anterior bölgede daha üst düzey performans gösteren restorasyonların elde edilmesi hedeflenmiştir.^{2,10,11} Diş yüzeyinde minimal preparasyona imkan tanıyan direkt kompozit reçine uygulamaları, lokal anesteziye gerek duyulmadan işlemlerin tek seansta tamamlanabildiği bir uygulamadır. Diğer restorasyon tiplerine göre hastaya maliyetinin daha az oluşu sebebiyle oldukça tercih edilir hale gelmiştir.^{12,13} Minimal diş dokusu uzaklaştırılarak yapılan direkt kompozit reçine restorasyonlarında tedavi süresinin azlığı ve işlemlerin kolaylığı; aynı zamanda indirekt restoratif materyaller gibi bir adezyon işlemi yer almadığından kenar sızıntısı riskinin az olması bu restorasyonların önemli avantajları olarak kabul edilebilir.^{14,15} Ekonomik açıdan ele alındığında direkt restorasyonların indirekt restorasyonlara göre daha ucuz olması ve kompozit materyalin tamir imkanının seramik materyallere göre daha kolay yapılması bir başka avantaj olarak belirtilmektedir.^{16,17} Klas IV gibi büyük lezyonların tedavisinde direkt kompozit reçinelerin düşük başarısızlık oranları ve klinik performanslarının yüksek oluşu; materyalin hekimlere iyi bir seçenek olarak sunulmasına olanak sağlamaktadır.¹⁸ Olgu 1 de yer alan fraktür direkt kompozit reçine materyal ile tedavi edilmiştir. Hastanın tedavi için ayırabileceği zaman ve maddi imkanının yetersizliğinden ötürü indirekt yöntemlerle (silikon rehber tekniği, wax-up vb.) restorasyonu gerçekleştirme imkanı kalmamış ve ara seans ortadan kaldırılmıştır. Şeffaf bir matriks, silikon rehber tekniğindeki benzer olarak kama yardımıyla dişin palatinal kısmından sabitlenmiş ve sonrasında tabakalama işlemleri gerçekleştirilmiştir. Estetik ve diş dokusuyla renk bakımından uyumlu bir restorasyon yapabilmeyi esas sağlayan etken dentin renginin doğru seçimidir.¹⁹ Dentin rengini belirlemek için yararlanılan dentin dokusunun kendinden (intrinsik) ve kendi dışından kaynaklanan (extrinsik) faktörlerden en az derecede

etkilenmiş olması önemlidir. Dişin servikal 1/3'ünde yer alan gingival dokular (ekstrinsik); insizal 1/3'ün deki opasite ve translüsentlik (intrinsik) sebebiyle dentin renginin belirlenmesi tüm bu faktörlerden en az etkilenen orta 1/3'lük kısımdan yapılır.²⁰ Direkt kompozit reçine restorasyonunun kaybolan estetik ve fonksiyonel özellikleri geri kazandırabilmesi için klinisyenin hem teknik hem de sanatsal bir yeteneğe sahip olması gerekmektedir.²¹ Kompozit restorasyonların uzun süre klinik başarı gösterebilmesi için diş restorasyon birleşim bölgesinin sekonder çürük oluşumunu ve plak birikimini engelleyen iyi bir uyum içinde olmasına dikkat edilmelidir. Ara yüzeylerde özellikle diş etine yakın bölgelerdeki anterior restorasyonlarda herhangi bir kompozit çıkıntısının kalması hastaların o bölgeyi etkin bir şekilde temizleyememesine neden olmakta ve plak birikimini artırmaktadır. Böylelikle hastaların ağız-diş sağlıkları tehlikeye girmektedir.²² Olgu 2 de yer alan klas III deformasyonun direkt kompozit reçine materyali ile tedavi edilmesinden önce gerekli izolasyonun sağlanması ve diş etinin restorasyon bölgesinden uzaklaştırılması için rubber dam kullanılmış, iyi bir diş-restorasyon uyumu sağlayabilmek adına bölümlü metal matriksten faydalanılmıştır. Kama yardımıyla kendinden konturlu bir matriksin iki diş arasına yerleştirilmesi sonrasında daha rijit bir yapı elde edilmiş böylelikle iyi bir ara yüz konturu ve restorasyon-diş-diş eti uyumu oluşturulmuştur.

SONUÇ

Bu olgu sunumunda hastaların sosyal ve ekonomik beklentileri ve tedavi gereksinimleri dikkatlice değerlendirilerek uygun teşhis ve uygulama tekniğinin seçilmesi ve en doğru tedaviyi gerçekleştirme amacı güdülmüştür. Klas III ve IV deformasyonların tedavisinde direkt kompozit restorasyonların uzun dönem başarısı hastanın hekimiyle kooperasyonu ve ağız motivasyonunun yüksek oluşu; aynı zamanda doğru endikasyon ve materyal seçimiyle ilişkilidir.

KAYNAKLAR

1. Brunthaler A, König F, Lucas T, Sperr W, Schedle A. Longevity of direct resin composite restorations in posterior teeth. *Clin Oral Investig* 2003;7(2):63-70.
2. Chen MH. Update on dental nanocomposites. *J Dent Res* 2010;89(6):549-560.
3. Devoto W, Pansecchi D. Composite restorations in the anterior region: clinical and aesthetic performances. *Pract Proced Aesthet Dent* 2007;19(8):465-470.

4. Robinson S, Nixon PJ, Gahan MJ, Chan MF. Techniques for restoring worn anterior teeth with direct composite resin. *Dent Update* 2008;35(8):551-552, 555-558.

5. Castelnovo J, Tjan AH, Phillips K, Nicholls JI, Kois JC. Fracture load and mode of failure of ceramic veneers with different preparations. *J Prosthet Dent* 2000;83(2):171-80.

6. Jang CM, Seol HJ, Kim HI, Kwon YH. Effect of different blue light-curing systems on the polymerization of nanocomposite resins. *Photomed Laser Surg*. 2009;27(6):871-876.

7. Terry DA. Direct applications of a nanocomposite resin system: Part 1-The evolution of contemporary composite materials. *Pract Proced Aesthet Dent*. 2004;16(6):417-422

8. Backman B, Holm AK: Amelogenesis imperfecta: prevalence and incidence in a northern Swedish county. *Community Dent Oral Epidemiol* 1986;14(1):43-7.

9. Lee YK, Lim BS, Kim CW. Effect of surface conditions on the color of dental resin composites. *J Biomed Mater Res* 2002;63(5):657- 63.

10. Davis N. A nanotechnology composite. *Compend Contin Educ Dent*. 2003;24(9):665-667.

11. Mitra SB, Wu D, Holmes BN. An application of nanotechnology in advanced dental materials. *J Am Dent Assoc*. 2003;134(10):1382-1390.

12. Chiche GJ, Pinault A: Esthetics of anterior fixed prosthodontics, s.42-46, Quintessence Int., Chicago (1994).

13. Kıvanç BH, Arısu HD. Direkt kompozit rezin venerlerle diastema kapatılması: Olgu raporu. *Ado Klinik Bilimler Dergisi* 2009;3(1):285-8

14. Hemmings WK, Darbar UR, Vaughan S. Tooth wear treated with direct composite restorations at an increased vertical dimension: Results at 30 months. *J Prosthet Dent* 2000;83(3): 287-93.

15. Wilson NHF, Mjör IA. The teaching of Class I and Class II direct composite restorations in European dental schools. *J Dent* 2000;28(1):15-21.

16. Magne P, Belser UC. Porcelain versus composite inlays/ onlays: effects of mechanical loads on stress distribution, adhesion, and crown flexure. *Int J Periodontics Restorative Dent* 2003 Dec; 23(6):543-55.

17. Berksun S, Kedici PS, Sağlam S. Repair of fractured porcelain restorations with composite bonded porcelain laminate contours. *J Prosthet Dent* 1993 May;69(5)457-8

18. Romero MF, Grant JA, Todd M. Restoration of a large class IV fracture using direct composite resin: A clinical report. J Prosthet Dent 2017 Oct;118(4):447-451.

19.Fahl N Jr (2006) A polychromatic composite layering approach for solving a complex class IV/direct veneerdiastema combination: Part I Practical Procedures & Aesthetic Dentistry 18(10) 641-645; quiz 646.

20.Romero MF, Haddock FJ, Freites AG, Brackett WW, Brackett MG. Restorative technique selection in class IV direct composite restorations: A simplified Method. Oper Dent 2016 May-Jun;41(3):243-8.

21.Mackenzie L, Parmar D, Shortall AC, Burke FJ. Direct anterior composites: a practical guide. Dent Update 2013 May;40(4): 297-9, 301-2, 305-8 passim.

22.Willhite C. Diastema closure with freehand composite: controlling emergence contour. Quintessence Int 2005;36(2):138-40.

KORONER ARTER HASTALIĞI TANISI İLE İZLENEN BİREYİN OREM'İN ÖZ BAKIM YETERSİZLİK KURAMI'NA GÖRE BAKIMI (OLGU SUNUMU)

THE CARE OF INDIVIDUAL FOLLOWED WITH A DIAGNOSIS OF CORONARY ARTERY DISEASE ACCORDING TO OREM'S SELF-CARE DEFICIT THEORY (A CASE REPORT)

Fatma Tok Yıldız¹, Mağfiret Kaşıkçı²

¹ Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Sivas/Türkiye

² Erzurum Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Erzurum/ Türkiye

Yazışma Adresi:

Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, 58140 Sivas/Türkiye
E posta: fatmatok@yahoo.com

Gönderim tarihi: 28 Ekim 2018

Kabul Tarihi: 3 Aralık 2018

Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi

ISSN: 2146-9601

e-ISSN: 2147-2238

bsbd@balikesir.edu.tr

www.bau-sbdergisi.com

Öz

Morbidite ve mortalitenin yüksek olması, üretken yaş grubunda daha sık görülmesi, maliyetin yüksek olması ve gelişebilecek komplikasyonlardan dolayı koroner arter hastalığı (KAH) önemli bir sağlık sorunudur. Sağlığın korunması, geliştirilmesi, hastalıkların önlenmesi, sağlığın yeniden kazanılması ve baş etmeyi kolaylaştırmada sağlıklı/ hasta birey, aile ve topluma yardım etmede hemşire oldukça önemli role sahiptir. Orem'e göre hemşirelik, yardım veya rehberliğe gereksinimi olan kişilere bilimsel bilgi doğrultusunda hemşireler tarafından verilen hizmettir. Bu olgu sunumu miyokart infarktüsü (MI) tanısı ile koroner yoğun bakım ünitesine (KYBÜ) yatırılan 46 yaşında bayan hasta da Orem'in Öz Bakım Yetersizlik Modeli kullanılarak veri toplamak, bakımı planlamak, değerlendirmek ve hastanın öz bakım gücüne etkisini belirlemek amacıyla gerçekleştirildi. Çalışmanın sonucunda KAH tanısı alan bireyin sağlığını korumaya ve geliştirmeye yönelik yaşam biçiminde gerekli değişiklikleri yapmasında Orem'in Öz Bakım Yetersizlik Modeli'ne göre verilen bakım etkili olduğu söylenebilir.

ANAHTAR KELİMELEER: Orem'in Öz Bakım Yetersizlik Modeli, KAH, hemşirelik, bakım, olgu sunumu

ABSTRACT

Coronary artery disease (CAD) is a major health problem due to high morbidity and mortality rates, more frequent occurrence in the productive age group, high cost, and complications that may develop. The nurse plays a very important role in helping the healthy/sick person, family and community to protect and improve health, prevent diseases, regain health and facilitate coping. According to Orem, nursing is a service provided by nurses to those who need help or guidance in accordance with scientific knowledge. This case report was carried out to collect data, plan and evaluate the care and determine the effect on self-care of the patient by using Orem's Self-Care Deficit Theory in a 46 year-old female patient diagnosed with myocardial infarction (MI), who was hospitalized in the coronary intensive care unit (CICU). As a result of the study, the care provided with Orem's Self-Care Deficit Theory can be said to be effective in making the necessary changes in the lifestyle of the person diagnosed with CAD to maintain and improved the health.

KEY WORDS: Orem's Self-Care Deficit Theory, CAD, nursing, care, case report

GİRİŞ

Koroner arter hastalığına (KAH) 2017 yılında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından dünya genelinde ilk 10 ölüm nedeni arasında yer vermiştir. Aynı zamanda da DSÖ KAH ve inmeyi 2015 yılında 15 milyon insanın ölümüne neden olduğu için dünyanın en büyük katilleri olarak adlandırmıştır. ¹ DSÖ 2014 Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Global Raporuna göre 2012 yılında dünyada 56 milyon ölümün 7.4 milyonun, Türkiye'de ise 422.000 ölümün 198.340'nun nedenin KAH' dan kaynaklanan ölümler olduğu bildirmektedir. ² Miyokarda olan kan akımının azalması ile iskemi ortaya çıkar ve bunun sonucunda göğüs ağrısı (anjina pectoris- AP), iskemi ileri düzeyde ise miyokart hücrelerinin ölümü sonucu akut miyokart infarktüsü (AMI) gelişebilir.³⁻⁵ KAH, ^{4, 6, 7} bireyin yaşamına getirdiği pek çok fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik problemler nedeni ile yaşam sürecini ve sağlığa uyumunu etkilemektedir. Bu etkiler nedeniyle, KAH bireylerin öz bakım sorumluluklarını yerine getirmesini engellemekte ve yaşam kalitelerini düşürmektedir. ^{4, 8-18} KAH tanısı alan hastaların öz bakım sorumluluklarının artırılması konforlarını, fonksiyonel yeteneklerini, hastalık sürecini ve yaşam kalitesini etkilemesi açısından oldukça önemlidir. Hemşirelik uygulamalarında model kullanımı hemşirenin tıbbi uygulamalara değil hemşirelik uygulamalarına odaklanmasını sağlayarak bakımı sistematize eder. Aynı zamanda hemşirelere ne yapılacağı ve neden yapılacağı konusunda rehberlik ederek, mesleki bilgiyi kavramsal bir çerçevede örgütler. Böylelikle hizmet sunumunda ekonomi sağlayarak hizmetin etkinliğini artırır. ¹⁹⁻²² Orem'e göre öz bakım bireyin yaşamını, sağlık ve iyiliğini korumak için kendine düşeni yapmasıdır. ^{19, 21, 23-25} Orem hemşirenin birey adına davranma ya da yapma, rehberlik etme, destek olma, gelişmesini sağlayıcı bir çevre oluşturma ve eğitimi ile bireye yardım edebileceğini belirtir, ^{22(s.24-27), 19-21, 23-27} KAH'da değiştirilebilir risk faktörlerinin etkisinin yüksek olduğu, etkili risk faktörü yönetimi ile morbidite ve mortalite hızının önemli düzeyde azaltılabileceği, yaşam tarzında olumlu değişiklikler olacağı ve bireyin yaşam kalitesi ve sağlığında iyileşmenin gerçekleşeceği ön görülmektedir. ^{8-10, 15, 28-31}

Bu olgu sunumu Miyokart Infarktüsü (MI) tanısı ile hastaneden yatan bir hastada Orem'in Öz Bakım Yetersizlik Modeli kullanılarak veri toplamak, bakımı planlamak ve değerlendirmek ve hastanın öz bakım gücüne etkisini belirlemek amacıyla gerçekleştirildi.

GEREÇ VE YÖNTEM

Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Etik Kurul'undan etik kurul ve kurum izni alınan çalışma; KAH çeşitlerinden MI tanısı ile acilden Koroner Yoğun Bakım Ünitesine (KYBÜ) ileri tetkik, tedavi ve bakım için yatırılıp yapılan bireylerden öz bakım gücü en düşük olan (Öz Bakım Gücü Ölçeği puanı 53), çalışma hakkında bilgilendirilerek yazılı ve sözlü onamı alınan hasta ile gerçekleştirildi. Olgu sunumuna alınan hastanın izlemi 04- 29 Mayıs 2015 tarihleri arasında hastanede (3 gün koroner yoğun bakım, 5 gün kardiyoloji servisi) ve taburculuk sonrası 2. haftada yapılan poliklinik kontrolünde yapıldı. Olgu sunumunda araştırmacılar tarafından literatür bilgisine dayanılarak geliştirilen Hasta Tanıtım Formu ^{4, 9, 10, 14, 32}, Orem'in Öz Bakım Yetersizlik Modeli'nin Hemşirelik Sürecine uygulandığı Hasta Tanılama Formu ²⁴ ve Öz Bakım Gücü Ölçeği³³ kullanıldı. Hasta Tanıtım Formu: bireyin yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, mesleği, ekonomik durumu gibi demografik özellikleri, eşlik eden hastalıklar, kullanılan ilaçlar, hastalığa ilişkin risk faktörlerini belirlemeye yönelik genel bilgileri içeren 26 sorudan oluşmaktadır. ^{4, 9, 10, 14, 32} Hasta Tanılama Formu: geçmiş tıbbi tanı varlığı, mevcut tıbbi tanı, evde sürekli kullanılan ilaç, alerji durumu, bireyin durumu/ hastalıkla ilgili beklentileri, solunum, dolaşım, nabız, kan basıncı, kilo, günlük sıvı alımı, varsa özel diyeti, bireyin neler yapabildiği, beden imajı, benlik saygısı, ağrı ya da diğer duyguları, iletişim durumunu vb. bireyin evrensel, gelişimsel ve sağlıktan sapma öz bakım gereksinimlerini belirlemeye yönelik sorulardan oluşmaktadır. ²⁴ Öz Bakım Gücü Ölçeği: Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Pınar (1995) tarafından yapılan bireylerin kendi kendine bakma yeteneklerini belirlemek amacıyla kullanılmaktadır. Öz Bakım Gücü Ölçeği'nden alınan toplam puanın yüksek olması hastaların öz bakımını gerçekleştirmede bağımsız ve yeterli olduğunu göstermektedir. Türkçe formunda 35 ifade bulunmakta ve her bir ifade 0'dan 4'e kadar değişebilen puanlarla değerlendirilmektedir. Puanlama; 0 (beni hiç tanımlamıyor), 1 (beni pek tanımlamıyor), 2 (fikrim yok), 3 (beni biraz tanımlıyor), 4 (beni çok tanımlıyor) şeklinde sıralanmıştır. Ölçekte sekiz ifade (3, 6, 9, 13, 19, 22, 26 ve 31) negatif olarak değerlendirilmekte ve puanlama ters döndürülmektedir. Değerlendirme toplam 140 puan üzerinden yapılmaktadır. 82 puan altı düşük, 82- 120 puan orta, 120 puanın üstü yüksek olarak değerlendirilmektedir.³³

Olgu

Olgu, 46 yaşında bayan olup, yaklaşık 2 aydır sol kolunda, sırtında, göğsünde, midesinde, çenesinde ağrı ve solunum sıkıntısı şikâyetiyle 4 kez devlet hastanesi aciline başvurmuş. Acilde mide koruyucu ilaç yapılarak taburcu edilen hasta şikâyetlerinin daha da artması nedeniyle üniversite hastanesi aciline başvurarak MI tanısı ile KYBÜ yatışı yapılmıştır. KYBÜ yatışı yapılan hastanın kabulünden itibaren Orem'in Öz Bakım Yetersizlik Modeli kapsamında evrensel, gelişimsel ve sağlıktan sapma öz bakım gereksinimlerine yönelik verileri toplanmış, öz bakım gücü ölçülmüş (ilk görüşme ve son görüşme), hemşirelik tanıları belirlenmiş, planlanmış, uygulanmış ve değerlendirilmiştir. Hastadan elde edilen veriler:

Evrensel öz bakım gereksinimleri:

Solunumu 21/dk (O2 desteği ile); nabız 72/dk ritmik, dolgun; TA 115/76 mm/Hg (monitöre bağlı); vücut sıcaklığı 36.8°C; cilt ve dudaklar soluk, cilt kuru ve siyanotik görünümde, göğüs, mide ve çenede ağrı mevcut, CK:805, Troponin:14.55, LDL:233 mg/dl, HDL: 38 mg/dl, Total Kolesterol:291mg/dl, Trigliserid:292 mg/dl, BKİ 30, günlük sıvı tüketimi 1800 ml/, biyolojik ritim 07.30-24.00/01.00; hipertansiyon ve diyabete yönelik diyetini uygulamamaktadır; aralıklı konstipasyon (hemoroid operasyonu geçirmiş) mevcut, terlemeye bağlı sık sık duş almaktadır, cinsel olarak aktif ancak isteksiz olduğu ve geceleri en az 2 kez idrar yapmak için kalktığını ifade etmektedir.

Gelişimsel öz bakım gereksinimleri:

Hasta, 17 yaşında evlenmiştir. Evleninceye kadar köyde yaşamıştır. Evlendikten sonra 19 yıl boyunca köy ve ilçede yaşamıştır. Üç çocuk annesi olan hasta, çocukların okulu nedeni ile son 10 yıldır da il merkezinde yaşamaktadır. Sosyal ilişkileri iyi olan hasta, 2 çocuğunun öğrenci olması nedeniyle aile bütçesine katkı sağlamak için ev temizliğine gitmektedir. Hastanın 10 yıldır hipertansiyon, 4 yıldır diyabeti mevcuttur. Hasta, bu hastalıklara yönelik ilaç ve diyet tedavisine uymamakta, kontrollerini yeterince önemsememektedir. Stresli bir kişilik yapısına sahip olan hasta 27 yıldır 1 paket/gün sigara tükettiğini ve karşılaştığı sorunlarla baş etmesi gerektiğinde yöntem olarak sigara içtiğini ifade etmektedir.

Sağlıktan sapma öz bakım gereksinimleri:

Hasta, 2 aydır var olan, son 2 haftada artan ağrıları ve solunum sıkıntısı nedeniyle kendisi, ailesi ve çevresi ile ilgili rollerini etkin şekilde yapamadığını ve ertelediğini; rollerini etkin yapmamaya bağlı anksiyetesinin arttığını ifade etmektedir. Sürekli sigara içmek istediğini, sigara içmediği için defekasyonunu yapamadığını, yeterli su içmediğini, yemeğini yiyemediğini, uykusunun gelmediğini ifade etmektedir. Ne zaman yoğun bakımdan çıkacağını, eve ne zaman gideceğini, eski yaşamına dönüp dönemeyeceğini sorgulamaktadır. Hastaneye yatış sonrası zorunlu yatak istirahatine bağlı öz bakım gereksinimlerini etkin şekilde karşılayamamaktadır.

Tablo 1. Orem'in Öz Bakım Yetersizlik Modeli'ne göre Hastanın ÖzBakım

Gereksinimlerinin Gruplandırılması ve Hemşirelik Bakım Planı

Öz Bakım Gereksinimleri	Tanımlayıcı Özellikler ve Semptomlar	Hemşirelik Tanısı	Hemşirelik Girişimleri	Değerlendirme
Evrensel öz bakım gereksinimleri	Göğüs, mide ve çenede ağrı	Koroner arter tıkanmasına bağlı miyokart perfüzyonunun azalması ve doku iskemisi ile ilgili "akut ağrı"	<ul style="list-style-type: none"> Hasta monitöre edildi 12 derivasyonlu EKG çekildi Yaşam bulguları yakından izlendi Ağrının yeri, şiddeti, yayılımı ve özelliği belirli aralıklarla ağrı skalası kullanılarak tekrarlı değerlendirildi Yatak istirahati sağlandı Aralıklı 2-4lt/dk oksijen uygulandı Order edilen koroner vazodilatör ilaçlar uygulandı, etkileri değerlendirildi 	<ul style="list-style-type: none"> Yaşam bulguları KYBÜ'nde kaldığı sürede monitör ile saatlik takip edildi. Ortalama değerler: Solunumu 21- 24/ dk Nabız 72- 80/ dk TA 115/76- 120/ 80 mm/Hg Ağrı şiddetinin 10- 8- 5 puan aralığında değiştiği belirlendi Hasta ağrısının azaldığını ifade etti
	Cilt, dudaklarda soluk, kuru, siyanotik görünüm, solunum sıkıntısı	Sol ventrikül işlev yetersizliği sonucu akciğerlerde sıvı birikimine bağlı "Gaz alışverişinde bozulma"	<ul style="list-style-type: none"> Aralıklı 2-4lt/dk Oksijen uygulamasına devam edildi Solunum sayısı ve özelliği değerlendirildi Arteriel kan gazı takibi yapılarak hekim ile işbirliği sağlandı Yatak başı 30-45 ° yükseltildi Aldığı, çıkardığı takibi yapıldı Kan basıncı takibi yapıldı 	<ul style="list-style-type: none"> KYBÜ'nde kaldığı sürede Solunum sayısı 21- 24/dk aralığında değiştiği belirlendi Kan gazı PaO₂:80 mmHg (1 kez alındı) SaO₂:%90- 95 (pulse oksimetre cihazı ölçüm değer aralıkları) Aldığı: 1200cc Çıkarıldığı 800cc+ Gizli kayıp solunum 200cc+ terleme(+++) Total +200cc TA 115/76- 120/ 80 mm/Hg
	Cilt, dudaklarda soluk, kuru, siyanotik görünüm	Sol ventrikül işlev yetersizliği sonucu ve kardiyak outputta azalmaya bağlı "Periferik doku perfüzyonunda bozulma"	<ul style="list-style-type: none"> Periferik nabızlar aralıklı değerlendirildi Cilt ısı, rengi aralıklı değerlendirildi Aralıklı 2-4lt/dk Oksijen uygulamasına devam edildi Yatak istirahati sağlandı Kan basıncı takibi yapıldı Aldığı, çıkardığı takibi yapıldı 	<ul style="list-style-type: none"> KYBÜ'nde kaldığı sürede Periferik nabızlar mevcut Cilt, dudaklar nemli ve siyanoz yok Hastanın yatak istirahatını uyuştuğu gözlemlendi Kan basıncı: 115/76- 120/ 80 mm/Hg Aldığı: 1200cc Çıkarıldığı 800cc+ Gizli kayıp solunum 200cc+ terleme(+++) Total +200cc
	LDL:233 mg/dl, HDL: 38 mg/dl, Total Kolesterol:291 mg/dl, Trigliserid:292 mg/dl, Bk1 30 kg/m ²	HT, DM, KAH süreci, sigara kullanımı ve tedaviye uyumsuzluk ilgili "Bilgi eksikliği"	<ul style="list-style-type: none"> Hasta KYBÜ'nden kardiyoloji servisine nakil edildiğinde KAH nedir, oluşma nedenleri nelerdir, değiştirilemez ve değiştirilebilir risk faktörleri nelerdir, tedavi sürecinde nelere dikkat edilmesi gerektiğine yönelik bilgileri içeren eğitim verildi Taburculuk süreci gerçekleşene kadar geçen sürede hasta tekrarlı ziyaret edilerek eğitimin pekiştirilmesi sağlandı Hasta ile taburculuk sonrası 2 kez telefon ile ve 1 kez poliklinikte olmak üzere 3 görüşüme yapılıp KAH'a yönelik bilgi düzeyi yükseltilmeye çalışıldı 	<ul style="list-style-type: none"> Hasta KAH'a yönelik anlatımları doğru bir şekilde tekrarladı ve uygulayacağını ifade etti Hasta tekrarlı ziyaretlerde ve taburculuk sonrası görüşmelerde (2 telefon, 1 poliklinik) anlatımları doğru bir şekilde tekrarladı ve anlamadığı noktaları sorarak yanıtları etkin bir şekilde dinledi
	Eğitim sırasında eşinin "İlişkiye ne zaman girebiliriz, hastaneden çıkınca olmaz mı? 6 hafta çok uzun bir süre" ifadesine karşı "Aman istemem, ağrı olur, nefesim daralır, şimdilik dursun" cevabı	MI geçirme, dispne, göğüs ağrısı yaşama korkusu, isteksizlik ile ilgili "Cinsellik örüntülerinde etkisizlik"	<ul style="list-style-type: none"> Daha önceki cinsel yaşamına ilişkin öykü alındı MI sonrası cinsel ilişkiye ne zaman başlayabileceği hakkında doktoru ile konuşarak (6 hafta) hasta ve eşine bilgi verildi. Eşinin de cinsel ilişki konusunda gerekçeleri anlaması sağlanarak, eşine destek vermesi sağlanmaya çalışıldı 	<ul style="list-style-type: none"> Hasta ve eşi cinsel ilişkiye başlama zamanı, cinsel ilişki öncesi ve sırasında yapması gerekenlere yönelik anlatımları etkin bir şekilde dinledi Cinsel ilişkiye yönelik sorular sordu Cinsel ilişkiye yönelik anlatılan bilgileri anladıklarını ifade etti

Tablo 1. Devam'

Öz Bakım Gereksinimleri	Tanımlayıcı Özellikler ve Semptomlar	Hemşirelik Tanısı	Hemşirelik Girişimleri	Değerlendirme
Gelişimsel öz bakım gereksinimleri	<ul style="list-style-type: none"> "Son 2 aydır arkadaşlarımla görüşmüyorum, çok yoruluyorum"; "sürekli evde kalıyorum, nefesim daralıyor, yürüyünce geride kalıyorum, gidemiyorum" 	<ul style="list-style-type: none"> KAH süreci, dispne, yorgunluk ile ilgili "Sosyal izolasyon" 	<ul style="list-style-type: none"> KAH sonrası tedavi ve hastalığa uyum sürecine ilişkin bilgilendirme yapıldı. Uygulanan tedavi ve taburculuk sonrası verilecek olan tedavi sürecinin etkin uygulamasının hastanın eski sosyal yaşamına dönmesini kolaylaştıracağı açıklandı. Hastanın taburculuk sonrası tedavi rejimine uyumunun önemi tekrar vurgulandı 	<ul style="list-style-type: none"> Hasta hastalık süreci, tedavi ve taburculuk sürecine ilişkin anlatımları anladığını ve uygulayacağını ifade etti Hastaya yapılan tekrarlı ziyaretler esnasında akrabaları ve arkadaşlarının ziyaretine geldiği gözlemlendi Hastanın telefonlara cevap verdiği gözlemlendi Taburculuk sonrası yapılan görüşmelerde hasta rahatladığı ve yavaş yavaş sosyalleşmeye başladığını ifade etti
	<ul style="list-style-type: none"> "Evin işlerini yapamıyorum, yemek yapamıyorum"; "Düzenli temizliğe gidiyordum, gidemiyorum." 	KAH süreci, dispne, yorgunluk ile ilgili "Rollerde değişim"	<ul style="list-style-type: none"> Hastanın KAH'ın yaşamında neden olduğu ve neden olabileceği fonksiyon kayıplarına bağlı olarak gelişebilecek rollerde değişimin gerekçeleri eğitim içeriğinde vurgulandı. Rollerde oluşan değişimin tedavi sürecinin etkin ve doğru yönetimi ile azalabileceği ancak eski duruma tam olarak dönme ya da belirli düzeyde değişim olabilmesi için belirli bir zaman geçmesi gerektiği hastaya açıklandı 	<ul style="list-style-type: none"> Hasta rollerinde olan değişimlerin gerekçelerini ve iyileşmesinin belirli bir süreçte gerçekleşeceğini anladığını ifade etti Eşi ve oğlu eğitimler esnasında ev işlerinde yardım edeceklerini ifade etti Taburculuk sonrası görüşmelerde eşi, oğlu ve arkadaşlarının mümkün olduğunca kendisine destek olduğunu söyledi
	"2 aydır bir şey yok, mide ilacı al geçer"; "maddi olarak aileme destek olamayacağım, işe gidemeyeceğim"; "göğüs ağrım çok, nefesim yetmiyor" ifadeleri	KAH süreci, 2 aydır yaşanan göğüs ağrısı, dispne, tanılama sürecinin gecikmesi, maddi kayıp yaşama "Anksiyete"	<ul style="list-style-type: none"> Hastanın duygularını ifade etmesi için fırsat verilerek, etkin dinleme yapıldı KAH süreci ve yapılması gerekenlere yönelik verilen eğitim esnasında anksiyeteye neden olan konular hakkında hastanın kendini ifade etmesi sağlandı Hastanın takip sürecinde anksiyete yaratan nedenlere yönelik aralıklı sorular ve gerekirse bilgilendirmeler yapılarak anksiyete azaltılmaya/ giderilmeye çalışıldı 	<ul style="list-style-type: none"> Hasta, hastalık sürecinde yaşadıklarını anlatınca rahatladığını ifade etti Hastanın takip sürecince anksiyetesinin azaldığı gözlemlendi
	Sigara kullanımı 27 yıl 1 paket/gün, "Sigara her şeyim, bir tane içeyim, yemek yerim, su içerim, tuvalete çıkarım"; "Yeter ki bir tane sigara verin, bundan sonra içmem"; "3-4 tane içsem bir şey olmaz"; "şimdi Türk kahvesi, sigara ne güzel olurdu" ifadeleri	Sigara kullanımına, bağımlılığına bağlı "Etkisiz başatma"	<ul style="list-style-type: none"> Hasta yoğun bakımda, serviste ve taburculuk sonrası süreçte sigaranın zararları, KAH'lı bireye etkileri ve nasıl bırakılabileceği yönünde desteklendi 	<ul style="list-style-type: none"> Hastanın sigarayı bırakmadığı belirlendi Hasta sigara bırakma polikliniğine yönlendirildi

Tablo 1. Devam'

Öz Bakım Gereksinimleri	Tanımlayıcı Özellikler ve Semptomlar	Hemşirelik Tanısı	Hemşirelik Girişimleri	Değerlendirme
Sağlıktan sapma öz bakım gereksinimleri	<ul style="list-style-type: none"> • Dispne, aralıklı oksijen alımı (2lt/dk), dudaklarda siyanoz, göğüs ağrı, bacaklarda yorgunluk. 	<ul style="list-style-type: none"> • Koroner arter tıkanmasına bağlı miyokard perfüzyonunun azalması, sol ventrikül işlev yetersizliği sonucu "Aktivite intoleransı" 	<ul style="list-style-type: none"> • Yatak istirahati sağlandı • Monitizasyon sağlandı • Yaşam bulguları takip edildi • Öz bakım aktiviteleri yaparken desteklendi • Yapabildiği durumlarda öz bakım aktivitelerini kendisinin yapması sağlandı 	<ul style="list-style-type: none"> • Hastanın KYBÜ'nde kaldığı sürede yatak istirahatine uyduğu gözlemlendi • Yaşam bulguları: Solunumu 21- 24/ dk Nabız 72- 80/ dk TA 115/76- 120/ 80 mm/Hg • Hasta öz bakımına ilişkin yapamayacağı aktivitelerde desteklendi • Hasta öz bakımına ilişkin yapabileceği aktiviteleri kendisi yaptı
	<ul style="list-style-type: none"> • "Anlattıklarınızı biliyorum, ancak yapamıyorum"; "Bir tane sigara içeyim; daha içmeyeceğim"; "Sigara bırakırma polikliniğine başvuracağım" ifadeleri. İlk Öz Bakım Gücü puanı:53 	<ul style="list-style-type: none"> • HT, DM, KAH süreci, sigara bağımlılığı ve tedaviye uyumsuzluk ile ilgili "Öz bakımda güçlendirmeye hazır oluş" 	<ul style="list-style-type: none"> • Hastanın öz bakım gücü değerlendirildi • Hastanın takibi sürecinde eğitim içeriği gereksinimleri doğrultusunda tekrarlanarak öz bakımı güçlendirilmeye çalışıldı • Yetersizliği olduğu düşünülen konularda profesyonel destek alması için önerilerde bulunuldu 	<ul style="list-style-type: none"> • Son Öz Bakım Gücü puanı:70 • Hastanın öz bakımını yerine getirebildiği belirlendi • Hastanın öz bakım gücünü daha da arttırmaya yönelik yapması gereken uygulamalar tekrarlandı
	Süreklili olarak "şimdi evde ne yapıyorlar, kızlarım il dışında gelmeseler, çocuklarının hayatını olumsuz etkileyeceğim, kızımın yazın düğünü var ne yaparım" ifadelerini kullanması	KAH sürecine bağlı "Aile içi süreçlerde değişim"	<ul style="list-style-type: none"> • Hastanın hastane yatışının belirli bir zaman alacağı bu süreçte uygun olduğunda il dışında olan kızı ile telefonda konuşması sağlandı • Tedavi ve rehabilitasyon süreci hakkında bilgilendirme yapıldı • Hastane ve taburculuk sonrası süreçte tedaviye uyumunun önemi hastaya anlatıldı • Hastaneye yatış ve taburculuk sonrası rollerde değişim olabileceği, bu değişimin bireyin kendi öz bakım gücünü arttırması ile desteklendiğinde rollerini yerine getirebileceği vurgulandı 	<ul style="list-style-type: none"> • Hastanın kızı ile konuştuktan sonra rahatladığı gözlemlendi • Hasta kızı ile konuştuktan sonra rahatladığını ifade etti • Hasta tedavi, rehabilitasyon ve taburculuk sürecine ilişkin anlatılanları anladığını ve uygulayacağını ifade etti • Hastanın süreçte eşi, çocukları ve arkadaşları tarafından desteklendiği • Hastanın öz bakım gücünü zaman arttığı gözlemlendi

TARTIŞMA

KAH dünyada ve ülkemizde en önemli morbidite ve mortalite nedenlerinden ilk sırada yer almaktadır.³⁴ Bireylerin yaşamına getirdiği pek çok fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik sorunlardan dolayı KAH bireylerin yaşam sürecini, sağlığa uyumunu ve hastalık süreçlerini olumsuz yönde etkilemektedir. ^{4, 8-12, 14, 17, 18} Orem'in Öz Bakım Modeli'ne göre bireyin yaşamını, sağlık ve iyiliğini korumak için yaptığı öğrenilmiş davranışlar öz bakım olarak tanımlanmakta olup ¹⁹⁻²⁷, öz bakım kronik hastalığı olan bireylerin hastalık yönetiminde oldukça önemlidir. ¹⁴ Çalışmamızda veriler Orem'in Öz Bakım Yetersizlik Modeli kapsamında hastanın KYBÜ'ne kabulünden taburculuk sürecine kadar geçen sürede toplandı. Elde edilen veriler evrensel, gelişimsel ve sağlıktan sapma öz bakım gereksinimleri doğrultusunda değerlendirilerek bireye özgü hemşirelik tanıları belirlendi, hemşirelik girişimler uygulandı ve değerlendirildi. Evrensel öz bakım gereksinimleri kapsamında: akut ağrı, gaz alışverişinde bozulma, periferik doku perfüzyonunda bozulma, bilgi eksikliği ve cinsellik örüntülerinde etkisizlik tanıları belirlendi. Gelişimsel öz bakım gereksinimleri kapsamında: sosyal izolasyon, rollerde değişim, anksiyete ve etkisiz baş etme tanıları tespit edildi. Sağlıktan sapma öz bakım gereksinimleri kapsamında: aktivite intoleransı, öz bakımda güçlendirmeye hazır oluş ve aile içi

süreçlerinde değişim tanıları saptandı. Orem'in Öz Bakım Modeli'ne göre verilen bakımın etkisiz baş etme hemşirelik tanısı dışındaki tanılarda etkili olduğu ve hastanın öz bakım gücünün arttırdığı (Öz bakım gücü ilk değer 53, son değer 70) görülmektedir. Literatürde Orem'in Öz Bakım Modeli'nin farklı kronik hastalıklarda bakımda kullanıldığı pek çok çalışma mevcuttur. MI geçiren bireylerde öz bakım odaklı hemşirelik bakım uygulamalarının bireylerin beslenme öz bakımlarını arttırdığı, ^{35, 36} ve sağlık sonuçlarını olumlu etkilediği³⁶ belirlenmiştir. Sezeryan sonrası öz bakım modeline uygun olarak verilen hemşirelik bakımının sezeryana yönelik komplikasyonların önlenmesi ve azaltılmasında etkili olduğu saptanmıştır.³⁷ Hipertansiyonu olan bireylere öz bakım modeline göre verilen bakımın kan basıncını düşürdüğü ve öz bakım gücünü arttırdığı tespit edilmiştir.³⁸ KOAH'lı bireylerde de öz bakım modeline göre verilen bakımın bireylerin öz etkililiğini arttırdığı belirlenmiştir. ³⁹ Bu çalışmaların sonuçları ile olgu sunumunun sonuçlarının benzer olduğu söylenebilir.

SONUÇ

Bu olgu sunumuna göre, KAH'ta Orem'in Öz Bakım Yetersizlik Modeli'nin kullanımının hastadan ayrıntılı veri toplamaya, hastanın gereksinimlerini daha sistematik bir şekilde belirlemeye ve belirlenen gereksinimlere yönelik

hem klinik hem de taburculuk sonrası daha nitelikli bir bakım verilmesine katkı sağladığı düşünülmektedir. KAH tanısı alan bireyin sağlığını korumaya ve geliştirmeye yönelik yaşam biçiminde gerekli değişiklikleri yapmasında Orem'in Öz Bakım Yetersizlik Modeli'ne göre verilen bakım etkili oldu. Buna karşın bireyin öz bakım gücünde yükselme olduğu ancak öz bakımının düzeyinin (düşük) değişmediği belirlendi. Bu sonucun oluşmasında bireyin öz bakımını güçlendirmeye yönelik verilen bakımın taburculuk sonrası izlem süresinin kısa olmasının etkili olduğu düşünülmektedir. Aynı zamanda bireyde sigara bağımlılığına ilişkin davranış değişikliği gerçekleştirilmedi etkili olunamadı. Bu nedenle "etkisiz baş etme" tanısına yönelik hemşirelik girişimleri tekrar ele alındı ve hasta sigara bırakırma polikliniğine tekrar yönlendirildi. Orem'in Öz Bakım Yetersizlik Modeli'nin KAH'lı bireylerin bakımında kullanımının uygun olduğu görülmektedir. Bununla birlikte, KAH'lı bireyin bakımın Orem'in Öz Bakım Yetersizlik Modeli'ne göre yapılandırıldığı daha kapsamlı araştırmaların yapılması ve bakım verilen bireylerin izlemine yönelik sürenin 6-12-24 ayı kapsayacak şekilde planlanması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- World Health Organisation. The top 10 causes of death. 2017 [cited 2017 05.10.]; Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/>
- World Health Organisation. Global status report on noncommunicable diseases 2014. 2014 [cited 2014 25.10.]; Available from: <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/en/>.
- Badır A, Korkmaz Demir F. Koroner Arter Hastalıkları. In: Karadakovan A, Aslan Eti F, editors. Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. 2 ed. Adana: Nobel Tıp Kitabevi; 2011. p. 473- 508.
- Butcher L, Castelluci D. Nursing Management Coronary Artery Disease and Acute Coronary Syndrome. In: Lewis SL, Dirksen SR, Heitkemper MM, Bucher L, Camera IM, editors. Medical Surgical Nursing Assessment and Management of Clinical Problems. 8. ed. St. Louis Missouri: Elsevier Mosby; 2011. p. 760-96.
- Türkmen E. Koroner Arter Hastalıkları ve Bakım. In: Durna Z, editor. Kronik Hastalıklar ve Bakım. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2012. p. 111-46.
- World Health Organisation. Global Atlas on cardiovascular disease prevention and control. France: WHO Press; 2011 [cited 2014 05.10.]; Available from: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/atlas_cvd/en/.
- Centers for Disease Control and Prevention. Coronary Artery Disease. 2017 [cited 2017 05.10.]; Available from: http://www.cdc.gov/heartdisease/coronary_ad.htm
- Lukkarinen H, Hentinen M. Treatments of coronary artery disease improve quality of life in the long term. Nursing Research. 2006; 55 (1):22-33.
- Ünsar S, Süt N, Durna Z. Health related quality of life in patients with coronary artery disease. Journal of Cardiovascular Nursing. 2007; 22(6):501-7.
- Duramaz T, Özdemir BA, Keleş T, Bayram NA, Bozkurt E. Factor affecting quality of life in patients with coronary heart disease. Turk Journal Medicine Science. 2009; 39:343-51.
- Norris CM, Patterson L, Galbraith D, Hegadoren KM. All you have to do is call; a pilot study to improve the outcomes of patients with coronary artery disease. Appl Nurs Res. 2009; 22 (2):133-7.
- Stafford L, Berk M, Jackson HJ. Are illness perceptions about coronary artery disease predictive of depression and quality of life outcomes? J Psychosom Res. 2009; 66 (3):211-20.
- Dilek F, Ünsar S, Süt N. Koroner Arter Hastalarında Yasam kalitesinin değerlendirilmesi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi. 2010; 5 (13):29-44.
- Hassani M, Farahani B, Zohour AR, Azar P. Self-care ability based on Orem's theory in coronary artery disease patients. Irain Journal of Critical Care Nursing. 2010; 3:87-91.
- Sevinç S, Akyol AD. Cardiac risk factors and quality of life in patients with coronary artery disease. J Clin Nurs. 2010; 19 (9-10):1315-25.
- Akdemir N. Koroner Arter Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. In: Akdemir N, Birol L, editors. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı 3. ed. Ankara: Sistem Ofset; 2011. p. 433- 9.
- Fennessy MM. Illness Representation, Fatigue, and Depressive Symptoms in Patients with Stable Coronary Disease. Chicago: University of Illinois; 2011.
- Maclure JT. A meta-analysis of home-based secondary prevention programs that include anxiety reduction for patients with coronary artery disease. Edmonton: University of Alberta; 2011.
- Fawcett J, DeSanto-Madeya S. Contemporary Nursing Knowledge Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories. 3. ed. Philadelphia: F.A.Davis Company; 2013.
- Johnson BM. Nursing Theory. In: Johnson A, Webber PB, editors. An Introduction to Theory and Reasoning in Nursing. China: Wolters Kluwer Health; 2015. p. 158-61.
- Pearson A, Vaughan B, Fitzgerald M. Nursing Models for Practice. 3. ed. Edinburg: Butterworth Heinemann; 2005.
- Hartweg DL. Notes on Nursing Theories. 1. ed. Mcquistion CM, Webb AA, editors. California: Segal Publications Inc.; 1991.
- Isenberg MA. Self- Care Deficit Nursing Theory: Directions for Advancing Nursing Science and Professional Practice. In: Paker ME, editor. Nursing Theories and Nursing Practices. Philadelphia: F.A. Davis Company; 2001. p. 179-91.
- Foster PC, Bennett AM. Self- Care Deficit Nursing Theory: Dorethea Orem. In: George JB, editor. Nursing Theories the Based for Professional Nursing Practices 5. ed. New Jersey: Prentice Hall; 2002. p. 125-55.

25. Berbiglia VA, Banfield B. Self- Care Deficit Theory of Nursing. In: Alligood MR, editor. Nursing Theorists and Their Work. 8. ed. USA: Elsevier 2014. p. 240- 57.
26. Avdal EÜ. Orem'in Hemşirelik ve Öz- Bakım modeli. In: Okumuş H, Öztürk C, Yenal K, editors. Bakımın Planlanması "Hemşire ve Öğrenci Hemşireler İçin Rehber". İzmir: Palme Yayınevi; 2014. p. 61-73.
27. Menekli T. Dorothea E. Orem: Öz- Bakım Yetersizliği Teorisi. In: Karadağ A, Çalışkan N, Baykara ZG, editors. Hemşirelik Teorileri ve Modelleri. İstanbul: Akademi Basın; 2017. p. 352-69.
28. Alm-Rojjer C, Frilund B, Stagmo M, Erhart L. Knowing your risk factors for coronary heart disease improves adherence to advice on lifestyle changes and medication. Journal of Cardiovascular Nursing. 2006; 21 (5):E24- E31.
29. The Joanna Briggs Institute. Nurse-led interventions to reduce cardiac risk factors in adults. Best Practice: evidence based information sheets for health professionals. 2009; 13 (5):1-4.
30. Suzuki T, Kohro T, Hayashi D, Yamazaki T, Nagai R. Frequency and impact of lifestyle modification in patients with coronary artery disease: the Japanese Coronary Artery Disease (JCAD) study. Am Heart J. 2012; 163:268-73.
31. Saffi MA, Polanczyk CA, Rabelo-Silva ER. Lifestyle interventions reduce cardiovascular risk in patients with coronary artery disease: a randomized clinical trial. Eur J Cardiovasc Nurs. 2014; 13:436-43.
32. Durna Z. Kronik Hastalıkların Önemi. In: Durna Z, editor. Kronik Hastalıklar ve Bakım. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri; 2012. p. 1-8.
33. Pınar R. Diyabetes Mellitus'lu Hastaların Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi; 1995.
34. Onat A. Erişkinlerimizde Kalp Hastalıkları Prevelansı, Yeni Koroner Olaylar ve Kalpten Ölüm Sıklığı. 2009 [cited 2014 05.16].
35. Aish AE, Isenberg MA. Effects of Orem-based nursing intervention on nutritional self-care of myocardial infarction patients. International Journal of Nursing Studies. 1996; 33 (3):259-70.
36. Mohammadpour A, Rahmati Sharghi N, Khosravan S, Alami A, Akhond M. The effect of a supportive educational intervention developed based on the Orem's self-care theory on the self-care ability of patients with myocardial infarction: a randomised controlled trial. J Clin Nurs. 2015; 24:1686-92.
37. Kılıç A. Dorothy Orem'in Öz Bakım Modelinin Sezaryen ile Doğum Yapan Kadınların Hemşirelik Bakımına Uygulanması. Ankara: GATA Hemşirelik Yüksek Okulu; 2005.
38. Yıldız E. Öz- Bakım Gücü Modeline Göre Verilen Bakımın Hipertansiyonlu Hastaların Kan Basıncı Düzeyine ve Öz Bakım Gücüne Etkisi. Erzurum: Atatürk Üniversitesi; 2012.
39. Özkaptan Bal B. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylere Öz- Bakım Modeline Göre Verilen Hemşirelik Bakımının Öz- Etkililik Üzerine Etkisi Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2013.