



JGHELES
Journal of General Health Sciences

e-ISSN: 2687-5403

**GENEL
SAĞLIK
BİLİMLERİ
DERGİSİ**

Cilt:2 Sayı:1 Yıl:2020



NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ GENEL SAĞLIK BİLİMLERİ DERGİSİ

Journal of General Health Sciences (JGEHES)

Cilt/Volume: 2, Sayı / Issue: 1 (Nisan / April 2020)

Uluslararası Hakemli Dergi / International Peer Reviewed Journal

Sahibi / Owner

Necmettin Erbakan Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dekanlığı Adına /
On Behalf of Necmettin Erbakan University The Faculty of Nursing
Prof. Dr. Emel EGE

Baş Editör / Editor-in-Chief

Prof. Dr. Filiz HİSAR

Editör Yardımcısı / Associate Editor

Öğr. Gör. Elanur KALECİ

Yayın Türü / Publication Type

Yerel Süreli Yayın / National Periodical

Yayın Periyodu / Publication Period

Yılda üç kez (Nisan, Ağustos ve Aralık) yayınlanır / Published third-annual (April, August and December)

Baskı Tarihi / Print Date

Nisan / April 2020

Yazışma Adresi / Correspondence Address

Necmettin Erbakan Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Yunus Emre Mah. Beyşehir Cad. Eski
Meram Tıp Yerleşkesi, D Blok no:281 Meram/KONYA

Tel / Phone: 0332 320 40 49

Web: <http://dergipark.org.tr/jgehes>

E-posta / E-mail: journalofgehes@gmail.com

Necmettin Erbakan Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi yılda üç kez yayınlanan
uluslararası hakemli bir dergidir /
Journal of General Health Sciences - JGEHES is an international peer reviewed third-annual
journal

E- ISSN:2687-5403

DergiPark
AKADEMİK

ASOS
indeks

YAYIN KURULU / EDITORIAL BOARD

- Prof. Dr. Filiz HİSAR (Necmettin Erbakan University, Turkey)
Lecturer Elanur KALECİ (Necmettin Erbakan University, Turkey)
Lecturer Kübra SULTAN DENGİZ(Necmettin Erbakan University, Turkey)
Res. Assist. Vesile KOÇAK(Necmettin Erbakan University, Turkey)
Res. Assist. Muradiye ALDEM(Necmettin Erbakan University, Turkey)
Res. Assist. Maide YEŞİLYURT(Necmettin Erbakan University, Turkey)
Res. Assist. Fatma YENER ÖZCAN(Necmettin Erbakan University, Turkey)

DANIŞMA KURULU / ADVISORY BOARD

- Prof. Dr. Gorill HAUGAN (NTNU, Norwegian University, Nursing Faculty of Medicine and Health Sciences)
Prof. Dr. Ingvild AUNE (NTNU, Norwegian University, Nursing Faculty of Medicine and Health Sciences)
Meltem YILDIRIM (University of Vic-Central University of Catalunya, Department of Applied Health Sciences Ispanya)
Prof. Dr. Emine GEÇKİL (Necmettin Erbakan Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Konya Türkiye)
Prof. Dr. Handan ZİNCİR (Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Kayseri Türkiye)
Prof. Dr. Hulya BULUT (Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ankara Türkiye)
Prof. Dr. Nülüfer ERBİL (Ordu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Ordu Türkiye)
Assoc. Prof. Dr. Saide FAYDALI (Necmettin Erbakan Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Konya Türkiye)
Assoc. Prof. Dr. Satı DİL (Çankırı Karatekin Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Çankırı Türkiye)

Sayı Alan Editörleri / Field Editors of The Issue

- Assoc. Prof. Dr. Saide FAYDALI (Necmettin Erbakan University, Turkey)

Sayı Hakemleri / Reviewers of The Issue

- Prof. Dr. Güler BALCI ALPARSLAN (Eskişehir Osmangazi University, Turkey)
Assoc. Prof. Kemal Macit HİSAR (Selcuk University, Turkey)
Asst. Prof. Dr. Alime SELÇUK TOSUN (Selcuk University, Turkey)
Asst. Prof. Dr. Dilek CİNGİL(Necmettin Erbakan University, Turkey)
Asst. Prof. Dr. Emine ERGİN(Selcuk University, Turkey)
Asst. Prof. Dr. Funda ÇETİNKAYA (Aksaray University, Turkey)
Asst. Prof. Dr. Güler DURU AŞİRET (Aksaray University, Turkey)
Asst. Prof. Dr. Özlem CANBOLAT (Necmettin Erbakan University, Turkey)
Asst. Prof. Dr. Selda ARSLAN (Necmettin Erbakan University, Turkey)
Asst. Prof. Dr. Serpil SU(Necmettin Erbakan University, Turkey)
Asst. Prof. Dr. Tuba ÖZAYDIN (Selcuk University, Turkey)

İÇİNDEKİLER

ARAŞTIRMA MAKALESİ

112 Acil Sağlık Hizmetleri Personelinin
Müdahalelerde Uygulama Kılavuzlarına
Uygunluğunun Değerlendirilmesi

1

Nefroloji ve Onkoloji Kliniklerinde Yatan
Hastaların Bakım Bağımlılığı Düzeylerinin
Belirlenmesi

14

Hemşirelik Öğrencilerinin Organ Bağışı
Hakkındaki Bilgi ve Tutumlarının
İncelenmesi

24

Bir Aile Sağlığı Merkezinde Yetişkin
Bireylerde Kan Basıncı Yüksekliğinin
ve İlişkili Risk Faktörlerinin
Belirlenmesi

34

Sağlık Bilimleri Öğrencilerinin Obezite
İle İlgili Önyargılarının Belirlenmesi

48

OLGU SUNUMU

Metastatik Meme Kanseri Olan Hastanın
Gordon'un Fonksiyonel Sağlık
Örüntüleri Modeli'ne Göre Hemşirelik
Bakımı: Olgu Sunumu

59

CONTENTS

RESEARCH ARTICLE

Evaluation of The Compatibility Of 112
Urgent Health Care Services Personnel to
Interventions in Application Guidelines

Evaluation of Care Dependence Levels
of Inpatients in Nephrology and
Oncology

Investigation of Knowledge and
Attitudes of Nursing Students About
Organ Donation

The Study Is To Determine High Blood
Pressure (BP) And Its Relation To Socio-
Demographic, Health, Disease
Characteristics In Adults

Determination of Obesity-Related
Prejudice of Health Sciences Students

CASE REPORT

Nursing Care According to Gordon's
Functional Health Patterns Model of The
Patient With Metastatic Breast Cancer:
Case Report

112 Acil Sağlık Hizmetleri Personelinin Müdahalelerde Uygulama Kılavuzlarına Uygunluğunun Değerlendirilmesi

Serap BATI¹ , Fatih KARA² 

¹ NEÜ Seydişehir Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Konya, Türkiye, s.bati@erbakan.edu.tr

² T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Ankara, Türkiye, fkara55@hotmail.com

Makale Bilgileri	ÖZ
Makale Geçmişi Geliş: 16.11.2019 Kabul: 02.12.2019 Yayın: 25.12.2020	<p>Halk sağlığı hastalıklarının önlenmesi, ortalama yaşam ömrünün uzatılması, fiziksel sağlığın iyileştirilmesi, erken tanı ve tedavi konusunda tıbbi hizmetlerin organize edilmesi faaliyetlerini kapsayan bir kavramdır. Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri ile tüm topluma erişilebilmekte ve eşit hakkaniyetli bakım verilebilmektedir. Kaza ve yaralanmalar sonrası ölümler ilk dakikalarda meydana gelmektedir. Bu durumda hastane öncesi acil sağlık hizmetleri ölümlerin azaltılması ve sakatlıkların önlenmesinde büyük bir öneme sahiptir. Bu çalışma; Konya ili merkez A2 tip istasyonlarda görev yapan Ambulans ve Acil Bakım Teknikerlerinin hastalara müdahalelerinin Hastane Öncesi Acil Tıbbi Bakım Yetişkin ve Çocuk Uygulama Kılavuzundaki akış şemalarına uygunluğunun değerlendirilmesi amaçlanarak, Konya İl Ambulans Servisi Başhekimliğine bağlı çalışan A2 tipi ambulanslarda gözlemsel olarak yapılmıştır. Araştırma verileri A2 tip istasyonlarda çalışan 35 AABT'inin her biri ile araştırmacı tarafından planlanan günler içerisinde vakalara çıkılıp, onların vakaya müdahaleleri gözlemlenerek toplanmıştır. AABT'lerin hastalara koydukları ön tanıları kılavuz akış şemalarına uyan toplam 207 vakaya müdahaleleri çalışma kapsamına alınmıştır. Araştırmada kullanılan veri formu akış şemalarına göre kılavuzda belirtilen ön tanıları ve ön taniye uygun işlem sırası dikkate alınarak hazırlanmıştır. Veriler bilgisayar ortamına aktarıldıktan sonra hata kontrolleri yapılmış, ortalama, \pm standart sapma ve yüzde olarak özetlenmiştir. Vakalara müdahalelerin algoritmaya uygunluk oranı olay yeri değerlendirmesine göre %3,4 (n=7), olay yerine varıştan vakanın hastaneye teslimine kadar geçen sürenin değerlendirilmesine göre %3,9 (n=8)dur. Olay yeri değerlendirmesine göre algoritmaya uygunsuzluğun en temel nedeni ambulanslarda malzeme eksikliği bulunmamasına rağmen olay yerine eksik malzeme götürülmesidir (%79,2). Sonuç olarak, vakalara müdahalelerin algoritmaya uygunluk oranı oldukça düşüktür. Algoritmaya uygun müdahalenin önemi ve gerekliliği vurgulanmalı, bu konuda düzenli olarak personel denetimleri yapılmalıdır.</p>
Anahtar Kelimeler: Algoritma, Paramedik, Hastane Öncesi Bakım,	
Sorumlu Yazar: Serap BATI	
e-posta: s.bati@erbakan.edu.tr	

Evaluation of The Compatibility Of 112 Urgent Health Care Services Personnel to Interventions in Application Guidelines

Article Info	ABSTRACT
Article History Received: 16.11.2019 Accepted: 02.12.2019 Published: 25.12.2020	<p>Public health is a concept covering the activities like prevention of diseases, extending the average life expectancy, improving physical health, and organizing medical services for early diagnosis and treatment. Death occurs in the first minutes after accidents and injuries. In this case, pre-hospital emergency health care services have great importance in reducing mortalities and preventing disabilities. The study aims to evaluate compatibility of intervention of Ambulance and Emergency Care Technicians who work in A2 type stations in Konya city center to the patients according to flow chart in Pre-hospital Emergency Health Care Adult and Pediatric Application Guide; it has been performed observationally at A2 type ambulances employed by Ambulance Service Chief Department in Province Konya. The research data were collected by observing the cases and observing interventions of 35 AABT personnel employed at A2 type stations in the days planned through going to cases together with the researcher and each of the 35 AABT personnel. Interventions for total 207 cases of which preliminary diagnoses matching guide flowcharts were included in the study. The data form used in the research was prepared through considering the pre-diagnoses specified in the flowcharts and the order of operations appropriate to the pre-diagnoses. After the data were transferred to computer, error checks were performed and it was summarized as the mean \pm standard deviation and percentage. The algorithm compliance rate of interventions to the cases is 3.4% according to the crime scene evaluation and 3.9% according to the evaluation of the time from the arrival of the incident to the delivering the case to the hospital. According to the crime scene evaluation, the main reason for the noncompliance of the algorithm is taking missing material to the scene although ambulances have no missing materials. Consequently, the rate of compliance of the interventions to the algorithm is quite low. The importance and necessity of the intervention appropriate to the algorithm should be emphasized and staff audits should be performed regularly.</p>
Keywords: Algorithm, Paramedic, Pre-Hospital Health Care	
Corresponding Author: Serap BATI	
e-mail: s.bati@erbakan.edu.tr	

Atıf/Citation: Batı, S. & Kara, F. (2020). 112 Acil sağlık hizmetleri personelinin müdahalelerde uygulama kılavuzlarına uygunluğunun değerlendirilmesi, *Genel Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(2), 1-13.

GİRİŞ

1923 yılında Winslow'un yaptığı tanıma göre halk sağlığı; hastalıkların önlenmesi, ortalama yaşam ömrünün uzatılması, fiziksel sağlığın iyileştirilmesi, çevrenin korunması, enfeksiyonların kontrol altına alınması, kişisel hijyen konusunda bireylerin eğitilmesi, erken tanı ve tedavi konusunda tıbbi hizmetlerin organize edilmesi faaliyetlerini kapsayan bir kavramdır (Öztürk ve Günay, 2011).

Halk sağlığı ile yakından ilişkili olan 'temel sağlık hizmetleri' kavramı ise, çok önceden beri kullanılmasına karşılık 1978 yılında imzalanan Alma-Ata Bildirgesi'nde biçimlendirilmiştir. Temel Sağlık Hizmetleri ise; toplumca finanse edilebilir bir harcama sonucunda sunulması gerekli minimum sağlık hizmetlerini ifade etmektedir. Hastane öncesi sağlık hizmetleri ile tüm topluma erişilebilmekte ve eşit hakkaniyetli bakım verilebilmektedir.

Trafik kazalarının yoğun olarak yaşandığı ülkemizde 2011 yılı verilerine göre; 3082 ölümlü kaza gerçekleşmiş ve 3821 kişi hayatını kaybetmiştir. 128.386 yaralamalı trafik kazası meydana gelmiş 237.021 kişi yaralanmıştır. Kaza ve yaralanmalardan sonra ölümlerin %10'unun ilk 3-5 dakikada; %54-60'ının ise ilk 30 dakikada meydana gelmektedir. Bu durum pek çok ülkede sistemli bir ilkyardım sistemi organizasyonunun kurulmasına zemin hazırlamıştır. Olay yerindeki ilk müdahalenin yetkili kişilerce yapılması ve uygun taşıma yöntemleri kullanılması ile ölüm ve sakatlık oranının büyük ölçüde azalacağı anlaşılmıştır (Demirhan, 2003).

Toplumların yaşlanması, sağlık hizmetlerinde yaşlılara yönelik sorunlarla daha sık karşılaşılır hale gelmesine yol açmaktadır. Yaşlılar gençlere göre ambulans sağlık hizmetlerini daha fazla kullanmaktadırlar (Eagle ve Rideout, 1993). Hastane öncesi acil sağlık hizmetlerine başvuruların yaşa göre dağılımına bakıldığında, 65 yaş üstü hastaların başvuruları %15 ile en büyük kısmını oluşturduğu görülmektedir. (Nur, Demir, Çetinkaya ve Tirek, 2008). Ülkemizde de ortalama yaşam beklentisinin artmasıyla birlikte yaşlı nüfus ve buna bağlı olarak da ambulans kullanım oranı da artacağı düşünülmektedir (Söğüt ve Al, 2009).

Kafa travması, gelişmiş ülkelerde ölümün en önemli nedenlerinden birisidir. Amerika Birleşik Devletleri'nde 100.000 kişinin %50'den fazlası kafa travması nedeniyle yaşamını yitirmektedir. ABD'de kafa travmalı hastaların tedavi maliyeti yılda 48 milyar Amerikan dolarının üzerindedir ve bu miktar tüm sağlık harcamalarının %20'sini oluşturmaktadır. Kafa travmalarında mortalite %28-52, morbidite ise %50-70 arasında değişmektedir (William, Kelly ve Robert, 2004). Trafik kazalarına bağlı ölümlerin %75'inde ve tüm multitravmalı hastaların da %80'inde kafa travması izlenir. Yine ciddi travmatik beyin yaralanması, gelişmiş ülkelerde 45 yaş üstü mortalite ve morbiditenin en önemli nedenlerinden birisidir (Luk, Jacobs, Ciraluo, Cortes, Sable ve Dowel, 1999). Ciddi kafa travmalı hastaların yarısı, hemen kaza yerinde ve ilk dakikalarda ölmektedirler. Kafa travmalarında hipoksi, hipotansiyon ve her ek travma mortalitede artışa yol açar (Razzak ve Kellerman, 2002).

İskemik kalp hastalıkları dünya genelindeki ölüm nedenleri arasında ilk sırada yer almaktadır. Dünyada her yıl gerçekleşen yaklaşık 55 milyon ölümün 8 milyonu (%14,5) doğrudan İKH ile ilgilidir. Bir başka ifade ile her gün yaklaşık 22000 kişi her saat 1000 kişi bu nedenle ölmektedir (Öztürk ve Günay, 2011).

Batı ülkelerinde kalp krizi, hastane dışı ölümlerin temel nedenidir. Ölümlerin %50'si 15 dakika içinde, geriye kalanların %70'i ise 1 saat içinde olmaktadır. Hastaların çoğu hastaneye yetişmeden ölmektedir (Demirhan, 2003).

Sierra Leone'de kullanılan acil sağlık araçları ve iletişim sistemlerinin geliştirilmesi, hizmetlerin kullanımının 1-2 katına çıkmasına ve ölümlerin %50 azalmasına yol açmıştır (Arreola-risa ve diğerleri,

2000). Mexico’da ambulans sayısındaki artış ve travma temel eğitimi becerilerinin sağlanması hastaneye giderken oluşan ölümlerde azalma sağlamıştır (Zenginol, 2010).

Ülkemizde hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde A, B ve C tipi istasyonlar ile hizmet verilmektedir. B tipi istasyonlar birinci, ikinci ve üçüncü basamak resmi sağlık kurum ve kuruluşları ile entegre olarak kesintisiz ambulans ve acil servis hizmeti verilen; kadrosu ve özlük hakları bakımından bünyesinde bulunduğu kuruma ve ambulans hizmeti bakımından merkeze bağlı olan istasyonlardır. C tipi istasyonlar ihtiyaca göre günün belirlenen saatlerinde sadece ambulans hizmeti verilen, idari ve özlük hakları bakımından ambulans servisi başhekimliğine bağlı acil yardım istasyonlarıdır. A tipi istasyonlar ise; 24 saat kesintisiz sadece ambulans hizmeti verilen, ihtiyaca göre birden fazla ekip ve ambulans bulunduran, idari ve özlük hakları bakımından ambulans servisi başhekimliğine bağlı ve kadrolu personeli olan istasyonlardır. Bu istasyonlardan; ekip içerisinde hekim bulunanlar A1 tipi istasyon, ekip içerisinde hekim bulunmayanlar ise A2 tipi istasyon olarak adlandırılır (Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği, 2000: madde 10)

A2 tip istasyonlarda görev yapan paramedikler Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulları bünyesinde yer olan paramedik programında 2 yıl eğitim görürler. Göreve başladıktan sonra Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan Ambulans ve Acil Bakım Teknikerleri ile Acil Tıp Teknisyenlerinin Çalışma Usul ve Esaslarına Dair Tebliğ in 8. Maddesine göre zorunlu hizmet içi eğitim programlarına tabi tutulurlar (Sağlık Bakanlığı, 2009). Bunlar; Ambulans Kullanımı ve Bakımı Eğitim Programı, Temel Eğitim Programı, Erişkin İleri Yaşam Desteği Eğitim Programı, Çocuk İleri Yaşam Desteği Eğitim Programı, Travma İleri Yaşam Desteği Eğitim Programıdır.

2007 yılında 2000 yılında çıkarılan “Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği”nde değişiklik yapılarak 28. Maddesine A.A.B.T ve A.T.T’lerin görev, yetki ve sorumlulukları eklenmiş, 2009 yılında ise “Ambulans ve Acil Bakım Teknikerleri İle Acil Tıp Teknisyenlerinin Çalışma Usul ve Esaslarına Dair Tebliği” hazırlanarak “Yetişkin Uygulama ve Çocuk Uygulama Kılavuzu’nda A.A.B.T VE A.T.T.’nin görev, yetki ve sorumlulukları algoritma hâline getirmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2009).

Acil bakım olay yerinde başlar, hastaneye taşınma sırasında devam eder ve tıbbi olanaklara sahip bir yere nakledildikten sonra biter. A.A.B.T’ler Yetişkin ve Çocuk Uygulama Kılavuzu’ndaki akış semalarını bilip uygulamakla yükümlüdürler (Sağlık Bakanlığı, 2009).

Bu çalışmada Konya ili merkez A2 tip istasyonlarda görev yapan A.A.B.T’nin hastalara müdahalelerinin Hastane Öncesi Acil Tıbbi Bakım Yetişkin ve Çocuk Uygulama Kılavuzundaki akış semalarına uygunluğu değerlendirilmiştir.

YÖNTEM

Bu çalışma, Konya ili merkez A2 tip istasyonlarda görev yapan AABT’lerin hastalara müdahalelerinin Hastane Öncesi Acil Tıbbi Bakım Yetişkin ve Çocuk Uygulama Kılavuzundaki akış semalarına uygunluğunun değerlendirilmesi amaçlanarak gözlemsel olarak yapılmıştır. Araştırma Konya İl Ambulans Servisi Başhekimliği’ne bağlı A2 tipi ambulanslarda yapılmıştır. Bu ambulanslar hekimsiz olarak çalışmaktadırlar. Ekiplerde A.A.B.T, A.T.T, hemşire, sağlık memuru ve şoför görev yapmaktadır. Ekipteki personel sayısı istasyonda görev yapan personel sayısına göre değişmekte büyük çoğunlukla 4 kişiden oluşmaktadır. Her ekipte bir A.A.B.T olması zorunluluğu vardır. Bu ekipler Komuta Kontrol Merkezi tarafından kendilerine bildirilen vakaları alıp, Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan uygulama kılavuzlarına göre gerekli işlemleri yapan birimlerdir.

Araştırma verileri araştırmacı tarafından planlanan günler içerisinde Konya ili Merkez A2 tip istasyonlarda görev yapan personel ile birlikte vakalara çıkılıp, onların vakaya müdahaleleri gözlemlenerek toplanmıştır.

Örneklem/Çalışma Grubu/Katılımcılar

Araştırmanın evrenini; Konya ili merkezinde bulunan 7 adet A2 tip ambulans istasyonunda görev yapan 35 paramedik ve onların komuta kontrol merkezi tarafından görevlendirildikleri vakalar oluşturmuştur. Araştırmacı tarafından planlanan çalışma takvimine göre bu 35 paramediğin her biri ile görevlendirildikleri vakalara çıkılmış ve tanıları hastane öncesi yetişkin ve çocuk uygulama kılavuzu içerisinde yer alan vakalar örnekleme dâhil edilmiştir.

Daha önce yapılmış benzer bir çalışmada temel yaşam desteği algoritma bilgi düzeyi %41 bulunmuş. Bu veriye göre %95 güven düzeyi, %10'luk sapma, %80'lik güç ile en az 192 vakanın incelenmesi gerektiği hesaplanmıştır. Toplam 207 vakaya ulaşılmıştır.

Araştırmada kullanılan veri formu "Hastane Öncesi Acil Tıbbi Bakım Yetişkin ve Çocuk Uygulama Kılavuzu" akış şemalarına göre bu kılavuzda belirtilen tanılar ve tanıya uygun işlem sırası dikkate alınarak hazırlanmıştır.

Veri Toplama Araçları

Araştırmacı tarafından hazırlanan çalışma planı dâhilinde A2 tip ambulans istasyonlarında görev yapan her bir paramedik ile görevli oldukları gün içerisinde komuta kontrol merkezi tarafından görevlendirildikleri vakalara çıkılıp tanıları Hastane Öncesi Acil Tıbbi Bakım Yetişkin ve Çocuk Uygulama Kılavuzundaki akış şemalarında yer alan vakalar veri toplama formuna kaydedilmiştir.

Verilerin Analizi

Veriler bilgisayar ortamına aktarıldıktan sonra hata kontrolleri yapılmış, ortalama, standart sapma ve yüzde olarak özetlenmiştir.

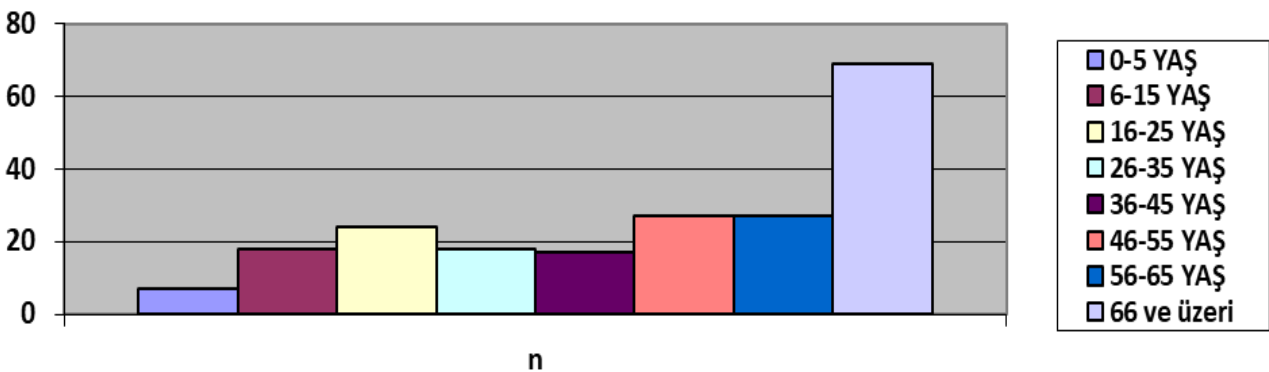
Etik

Araştırma verileri Sağlık Bakanlığı ve Selçuk Üniversitesi Etik kurul onayı (24.08.2011, 22/13 Sayılı) etik kurul onayı alındıktan sonra toplanmaya başlanmıştır. Araştırma öncesinde AABT'lere çalışma ile ilgili bilgilendirme yapılmış ve sözlü onamları alınmıştır.

BULGULAR

Araştırmada toplam 207 vaka değerlendirilmiştir. Bu vakaların %52,7'sini (n=109) kadınlar, %47,3'ünü (n=98) erkekler oluşturmaktadır. Şekil 1'de görüldüğü gibi vakaların büyük çoğunluğunu (%33,3) 66 yaş ve üzeri bireyler oluşturmaktadır. Nakledilen vakaların yaş ortalaması 49,06 olarak bulunmuştur.

Şekil 1. Vakaların Yaş Gruplarına Göre Dağılımı



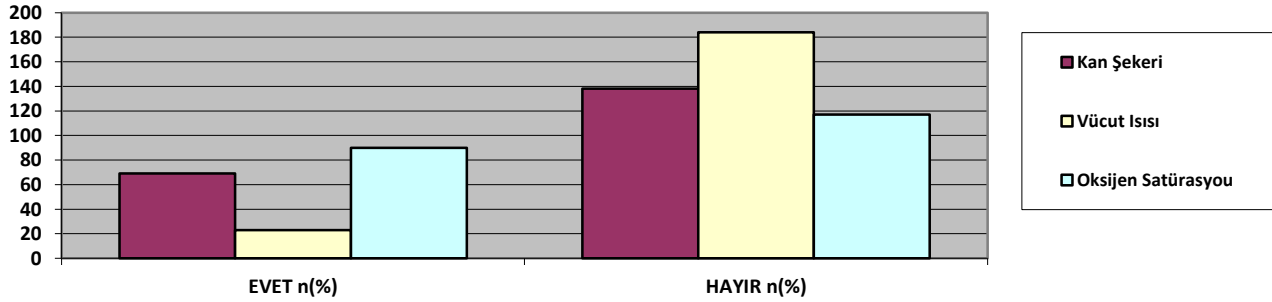
Nakledilen 207 vaka için çıkış süreleri minimum 0 dakika maksimum 4 dakikadır. Ortalamada ise vakalara 1 dakikada 11 sn. de çıkış yapılmıştır. Olay yerine varış süreleri minimum 1 dakika maksimum 40 dakikadır. Ortalama olay yerine varış süresi 7 dk. 11 sn. olarak saptanmıştır. Nakledilen vakaların %20,03'ünü (n=42) kardiyovasküler hastalıklar oluşturmaktadır (Tablo 1).

Tablo 1. Vakaların tanı gruplarına göre dağılımı

VAKA TANILARI	N	%
Kardiyovasküler Sistem Hastalıkları	42	20,03
Solunum Sistemi Hastalıkları	38	18,40
Nörolojik Hastalıklar	39	18,80
Travma	36	17,40
Zehirlenme-İntox	18	8,70
Metabolik Hastalıklar	27	13,00
Diğer	7	3,40
Toplam	207	100,00

Şekil 2'de görüldüğü gibi hizmet verilen vakaların %85,5'inin (n=177) kan basıncı, %33,3'ünün (n=69) kan şekeri, %11,1'inin (n=23) vücut ısısı, %43,5'inin (n=90) oksijen satürasyonu ölçülmüştür.

Şekil 2. Vital bulgu ölçümleri



Hizmet verilen vakaların %86,5'ine (n=179) acil müdahale çantası, %9,2'sine (n=19) resusitasyon çantası, %17,4'üne (n=36) defibilatör, %4,8'ine (n=10) aspiratör, %16,9'una (n=35) oksijen tüpü götürülmüştür. Vakaların %79,2'sine (n=164) eksik malzeme ile gidilmiştir (Tablo 2).

Tablo 2. Olay yerine götürülen malzemeler

OLAY YERİNE GÖTÜRÜLEN MALZEMELER	Evet n(%)	Hayır n(%)
Acil Müdahale Çantası	179 (86,50)	1 (0,50)
Resusitasyon Çantası	16 (9,20)	161 (77,80)
Defibilatör	36 (17,40)	144 (69,60)
Aspiratör	10 (4,80)	170 (82,20)
Oksijen Tüpü	35 (16,90)	145 (70,10)

Vakalara müdahalelerin algoritmaya uygunluğunun olay yeri değerlendirmesine göre uygun olan %3,4 (n=7), uygun olmayan %96,6 (n=200) dir. Olay yerine varıştan vakanın hastaneye teslimine kadar geçen sürenin değerlendirilmesine göre uygun olan %3,9 (n=8), uygun olmayan %96,1 (n=199) dir (Tablo 3).

Tablo 3. Vakaların algoritmaya uygunluk durumu

VAKALARIN ALGORİTMAYA UYGUNLUK DURUMU	Uygun n (%)	Uygun Değil n (%)
Olay yeri değerlendirmesine göre uygunluk	7 (3,40)	200 (96,60)
Olay yerine varıştan vakanın hastaneye teslimine kadar olan süreç değerlendirilmesine göre uygunluk	8 (3,90)	199 (96,10)

Olay yerinde yapılan müdahalelere göre algoritmaya uygunluk durumu değerlendirildiğinde; Kardiyovasküler sistem hastalıklarında yapılan müdahalelerin %11,9'unun (n=5), solunum sistemi hastalıklarında %2,6'sının (n=1), zehirlenme-ilaç intoksikasyonlarında %5,5'inin (n=1) algoritmaya uygun olduğu gözlemlenmiştir. Nörolojik hastalıklar, travmalar, metabolik hastalıklar ve diğer hastalık gruplarında yapılan müdahaleler algoritmaya uygun değildir (Tablo 4).

Olay yerine varıştan vakanın hastaneye teslimine kadar olan süreçte yapılan müdahalelerin algoritmaya uygunluk durumu değerlendirildiğinde; Kardiyovasküler sistem hastalıklarında yapılan müdahalelerin %11,9'unun (n=5), solunum sistemi hastalıklarında %2,6'sının (n=1), zehirlenme-ilaç intoksikasyonlarında %11,1'inin (n=2) algoritmaya uygun olduğu gözlemlenmiştir. Nörolojik hastalıklar, travmalar, metabolik hastalıklar ve diğer hastalık gruplarında yapılan müdahaleler algoritmaya uygun değildir (Tablo 4).

Tablo 4. Tanılara göre algoritmaya uygunluğun değerlendirilmesi

TANILAR	Olay Yeri Değerlendirmesinde Algoritmaya Uygunluk		Olay Yerine Varıştan Vakanın Hastaneye Teslimine Kadar Olan Süreç Değerlendirilmesine Göre Uygunluk	
	Uygun n (%)	Uygun Değil n (%)	Uygun n (%)	Uygun Değil n (%)
Kardiyovasküler Hastalıklar	5 (11,90)	37 (88,10)	5 (11,90)	37 (88,10)
Solunum Sistemi Hastalıkları	1 (2,60)	37 (97,40)	1 (2,60)	37 (97,40)
Nörolojik Hastalıklar	0 (0,00)	39 (100,00)	0 (0,00)	39 (100,00)
Travmalar	0 (0,00)	36 (100,00)	0 (0,00)	36 (100,00)
Zehirlenme-İlaç İntoksikasyonları	1 (5,50)	17 (94,50)	2 (11,10)	16 (88,90)
Metabolik Hastalıklar	0 (0,00)	27 (100,00)	0 (0,00)	27 (100,00)
Diğer	0 (0,00)	7 (100,00)	0 (0,00)	7 (100,00)
TOPLAM	7 (3,40)	200 (96,60)	8 (3,90)	199 (96,10)

Toplam 207 vakada olay yerinde yapılan müdahalelerin değerlendirilmesinde; %79,2'sinde (n=164) olay yerine eksik malzeme ile gidildiği, %42,9'unda ilgili algoritmaya göre yapılması gereken (n=89) solunum kontrolünün, %73,9'unda (n=153) dolaşım kontrolünün, %66,6'sında (n=28) oksijen uygulamasının, %57,1'inde (n=24) dolaşım monitörizasyonunun, %60,8'inde (n=126) solunum monitörizasyonunun yapılmadığı, %66,1'inde (n=137) damar yolunun açılmadığı veya uygunsuz açıldığı, %73,4'ünde (n=152) vital bulgu takibinin eksik yapıldığı, %33,3'ünde (n=69) yapılması gereken ilaç uygulamalarının yapılmadığı saptanmıştır (Tablo 5).

Toplam 207 vakada tüm süreçlerde yapılan müdahalelerin değerlendirilmesinde; %42,9'ünde (n=89) ilgili algoritmaya göre yapılması gereken solunum kontrolünün, %72,9'unda (n=151) dolaşım kontrolünün, %54,5'inde (n=113) oksijen uygulamasının, %37,1'inde (n=77) dolaşım monitörizasyonunun, %38,6'sında (n=80) solunum monitörizasyonunun yapılmadığı, %41,1'inde

(n=85) damar yolunun açılmadığı veya uygunsuz açıldığı, %66,1'inde (n=137) vital bulgu takibinin eksik yapıldığı, %29,4'ünde (n=61) yapılması gereken ilaç uygulamalarının yapılmadığı saptanmıştır (Tablo 5).

Tablo 5. Tüm hastalık gruplarında algoritmaya uygunsuzluğun değerlendirilmesi

ALGORİTMAYA UYGUNSUZLUĞUN NEDENLERİ	Tüm Hastalık Grupları	
	Olay Yeri Değerlendirmesi	Olay yerine varıştan vakanın hastaneye teslimine kadar olan süreç değerlendirilmesi
	n (%)	n (%)
Olay Yerine Götürülen Malzeme Eksikliği	164 (79,20)	164 (79,20)
Solunum Kontrolünün Yapılmaması	89 (42,90)	89 (42,90)
Dolaşım Kontrolü Yapılmaması	153 (73,90)	151(72,90)
Oksijen Uygulaması Yapılmaması	163 (78,70)	113 (54,50)
Dolaşım Monitörizasyonu	121 (59,30)	77 (37,10)
Solunum Monitorizasyonu	126 (60,80)	80 (38,60)
Damar Yolu Açılmaması Ya Da Mayısız Açılması	137 (66,10)	85 (41,10)
Vital Bulgu Takibinin Eksik Yapılması	152 (73,40)	137 (66,10)
Yapılması Gereken İlaç Uygulamasının Yapılmaması	69 (33,30)	61 (29,40)
Kan Şekeri Ölçümünün Yapılmaması	17 (8,20)	17 (8,20)

TARTIŞMA

Araştırmada toplam 207 vaka değerlendirilmiştir. Bu vakaların %52,7'sini (n=109) kadınlar, %47,3'ünü (n=98) erkekler oluşturmaktadır. M. Zenginol'un (2010) çalışmasında vakaların %58,1'ini erkeklerin, %41,9'unu kadınların oluşturduğu saptanmıştır (11). Kıdak ve ark 2009 çalışmasında vakaların %52,9'u kadın, %39,1'i erkekler oluşturmaktadır (12).

Taşınan vakaların demografik özelliklerinin yaşa göre dağılımına bakıldığında yaş ortalaması 49.06 olarak bulunmuştur. Vakaların %33,3'ünü (n=69) 66 yaş ve üzeri oluşturmaktadır. Kıdak ve diğerlerinin (2009) çalışmasında yaş gruplarına göre ambulans kullanım başvuruları incelendiğinde, 65 yaş ve üzerindeki yaşlılar tüm başvuruların 1/4'ünden (%26,7) fazlasını oluşturmuştur. Bu araştırma bizim çalışmamız ile benzerlik göstermektedir.

Ambulans ile nakledilen 207 vaka için çıkış süreleri minimum 0 dakika maksimum 4 dakikadır. Ortalamada ise vakalara 1 dakikada 11sn'de çıkış yapılmıştır. Olay yerine varış süreleri minimum 1 dakika maksimum 40 dakikadır. Ortalama olay yerine varış süresi 7dk 11 sn olarak saptanmıştır. Zengin (2010)' in çalışmasında nakledilen 1200 vaka için ulaşım süreleri minimum 1 dakika maksimum 66 dakikadır. Ortalamada ise vakalara 6,18 dakikada ulaşılmıştır. Çetinoğlu ve diğerlerinin (2007), Samsun ili 112 acil sağlık hizmetlerinin 2004 yılında ulaştığı kardiyovasküler sistem sorunu olan hastaları değerlendirmiş, çalışma kapsamına alınan olgulara istasyona ulaşma zamanı $4,6 \pm 2,4$ dakika olarak saptanmıştır. Breen ve diğerlerinin (2000) yaptığı çalışmada İrlanda'da acil aramalara ambulans yanıt zamanı değerlendirilmiştir. Bir haftalık süreçte gelen vakaların %38'inde yanıt zamanı <9 dakika olduğu, kentsel vakaların %44'ünde <9 dakika, %81'inde <15 dakika; kırsal vakaların %33'ünde <20 dakika, %55'inde <27 dakika olarak bulunmuştur.

Taşınan vakalara ulaşma süreleri ve olay yerine varış süreleri incelendiğinde araştırma bulgularının Türkiye’de ve dünyada yapılan çalışmalar ile benzerlik gösterdiği görülmektedir. Hastane öncesi bakımda girişimin yapılacağı alana ulaşma zamanı oldukça önemlidir. Amerikan Kalp Derneği (2008) tarafından bu süre ileri kardiyak yaşam desteği ambulansları için sekiz dakika olarak bildirilmiştir. Bu çalışmada da ambulansların yola çıkma ve olay yerine varış süreleri referans değerlerin altındadır.

Nakledilen vakaların %20,03’ünü (n=42) kardiyovasküler hastalıklar, %18,4’ünü (n=38) solunum sistemi hastalıkları, %18,8’ini (n=39) nörolojik hastalıklar, %17,4’ünü (n=36) travmalar, %8,7’sini (n=18) zehirlenme ve intoksikasyonlar, %13,0’ünü (n=27) metabolik hastalıklar, %3,4’ünü (n=7) diğer hastalıklar oluşturmaktadır. Kıdak ve diğerlerinin (2009) yaptığı çalışmada İzmir ili 2004-2005 yılları ambulans kullanımını değerlendirmiş, ambulans ekibi tarafından konulan ön tanıların yaklaşık 1/5’i (%20,2) kardiyovasküler, 1/6’sı (%15,6) solunum sistemine ait hastalıklar olduğu görülmüş. Elde edilen bulgular bizim bulgularımızla benzemektedir. Oktay (2007) nin 2001, 2002, 2003 Tekirdağ ili acil sağlık hizmetleri çalışmalarını incelemiştir. Ön tanılara bakıldığında (1.349 olguya tanı konmuş); %33,4 travma, %18,6 kardiyovasküler sistem hastalıkları (KVS) hastalıkları, %14,9 nörolojik hastalıklar, %7,7 psikiyatrik hastalıklardan oluşmaktadır. Zenginol (2010) yaptığı çalışmasında Gaziantep ili ambulans servisi 3 yıllık çalışma sonuçlarını incelemiş, ön tanılara göre vakalar incelendiğinde 22814 vaka ile travma vakaları ilk sırada, 11110 vaka ile KVS vakaları ikinci sırada, 6774 vaka ile nörolojik vakalar üçüncü sırada bulunmuştur. Bu çalışmalar bizim çalışmamızla benzemektedir. Konya ili 2008-2009-2010 yılı ön tanılarına göre vakaların dağılımına bakıldığında travmalar ilk sırada KVS ikinci sırada yer almaktadır.

Zengin (2010) yaptığı çalışmaya göre ambulansla alınan vakaların %89,1’inin (n=1069) yaşam bulgularının ölçülmüş, %10,9’unun (n=131) ise yaşam bulgularının ölçülmemiş olduğu belirlenmiştir. %0,3’üne (n=3) kan şekeri ölçümü yapılmıştır. Mönür ve diğerlerinin 2018 yılında yaptığı çalışmalarında acil servise getirilen hastaların %87,2’sinin damar yolunun açıldığı, %90,2’nin vital bulgularının alındığı, %91,3’ünün nabız oksimetre değerine bakıldığı, %67,7’sinin ambulansla tedavisine başlandığı tespit edilmiştir. Parker ve diğerlerinin 2005 yılında yaptıkları çalışmalarında AABT tarafından taşınan vakaların %92,4’ünün yaşam bulguları ölçümlerinin eksik olduğunu saptamışlardır. Bizim çalışmamızda yaşam bulguları ölçümü ayrı değerlendirilmektedir. En yüksek oran kan basıncı ölçümünde (%73,9) çıkmaktadır. En düşük oran vücut ısısı (%10,1) ölçümüdür. Kan şekeri ölçüm oranı Zengin’in çalışmasına göre yüksektir.

Hizmet verilen vakaların %84,1’ine (n=174) damar yolu açılmıştır. Damar yolu %51,7 (n=107) oranla ambulansla açılmıştır. Periferik damar yolu %46,9 (n=97) oranında en çok tercih edilen bölgedir. Açılan damar yollarının %60,4’üne (n=107) hiçbir mayi takılmamıştır. %5,0’ine (n=44) izotonik, %5,7’sine (n=10) %5 Dekstroz, %5,5’ine (n=8) Ringer Laktat, %1,7’sine (n=3) %10 dekstroz, %1,7’sine (n=3) Teobag takılmıştır. Zengin (2010) çalışmasına göre nakledilen vakaların %48,9’una (n=587) tek damar yolu açıldığı, %3,1’ine (n=37) birden çok damar yolu açıldığı, %48,0’ine (n=576) hiç damar yolu açılmadığı saptanmıştır. Soysal ve diğerlerinin (2001) çalışmasına göre ambulansla acil servise getirilen hastaların %49,3’üne (n=30) damar yolu açılmış olduğu tespit edilmiştir.

Soysal ve diğerlerinin (2001) ambulans ile acil servise getirilen hastalara uygulanan hastane öncesi acil bakımın değerlendirilmesi konulu çalışmasında, ambulansla acil servise getirilen 25 vakanın %40,0’ına damar yolu açılmamış, %60,0’ına damar yolu açıldığı saptanmıştır. Bizim çalışmamızdaki oranlar bu çalışma oranlarından oldukça yüksektir. Hizmet verilen vakalara açılan damar yoluna %28,8 (n=180) Ringer Laktat, %17,6 (n=110) %0,9 NaCl, %1,9 (n=12) %5 dekstroz, %0,3 (n=2) Isolyte-P, %0,2 (n=1) %20 mannitol verilmiştir. %51,1’ine hiç sıvı verilmemiştir.

Literatürde olay yeri gözlemine ait bir çalışma bulunamamıştır. Bu nedenle olay yerine götürülen malzemeler ile ilgili karşılaştırma yapılamamaktadır. Vakalara müdahalelerin algoritmaya uygunluğunun olay yeri değerlendirmesine göre uygun olan %3,4 (n=7), uygun olmayan %96,6 (n=200) dir.

Olay yerine varıştan vakanın hastaneye teslimine kadar geçen sürenin değerlendirilmesine göre uygun olan %3,9 (n=8), uygun olmayan %96,1 (n=199) dir. Olay yerinde yapılan müdahalelere göre algoritmaya uygunluk durumu değerlendirildiğinde; kardiyovasküler sistem hastalıklarında yapılan müdahalelerin %11,9'unun (n=5) uygun, solunum sistemi hastalıklarında %2,6'sının (n=1) uygun, zehirlenme-ilaç intoksikasyonlarında %5,5'inin (n=1) algoritmaya uygun olduğu gözlemlenmiştir. Nörolojik hastalıklar, travmalar, metabolik hastalıklar ve diğer hastalık gruplarında yapılan müdahaleler algoritmaya uygun değildir. Olay yerine varıştan vakanın hastaneye teslimine kadar olan süreçte yapılan müdahalelerin algoritmaya uygunluk durumu değerlendirildiğinde; kardiyovasküler sistem hastalıklarında yapılan müdahalelerin %11,9'unun (n=5) uygun, solunum sistemi hastalıklarında %2,6'sının (n=1) uygun, zehirlenme-ilaç intoksikasyonlarında %11,1'inin (n=2) algoritmaya uygun olduğu gözlemlenmiştir. Nörolojik hastalıklar, travmalar, metabolik hastalıklar ve diğer hastalık gruplarında yapılan müdahaleler algoritmaya uygun değildir. Literatürde algoritmaya uygunluk ile ilgili gözlemsel bir çalışma bulunmamaktadır. O nedenle karşılaştırma yapılamamıştır.

Toplam 207 vakada olay yerinde yapılan müdahalelerin değerlendirilmesinde; %79,2'sinin (n=164) olay yerine eksik malzeme ile gittiği, %42,9'unda (n=89) ilgili algoritmaya göre yapılması gereken solunum kontrolünün, %73,9'unda (n=153) dolaşım kontrolünün, %66,6'sında (n=28) oksijen uygulamasının, %57,1'inde (n=24) dolaşım monitörizasyonunun, %60,8'inde (n=126) solunum monitörizasyonunun yapılmadığı, %66,1'inde (n=137) damar yolunun açılmadığı veya uygunsuz açıldığı, %73,4'ünde (n=152) vital bulgu takibinin eksik yapıldığı, %33,3'ünde (n=69) ilaç uygulamalarının yapılmadığı saptanmıştır.

Toplam 207 vakada tüm süreçlerde yapılan müdahalelerin değerlendirilmesinde; %42,9'unda ilgili algoritmaya göre yapılması gereken (n=89) solunum kontrolünün, %72,9'unda (n=151) dolaşım kontrolünün, %54,5'inde (n=113) oksijen uygulamasının, %37,1'inde (n=77) dolaşım monitörizasyonunun, %38,6'sında (n=80) solunum monitörizasyonunun yapılmadığı, %41,1'inde (n=85) damar yolunun açılmadığı veya uygunsuz açıldığı, %66,1'inde (n=137) vital bulgu takibinin eksik yapıldığı, %29,4'ünde (n=61) ilaç uygulamalarının yapılmadığı saptanmıştır.

SONUÇ ve ÖNERİLER

- Araştırmada toplam 207 vaka değerlendirilmiştir. Bu vakaların %52,7'sini (n=109) kadınlar, %47,3'ünü (n=98) erkekler oluşturmaktadır.
- 65 yaş ve üzeri bireylerin ambulans kullanım oranı diğer yaş gruplarına göre oldukça yüksektir. Ülkemizde ortalama yaşam beklentisinin artmasıyla birlikte bu oranında artması beklenmektedir. Hizmetin planlanmasında dikkate alınmalıdır.
- Araştırmanın yapıldığı veri toplama süreci içerisinde, araştırmacının veri toplamak için bulunduğu istasyonlarda toplam 1150 vakaya çıkış yapılmıştır. Bunlardan sadece 207'si müdahalelerinin Hastane Öncesi Acil Tıbbi Bakım Yetişkin ve Çocuk Uygulama Kılavuzundaki tanılara uygundur. Vakaya ulaşımında gecikmeye neden olmamak ve personelin performansını düşürmemek için planlamaya gidilmelidir.
- Vaka için çıkış ve olay yerine varış süreleri istenen süreler içerisinde.
- Nakledilen vakaların çoğunluğunu kardiyovasküler sistem hastalıkları oluşturmaktadır.
- Hizmet verilen vakaların en yüksek oran kan basıncı ölçümünde çıkmaktadır. En düşük oran vücut ısısı ölçümüdür.

- Hizmet verilen vakaların %84,1'ine damar yolu açılmış, açılan damar yollarının %60,4'üne hiçbir mayi takılmamıştır. Hizmet içi eğitimlerde damar yolu açılması ve damar yoluna takılması gereken mayiler bir kez daha vurgulanmalıdır.
- Hizmet verilen vakalara %79,2 oranda eksik malzeme ile olay yerine gidildiği gözlenmiştir. Olay yerine eksik malzeme ile gidilmesinin sebepleri araştırılmalı bu konuda gerekli iç denetimler yapılmalıdır. Gerekli görülür ise müdahale çantalarının tekrar düzenlenmesi yoluna gidilmelidir.
- Vakalara müdahalelerin algoritmaya uygunluk oranı oldukça düşüktür. Algoritmaya uygun müdahalenin önemi ve gerekliliği vurgulanmalı, bu konuda düzenli olarak personel denetimleri yapılmalıdır.
- Olay yerinde ve tüm süreçlerde yapılan müdahalelere göre algoritmaya uygunluk durumu değerlendirildiğinde; Kardiyovasküler sistem hastalıklarında yapılan müdahalelerin uygunluk durumu diğer sistem hastalıklarına göre daha yüksektir. Nörolojik hastalıklar, travmalar, metabolik hastalıklar ve diğer hastalık gruplarında yapılan müdahaleler algoritmaya uygun değildir.
- Hizmet verilen vakalara yapılan müdahalelerde algoritma basamakları dikkate alınmamaktadır.

KAYNAKÇA

- Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği (2000). Resmî Gazete. Yayın Tarihi: 11.05.2000. Sayısı: 24046. Numarası: 4798.
- Akın S.A., Dagar S., Günay E., Cebeci Z.T., Aksay E. (2005). Assesment of prehospital medecal care for the patients transported to emergency department by ambulance. *Turkish Journal of Emergency Medicine* 15, 122-125
- Arreola-Risa C., Mock C.N., Lojero-Wheatly L., Cruz O., Garcia C., Canavati-Ayub F ve diğerleri.(2000). Low-cost improvement in prehospital trauma care in Latin American City. *Journal of Trauma* 48, 119-24.
- Breen N., Woods J., Bury G., Murphy A., Brazier H. (2000). A national census of ambulance response times to emergency calls in Ireland. *J Accid Emerg Medicine* 17, 392-395.
- Çetinoğlu E.Ç., Canbaz S.,Tomak L.,Pekşen Y. (2004). Samsun ili 2004 yılı 112 acil sağlık hizmetine bildirilen trafik kazalarının değerlendirilmesi. *Turk J Emerg Med* 7(1), 1-4.
- Demirhan N. (2003). *Türkiye'de 112 ilk ve acil yardım hizmetleri ve afetlerdeki rolü* (1.Baskı). İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri.
- Eagle J.,Rideout E. (1993). Price of the emergency department by the elderly population: myth or reality. *J Emerg Nurs* 19, 212-18.
- Kıdak L., Keskinoglu P., Sofuoğlu T., Ölmezoğlu Z. (2009). İzmir ilinde 112 acil ambulans hizmetlerinin kullanımının değerlendirilmesi. *Genel Tıp Dergisi* 19(3), 113-119.
- Luk S.,Jacobs L., Ciraluo D., Cortes V., Sable A., Dowel V. (1999). Outcome assessment of physiologic and clinical predictors of survival in patients after traumatic injury with a trauma score less than 5. *J Trauma* 46, 122-7.
- Mönür S., Gülen M., Avcı A., Satar S. (2018). 112 ambulansı ile çocuk acile getirilen hastaların değerlendirilmesi. *Bakırköy Tıp Dergisi* 14, 253-62.
- Nur N., Demir Ö.F., Çetinkaya S.,Tirek N. (2008) Yaşlılar tarafından kullanılan 112 acil Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Geriatrics* 11 (1), 7-11.
- Oktay C. (2007). Solunum sıkıntılı hastalara yaklaşım. *III. Ambulans Rallisi ve Acil Sağlık Hizmetleri Kongre Kitabı*. Ankara: 75-76.
- Öztürk Y, Günay O. (2011). *Halk sağlığı genel bilgileri* (1. Baskı). Kayseri: Erciyes Üniversitesi Yayınları.

- Razzak J.A., Kellermann A.L. (2002). Emergency medical care in developing countries: is it worthwhile?. *Bulletin of the World Health Organization* 80 (11).
- Soysal S.,Karcioğlu Ö.,Topaçoğlu H.,Yenal S.,Koparan H.,Yaman O. (2001). Ambulans ile acil servise getirilen hastalara uygulanan hastane öncesi acil bakımın değerlendirilmesi. *Akademik Acil Tıp Dergisi* 1, 52-56.
- Söğüt Ö.,Al B. (2009). Kafa travmalı hastalarda hastane öncesi yaklaşım ve acil serviste yönetim. *Genel Tıp Dergisi* 19(2), 85-90.
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2009). Ambulans Ve Acil Bakım Teknikerleri İle Acil Tıp Teknisyenlerinin Çalışma Usul Ve Esaslarına Dair Tebliğ. Resmi Gazete. Yayımlanma Tarihi: 26.03.2009. Sayısı: 27181.
- Wass A., Zoltie N. (1996) Changing patterns in accident and emergency attenders. *Emerg Med* 13, 269-71.
- William P.,Kelly R., Robert J.B. (2004). Rates and external causes of blunt head trauma in Ontario; analysis and review of Ontario trauma registry datasets. *Chronic Disease Canada* 25, 5 14.
- Zengin S. (2010). *İstanbul 112 komuta kontrol merkezine bağlı ambulansların bir yıl içerisinde taşıdıkları acil ve elektif cerrahi vakaların değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans tezi, İstanbul: Haliç Üniversitesi.
- Zenginol M. (2010). *Gaziantep ili 112 acil ambulanslarının 3 yıllık çalışma sonuçları*. Uzmanlık Tezi, Gaziantep: Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi.

EXTENDED ABSTRACT

Introduction: Public health is a concept covering the activities like prevention of diseases, extending the average life expectancy, improving physical health, and organizing medical services for early diagnosis and treatment. Death occurs in the first minutes after accidents and injuries. In this case, pre-hospital emergency health care services have great importance in reducing mortalities and preventing disabilities.

Materials and Methods: The study aims to evaluate compatibility of intervention of Ambulance and Emergency Care Technicians who work in A2 type stations in Konya city center to the patients according to flow chart in Pre-hospital Emergency Health Care Adult and Pediatric Application Guide; it has been performed observationally at A2 type ambulances employed by Ambulance Service Chief Department in Province Konya. The research data were collected by observing the cases and observing interventions of 35 AABT personnel employed at A2 type stations in the days planned through going to cases together with the researcher and each of the 35 AABT personnel. Interventions for total 207 cases of which preliminary diagnoses matching guide flowcharts were included in the study. The data form used in the research was prepared through considering the pre-diagnoses specified in the flowcharts and the order of operations appropriate to the pre-diagnoses. After the data were transferred to computer, error checks were performed and it was summarized as the mean \pm standard deviation and percentage.

Findings: Totally 207 cases were evaluated in the trial. Such cases included 109 (52.7%) females and 98 (47.3%) males. Age average of the cases transferred was found 49.06 years. Mean case emergence period was 1 minute and 11 seconds; mean arrival period to the venue was 7 minutes and 11 seconds. Cardiovascular diseases were detected in 20.03% (n=42) of the cases transferred. Among the patients whom services were provided, blood pressure of 177 (85.5%) patients, blood glucose of 69 (33.3%) patients, body temperature of 23 (11.1%) patients, and oxygen saturation of 90 (43.5%) patients were measured. It was detected that services were provided with deficient equipment in 79.2% of the cases. Evaluation of compliance to the algorithm was performed as follows: The algorithm compliance rate in venue evaluation was found 3.4% (n=7); the compliance rate for evaluation of the interventions to the algorithm during the period from arrival to the venue to transfer to the hospital was found 3.9% (n=8). Evaluation of both processes revealed that 11.9% (n=5) of the interventions implemented for cardiovascular diseases and 2.6% (n=1) of the interventions implemented for respiratory system diseases were compliant to the algorithm. The interventions done for neurological diseases, traumas, metabolic diseases and other conditions were detected non-compliant during both processes. Evaluation of the venue interventions revealed the following findings; respiratory control which should be done according to the algorithm was not performed in 42.9% (n=89) of the cases; circulation control was not done in 73.9% (n=153) of the cases; oxygen administration was not executed in 66.6% (n=28) of the cases; circulation monitoring was not done in 57.1% (n=24) of the cases; respiration monitoring was not performed in 60.8% (n=126); intravenous access was not obtained or opened improperly in 66.1% (n=137) of the cases; vital signs were monitored deficiently in 73.4% (n=152) of the cases; and required medication administration was not done in 33.3% (n=69) of the cases. Evaluation of the interventions from arrival to the venue to delivery to the hospital revealed the following findings; respiratory control which should be done according to the algorithm was not performed in 42.9% (n=89) of the cases; circulation control was not done in 72.9% (n=151) of the cases; oxygen administration was not executed in 54.5% (n=113) of the cases; circulation monitoring was not done in 37.1% (n=77) of the cases; respiration monitoring was not performed in 38.6% (n=80); intravenous access was not obtained or opened improperly in 41.1% (n=85) of the cases; vital signs were monitored deficiently in 66.1% (n=137) of the cases; and required medication administration was not done in 29.4% (n=61) of the cases.

Discussion: Mean arrival to the venue was detected 7 minutes and 11 seconds. For 1,200 cases reported in the study of Zengin (2010), travel time was 1 minute in minimum and 66 minute sin maximum. The cases were reached in 6.18 minutes in average. Cetinoglu et al. (2007) evaluated the patients with cardiovascular system problems whom 112 emergency healthcare services have accessed in Samsun province, and detected the arrival period to the cases enrolled into the research as 4.6 ± 2.4 minutes. In the study conducted by Zengin (2010), vital signs of 1,069 (89.1%) cases taken over by ambulance were measured; however, vital signs of 131 (10.959 patients) were not measured. Blood glucose was measured in 0.3% (n=3) of the cases. Parker et al. detected in their study conducted in 2005 that vital sign measurement was deficient in 92.4% of the cases carried by AABT. Vital sign measurement is evaluated separately in the present study. The highest rate in blood pressure measurement increases up to 73.9%. The lowest rate is measurement of the body temperature (10.1%). There is not any study on venue observation in the literature. Therefore, it is not possible to make a comparison on materials taken to the venue and algorithm compliance rates.

Conclusion and Suggestions:

- Departure and venue arrival periods for the case are within adequate time limits.
- Majority of the cases transferred consisted of cardiovascular system diseases.
- The highest rate for the services provided was blood pressure measurement. The lowest rate was body temperature measurement.
- Intravenous access was provided in 84.1% of the cases; no infusion was done in 60.4% of intravenous accesses. Intravenous access and the fluids to be infused through intravenous access should be emphasized once more during in-house training.
- It was observed that the venue was arrived with deficient equipment in 79.2% of the cases. The causes for such deficiency in equipment should be investigated and internal audits should be run for this issue. If required, rearrangement of intervention bags should be considered.
- Algorithm compliance rate for intervention to the cases is quite low. Importance and necessity of adequate intervention to the algorithm should be addressed and regular personnel audits should be done for this issue.
- When algorithm compliance is evaluated according to the interventions done in the venue during all processes, compliance status of the interventions during cardiovascular system disease is higher than other systemic diseases. The interventions done for neurological diseases, traumas, metabolic diseases and other conditions were non-compliant.
- The algorithm steps are ignored during interventions to the cases that services are provided.

Nefroloji ve Onkoloji Kliniklerinde Yatan Hastaların Bakım Bağımlılığı Düzeylerinin Belirlenmesi

Özlem BİLGİN¹ , Deniz ÖZDEMİR² , Fatih SAÇKAN³ , İbrahim GÜNEY⁴ 

¹ Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nefroloji Bölümü, Konya, Türkiye, ozlemxbilgin@gmail.com

² Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Onkoloji Bölümü, Konya, Türkiye, dnzzzzdmr@gmail.com

³ Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dahiliye Bölümü, Konya, Türkiye, drfatihhsackan@gmail.com

⁴ Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nefroloji Bölümü, Konya, Türkiye, driguney71@yahoo.com

Makale Bilgileri

ÖZ

Makale Geçmişi

Geliş: 08.11.2019

Kabul: 14.01.2020

Yayın: 25.04.2020

Anahtar Kelimeler:

Bağımlılık Faktörleri,
Bakım Bağımlılığı,
Nefroloji,
Onkoloji.

Sorumlu Yazar:

Deniz ÖZDEMİR

e-posta:

dnzzzzdmr@gmail.com

Giriş: Bireylerin bakım gereksinimlerinin ve bağımsızlık durumlarının belirlenmesi, bireye özgü hemşirelik bakımını planlamada hemşireye temel bilgi sağlayarak, hastaya verilen hemşirelik bakımının kalitesinin artmasını sağlamaktadır. **Amaç:** Bu çalışma, nefroloji ve onkoloji kliniklerinde yatan hastaların bakım bağımlılığı düzeylerini ve bakım bağımlılıklarını etkileyen faktörleri belirlemek için tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapılmıştır. **Yöntem:** Araştırmaya bir eğitim ve araştırma hastanesinin nefroloji ve onkoloji kliniklerinde yatan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 401 hasta alınmıştır. Araştırma verilerinin toplanmasında hastaların sosyodemografik özelliklerini içeren "Hasta Tanıtım Formu" ve "Bakım Bağımlılığı Ölçeği" kullanılmıştır. **Bulgular:** Araştırmaya katılan onkoloji hastalarının %60,5'inin, nefroloji hastalarının ise %63,2'sinin bakım bağımlı olduğu saptanmıştır. Eğitim durumlarına göre bağımlılık durumları karşılaştırıldığında okur yazar olmayanların %72,6'sı bağımlı iken, okur yazar olanların %57,6'sının bağımlı olduğu saptanmıştır. Eğitim durumu ile bakım bağımlılığı durumu karşılaştırıldığında aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p=0,006$). Bağımlı olan ve olmayan gruplar karşılaştırıldığında; ekonomik durum ($p<0,001$), baston kullanımı ($p<0,001$), işitme problemi ($p<0,001$), konuşma problemi ($p<0,001$), çiğneme problemi ($p<0,001$) ve yürüme problemi ($p<0,001$) açısından iki grup arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. **Sonuç ve öneriler:** Bu çalışmada nefroloji ve onkoloji kliniklerinde yatan hastaların bakım bağımlılığı düzeyleri arasında herhangi bir fark olmadığı saptanmıştır. Bakım bağımlılığını bağımsız olarak etkileyen faktörler olarak; işitme problemi, konuşma problemi, çiğneme problemi, yürüme problemi ve ekonomik durum saptanmıştır. Sağlık personeli istihdamı ve sağlık harcamaları ile ilgili yeni planlamalar yapılırken bu faktörlerin göz önünde bulundurulması ve bu faktörleri düzeltecek müdahaleler yapılması, özellikle bu problemleri bulunan hastalara rehabilitasyon hizmetlerinin verilmesinin; bakım bağımlılığını azaltacağı ve daha maliyet etkin olacağı düşünülmektedir.

Evaluation of Care Dependence Levels of Inpatients in Nephrology and Oncology

Article Info

ABSTRACT

Article History

Received: 08.11.2019

Accepted: 14.01.2020

Published: 25.04.2020

Keywords:

Dependency Factors,
Care Dependency,
Nephrology,
Oncology.

Corresponding Author:

Deniz ÖZDEMİR

e-mail:

dnzzzzdmr@gmail.com

Introduction: Determining the care needs and independence status of individuals provides basic information to the nurse in planning individual nursing care, and improves the quality of nursing care given to the patient. **Objective:** This study was conducted descriptively and cross-sectionally in order to determine the levels of care dependence and the factors affecting care dependence of inpatients in nephrology and oncology clinics. **Methods:** A total of 401 patients who accepted to participate in the study were recruited from the nephrology and oncology clinics of a training and research hospital. In the study; "Care Dependence Scale" and "Patient Identification Form" including sociodemographic characteristics of the patients were used. **Results:** It was found that 60.5% of the oncology patients and 63.2% of the nephrology patients were care-dependent. When education level and care dependency status were compared, it was found that 72.6% of the illiterate patients were dependent, and 57.6% of the literate patients were dependent. When education level and care dependence status were compared, the difference was found to be statistically significant. ($p=0,006$). There was a statistically significant difference between the dependent and non - dependent groups in terms of economic status ($p<0,001$), cane use ($p<0,001$), hearing problem ($p<0,001$), speech problem ($p<0,001$), chewing problem ($p<0,001$) and walking problem ($p<0,001$). **Conclusions and Recommendations:** In this study, it was found that there was no difference between care dependence levels of inpatients in nephrology and oncology clinics. Hearing problem, speech problem, chewing problem, walking problem and economic status were found to be independent factors affecting care dependence. Considering these factors and making interventions to correct these factors when making new plans regarding the employment of health personnel and health expenditures; It is thought it will reduce the level of care dependence and be more cost effective.

Atf/Citation: Bilgin, Ö., Özdemir, D., Saçkan, F. & Güney, İ. (2020). Nefroloji ve onkoloji kliniklerinde yatan hastaların bakım bağımlılığı düzeylerinin belirlenmesi, *Genel Sağlık Bilimleri Dergisi*. 1(2), 14-23.

GİRİŞ

Bağımlılık pedagoji, sosyal psikoloji, psikiyatri, tıp bilimi ve hemşirelikte çok kullanılan bir terimdir. Hastalıkları veya hastaları ilgilendirdiğinde "bağımlılık her zaman bireyin çevresindeki kişilerin bir durumunun veya bir dizi özelliklerinin olumsuz değerlendirmesini" içerir. Bakım, sağlık profesyoneli ile ilişkili ve hastaya atfedilebilen anahtar bir terimdir, bağımlılık ise hasta ile ilgili anahtar terimdir. Bakım bağımlılığı şu şekilde tanımlanmıştır: 'Öz bakım kabiliyetleri azalmış ve bakım talepleri kendisini belli bir dereceye kadar bağımlı kılan bir hastaya verilen profesyonel destek' olarak tanımlanmıştır (Dijkstra, Tiesinga, Plantinga, Veltman ve Dassen, 2005; Kavuran ve Turkoglu, 2018). Bu desteğin amacı, hastanın öz bakım gerçekleştirme konusundaki bağımsızlığını sağlamaktır (Dijkstra, Buist ve Dassen, 1996; Dijkstra ve diğerleri 2005). Hemşireler farklı bakım bağımlılığı düzeyi olan hastaları, bireyselleşmiş hemşirelik bakımının planlanması açısından oldukça önemsemektedirler (Kissel, Dassen ve Lohrmann, 2010). Bağımlı ve bağımsız hastaların bakım ihtiyaçları farklı olduğu için hemşirelik bakımı beklentileri farklı olabilir. Bu durumu belirlemenin en önemli yolu Günlük Yaşam Aktivitelerinde Bağımsızlığını sorgulayabilmektir; banyo yapmak, beslemek, elbiselerin giyilmesi ve çıkarılması, yatağa girme ve çıkma, kontinans durumlarının sorulmasıdır (Çivi ve Tanrıku, 2000; Tabali, Ostermann, Jeschke, Dassen ve Heinze, 2013). Başarılı ve etkili rehabilitasyonun temeli sadece yeterli tıbbi tedaviyle değil, aynı zamanda hasta merkezli ve kapsamlı hemşirelik bakımıyla gerçekleşir. Bağımlılığın azaltılması, bağımsızlığın desteklenmesi veya kurtarılması, bu bağlamda kişilerin aktif yaşama dönmelerine yardımcı olmak ve yaşam kalitelerinin artmasını sağlamak hayati öneme sahiptir (Davies, Ellis ve Laker, 2000; Davies, Laker ve Ellis, 1997; Dijkstra, 1998).

Hemşirelik mesleğinin uğraşı alanı insandır ve hemşirelik 'bakıma' temellendirilmiş bir meslektir. Bakım yalnızca hemşireliğe özgü değildir, ancak bakım hemşirelik için özgündür (Dinç 2010). Hemşireliğin temel ilgi alanı ve amacı insana yardım etmek, hastalık nedeniyle bireyin kendi ihtiyaçlarını karşılayamadığı durumlarda birey adına bu ihtiyaçların devamlılığını sağlamaktır (Korhan ve diğerleri 2013). Bireylerin bakım gereksinimlerinin ve bağımsızlık durumlarının belirlenmesi, bireye özgü hemşirelik bakımını planlamada hemşireye temel bilgi sağlayarak, hastaya verilen hemşirelik bakımının kalitesinin artmasını sağlamaktadır (Caljouw, Cools ve Gussekloo, 2014; Kissel ve diğerleri, 2010).

Yapılan çalışmalar (Düzgün, Yılmaz, Kara ve Durmaz, 2019; Kavuran ve Turkoglu, 2018; Korhan ve diğerleri 2013; Türk ve Üstün, 2018) dahili kliniklerde ki bakım bağımlılığı düzeylerini belirlemek için ve dahili-cerrahi kliniklerde ki bakım bağımlılığı düzeylerini kıyaslamak için yapılmıştır bu çalışma ise iki dahili kliniği (Nefroloji, Onkoloji) karşılaştırmak amacıyla yapılmıştır. Kronik hastalıkların varlığı (Kronik böbrek yetmezliği, kanser, diyabet, hipertansiyon, serebrovasküler olay vs.) günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılığın artmasına neden olurken, fiziksel yetersizliği de beraberinde getirmektedir. (Çivi ve Tanrıku, 2000; Tel, 2006). Nefroloji kliniğinde tedavi gören hastaların özellikle kişisel hijyen, kişilerarası iletişim, beslenme, uyku gibi günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılığı artmakta, dolayısıyla uzun süreli kontrol ve bakım gerekmektedir (Altay, Çavuşoğlu ve Çal, 2016; Novian, 2007). Onkoloji hastaları ile ilgili yapılan çalışmalarda da (Orak ve Sezgin, 2015; Zeliha, Sağlam ve Çınarlı, 2016) onkoloji hastalarının %50'sine yakınının bakım yüküne sahip olduğu tespit edilmiştir. Bu çalışmada ki amaç; nefroloji ve onkoloji kliniklerinde yatan hastaların bakım bağımlılık düzeylerinin belirlenmesi, bağımlılık düzeylerini etkileyen faktörlerin belirlenmesi, hemşirelik bakımının planlanması ve bakımın yönetimine temel oluşturmaktır. İki klinikte (nefroloji ve onkoloji) yatan hastaların bakım bağımlılığı düzeylerinin belirlenerek, hastaya verilecek olan hemşirelik bakımının kalitesini ve hemşirelere olan gereksinimi etkileyebileceği düşüncesinden yola çıkılarak bu çalışma gerçekleştirilmiştir.

Araştırma soruları:

1.Nefroloji ve onkoloji kliniklerinde yatan hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre bakım bağımlılığı düzeyi nedir?

2.Nefroloji ve onkoloji kliniklerinde yatan hastaların bakım bağımlılığı düzeyi nedir?

3.Nefroloji ve onkoloji kliniklerinde yatan hastaların bakım bağımlılığını bağımsız olarak etkileyen faktörler nelerdir?

AMAÇ

Çalışmanın amacı nefroloji ve onkoloji kliniğinde yatan hastaların bakım bağımlılığı düzeylerini ve bakım bağımlılığı ile ilişkili faktörleri belirlemektir.

YÖNTEM

Araştırmanın Tipi

Tanımlayıcı ve kesitsel türde bir çalışmadır.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini bir eğitim ve araştırma hastanesinin nefroloji ve onkoloji kliniğinde 2016 yılı Mayıs-Temmuz aylarında yatışı yapılan hastalar oluşturmuştur. Bu tarihlerde araştırmayı katılmayı kabul eden 401 (200'onkoloji, 201'i nefroloji) hasta araştırmaya dahil edilmiştir. Araştırmaya 18 yaş üzerinde olan, iletişim kurulabilen, araştırmaya katılmayı kabul eden ve bilinci açık olan hastalar dahil edilmiştir.

Veri Toplama Araçları

Veriler 'Hasta Tanıtım Formu' ve 'Bakım Bağımlılığı Ölçeği' ile toplandı. 'Hasta tanıtım formu' literatür (Boggatz ve diğerleri 2009; Çevik ve Eşer, 2014; Dijkstra ve diğerleri 1996; Yönt, Akın Korhan, Khorshid, Eşer ve Dijkstra, 2010) bilgileri doğrultusunda hastaların sosyodemografik özelliklerini içeren altı sorudan oluşturuldu. 'Bakım Bağımlılığı Ölçeği (Care Dependency Scale), Dijkstra tarafından Hollanda'da 1998 yılında geliştirilen, Virginia Henderson'ın insan gereksinimlerine göre temellendirilmiş ve hastaların bakım bağımlılık durumlarını değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş bir ölçektir. Bakım Bağımlılığı Ölçeği çeşitli fiziksel ve psikolojik yönleri içermekte ve kapsamlı bir şekilde hastanın bakım bağımlılığının değerlendirilmesini sağlamaktadır (Dijkstra ve diğerleri 1996; Kissel ve diğerleri 2010). Bakım Bağımlılığı Ölçeğinden beklenildiği gibi hastaların bakım bağımlılığı ihtiyacının olup olmadığının kararının verilmesi beklenilmektedir. Bu konuda yapılmış birçok çalışmada farklı örneklem büyüklüğü ve bakım bağımlılığı için kullanılan farklı tanısal kriterlerin olmasına bağlı olarak farklı cut-off değerleri saptanmıştır. Fakat son zamanlarda farklı hasta gruplarında yapılan çalışmalarda bakım bağımlılığı ölçeği puanı cut-off değeri ≤ 68 olarak alınmıştır. Dijkstra ve arkadaşları (2005) yaptıkları çalışmada; Toplam bakım bağımlılığı ölçeği skoru için cut-off değeri ≤ 68 alındığında; yapılan ROC analizinde eğri altında kalan alan 0,81 ile orta düzeyde tanı koydurucu olarak saptanmış, sensitiviteyi 0,85 ve pozitif prediktif değeri de 0,90 olarak saptanmıştır (Dijkstra ve diğerleri 2005).

Bakım Bağımlılığı Ölçeği'nin Türkiye'de geçerlik ve güvenilirlik çalışması Yönt ve arkadaşları tarafından (2010) yapılmıştır (Yönt ve diğerleri 2010). Bakım Bağımlılığı Ölçeği, bireylerin bağımlılık düzeylerini belirleyen, beşli likert tipi bir ölçektir. Günlük yaşam aktivitelerini içeren toplam 17 maddeden oluşan bir ölçektir. Derecelendirme 1=tamamen bağımlı, 2=Oldukça bağımlı, 3=Kısmen bağımlı, 4=Çok az bağımlı, 5= Hemen hemen/ tamamen bağımsız şeklindedir. Ölçekten alınacak en düşük puan 17 ve en yüksek puan ise 85' tir. Ölçek puanının yüksek olması, hastanın bakım gereksinimlerini karşılarken bağımsız olduğunu, ölçek puanının düşük olması hastanın bakım

gereksinimlerini karşılamada başkalarına bağımlı olduğunu göstermektedir. Veriler araştırmacılar tarafından hastalarla yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Ölçeğin Cronbach alpha değeri 0.91 olarak bulunmuştur. Bu çalışmanın Cronbach alpha katsayısı 0,98 bulunmuştur.

Veri Toplama

Araştırma 1250 yatak kapasitesine sahip bir eğitim ve araştırma hastanesinin nefroloji ve onkoloji kliniklerinde yürütülmüştür. Nefroloji kliniğinde 20 yatak, onkoloji kliniğinde ise 27 yatak bulunmaktadır. Araştırmacılar Nefroloji ve Onkoloji kliniklerinde yatan hastaları hasta odalarında ziyaret ederek araştırma hakkında bilgi vermiş ve araştırmaya katılmayı kabul eden hastalardan aydınlatılmış onam almıştır. Onam sonrası hastalara Hasta Tanıtım Formu ve Bakım Bağımlılığı Ölçeği uygulanmıştır. Veri toplamada kullanılan formlar, hasta bireyler ile yüz yüze görüşülerek araştırmacılar tarafından doldurulmuştur. Formların yanıtlanması yaklaşık 15-20 dakika sürmüştür.

Verilerin Analizi

Araştırma sonucu elde edilen verilerin analizi SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 22.0 paket programı ile bilgisayar ortamında yapılmıştır. Elde edilen veriler, normal dağılım testleri sonucunda normal dağılım sağlamamıştır ve bu nedenle istatistiksel analizlerde nonparametrik testler kullanılmıştır. Verilerin istatistiksel analizinde sayı -yüzde dağılımı, Ki-Kare, Mann Whitney U-Testi kullanılmıştır, Bakım bağımlılığını bağımsız olarak etkileyen faktörlerin saptanması için ise lojistik regresyon analizi yapılmıştır.

Etik

Verilerin toplanması için Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı'ndan 19.02.2016 tarihli dilekçenin 23.02.2016 tarihli 2016/22 Karar sayısı ile yazılı etik izin ve araştırmanın uygulanabilmesi için Kamu Hastaneler Birliği Eğitim ve Araştırma Hastanesi Eğitim Planlama Kurulundan (EPK) 28.04.2016 tarih ve 07-09 nolu karar ile yazılı izin alınmıştır.

BULGULAR

Araştırmaya katılan Onkoloji hastalarının %60,5'i, Nefroloji hastalarının ise %63,2'si bağımlı olduğu görülmüştür. Eğitim durumlarına göre değerlendirildiğinde ise %72,6'sı okuryazar olmayan bağımlı grup iken, %57,6'sı okuryazar olan bağımlı gruptur ve eğitim durumu ile Bakım Bağımlılığı Ölçeği (BBÖ) puan ortalamaları karşılaştırıldığında aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p=0,006$). Ekonomik durum, kısmi ya da tam protez, baston kullanımı, işitme problemi, konuşma problemi, çiğneme problemi ve yürüme problemi olanlar ile BBÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 1).

Tablo 1. Bağımlılık durumuna göre grupların karşılaştırılması (n=401)

		Bağımsız Grup	Bağımlı Olan Grup	p değeri
Yattığı Servis	Onkoloji	79(%39,5)	121(%60,5)	0,580
	Nefroloji	74(%36,8)	127(%63,2)	
Yaş	65 yaş altı	89(%37,1)	151(%62,9)	0,590
	65 yaş ve üstü	64(%39,8)	97(%60,2)	
Cinsiyet	Kadın	77(%39,3)	119(%60,7)	0,648
	Erkek	76(%37,1)	129(%62,9)	
Medeni Durum	Bekâr	31(%31,6)	67(%68,4)	0,126
	Evli	122(%40,3)	181(%59,7)	
Eğitim Durumu	Okur Yazar Değil	31(%27,4)	82(%72,6)	

	Okur Yazar	122(%42,4)	166(%57,6)	*0,006
Ekonomik Durum	Düşük	127(%34,4)	242(%65,6)	
	Orta / Yüksek	26(%81,3)	6(%18,8)	**<0,001
Birlikte Yaşama Durumu	Yalnız	9(%39,1)	14(%60,9)	0,921
	Birlikte	144(%38,1)	234(%61,9)	
İşitme Cihazı Kullanımı	Yok	151(%39)	236(%61)	0,061
	Var	2(%14,3)	12(%85,7)	
Gözlük Kullanımı	Yok	98(%36,7)	169(%63,3)	0,399
	Var	55(%41)	79(%59)	
Kısmi ya da Tam Protez	Yok	104(%43)	138(%57)	
	Var	49(%30,8)	110(%69,2)	*0,014
Baston Kullanımı	Yok	143(%44,5)	178(%55,5)	
	Var	10(%12,5)	70(%87,5)	**<0,001
İşitme Problemi	Yok	147(%41,9)	204(%58,1)	
	Var	6(%12)	44(%88)	**<0,001
Görme Problemi	Yok	111(%39,6)	169(%60,4)	
	Var	42(%34,7)	79(%65,3)	0,351
Konuşma Problemi	Yok	151(%44)	192(%56)	
	Var	2(%3,4)	56(%96,6)	**<0,001
Çiğneme Problemi	Yok	150(%41,4)	212(%58,6)	
	Var	3(%7,7)	36(%92,3)	**<0,001
Yürüme Problemi	Yok	136(%67,7)	65(%32,3)	
	Var	17(%8,5)	183(%91,5)	**<0,001

*Ki-Kare testi kullanılmıştır. *p <0,05. **p < 0,001.

Hastaların BBÖ ölçeği maddelerine verdikleri cevapların puan ortalamaları karşılaştırıldığında; Nefroloji ve Onkoloji kliniği arasında hareketlilik, gece-gündüz döngüsü, tehlikelerden kaçınma, kurallara uyma, günlük aktiviteler, eğlence aktiviteleri, bellek hafıza, öğrenme yeteneği maddeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (Tablo 2).

Tablo 2. Kliniklere göre bakım bağımlılığı ölçeği maddeleri puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=401)

	Nefroloji Servisi	Onkoloji Servisi	p değeri
Beslenme	3,74±1,6	3,66±1,5	0,394
Kontinans	3,62±1,66	3,38±1,53	0,067
Beden Duruşu	3,1±1,56	3,36±1,3	0,089
Hareketlilik	2,89±1,59	3,38±1,31	0,001
Gündüz Gece Döngüsü	3,56±1,48	3,29±1,23	0,015
Giyinme Soyunma	3,11±1,63	3,23±1,46	0,407
Vücut Sıcaklığı	3,63±1,49	3,87±1,08	0,452
Vücut Temizliği	2,99±1,68	2,75±1,49	0,452
Tehlikelerden Kaçınma	2,84±1,59	3,19±1,27	0,008
İletişim	3,94±1,44	4±1,11	0,333
Başkaları ile İletişim Kurma	3,78±1,5	4,02±1,1	0,627
İbadet Yapma	3,16±1,59	2,74±0,85	0,030
Kurallara Uyma	3,05±1,54	4,14±1,01	<0,001
Günlük Aktiviteler	2,8±1,58	3,57±1,31	<0,001
Eğlence Aktiviteleri	2,8±1,52	3,26±1,21	<0,001

Bellek Hafıza	3,51±1,42	4,17±0,99	<0,001
Öğrenme Yeteneği	3,15±1,46	4,09±1,02	<0,001
Bağımlılık Ölçek Toplamı	55,64±24,2	60,1±17,34	0,295

*Mann Whitney U-Testi kullanılmıştır.

Bakım Bağımlılığı Ölçeği sonuçlarına göre (cut-off≤68) hastaların 248'inin (%61,8) bakıma ihtiyacı olduğu saptandı. İşitme problemi, konuşma problemi, çiğneme problemi, yürüme problemi, ekonomik durum, bakım bağımlılığı olan ve olmayan iki grup için karşılaştırıldı. Bakım bağımlılığı ile ilişkili bulunan faktörler; bağımsız olarak bakım bağımlılığını etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi için binominal lojistik regresyon analizine alındı. Lojistik regresyon modeli istatistiksel olarak anlamlıydı, $\chi^2(5)=219.795$, $p<0,001$. Model bağımlılıktaki değişimin %57,4'ünü (Nagelkerke R2) açıkladı ve vakaların %83'ünü doğru bir şekilde sınıflandırdı. İşitme problemi, konuşma problemi, çiğneme problemi, yürüme problemi, ekonomik durum; bağımsız olarak bakım bağımlılığını etkileyen faktörler olarak bulundu. (Tablo 3).

Tablo 3. Bakım Bağımlılığını Bağımsız Olarak Etkileyen Faktörlerin Saptanması (n=401)

	OR	%95 GA	p değeri
İşitme Problemi	4,547	1,639-12,618	0,001
Konuşma Problemi	10,692	2,316-49,358	0,004
Çiğneme Problemi	7,120	1,865-27,179	0,006
Yürüme Problemi	20,133	10,722-37,804	<0,001
Ekonomik Durum	11,306	2,738-46,675	0,001
Sabit Değer	9,481		0,011

*Lojistik regresyon analizi yapılmıştır.

TARTIŞMA

Yatan hastaların bakım bağımlılığı düzeylerinin belirlenmesi; hemşirelik bakımının ve hemşire iş gücü planlanmasında önemli bir unsurdur (Çevik ve Eşer, 2014; Düzgün ve diğerleri 2019; Kılıç, Cevheroğlu ve Görgülü, 2017; Korhan ve diğerleri 2013).

Bir eğitim ve araştırma hastanesinin Nefroloji ve Onkoloji kliniklerinde yatan hastaların bakım bağımlılığı düzeylerini belirlemek için yapılan bu araştırma sonucunda; hastaların BBÖ toplam puan ortalamaları sırasıyla 55,64±24,2 ve 60,1±17,34 olarak bulundu (Tablo 2). Göğüs hastalıkları kliniğinde yatan hastaların bakım bağımlılığının belirlendiği çalışmada BBÖ toplam puan ortalaması 60,35±16,97 olduğunu saptamışlardır (Düzgün ve diğerleri 2019). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOA) olan hastalarla yapılan çalışmada BBÖ toplam puan ortalaması 48,80 ± 9,48 olduğunu belirlemişlerdir (Türk ve Üstün, 2018). Nöroloji hastalarında yapılan çalışmada ise BBÖ toplam puan ortalamasının 59,98 ± 23,49 olduğunu belirlemişlerdir (Kavuran ve Turkoglu, 2018). Bu çalışmada elde edilen sonuç ile dâhili kliniklerde yapılan çalışmalarla benzer olduğu söylenebilir.

Hastaların BBÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında; Nefroloji ve Onkoloji kliniği arasında hareketlilik, gece-gündüz döngüsü, tehlikelerden kaçınma, kurallara uyma, günlük aktiviteler, eğlence aktiviteleri, bellek-hafıza ve öğrenme yeteneği maddeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,005$). Benzer bir şekilde kronik kalp yetmezliği ve KOA olan hastaların bakım bağımlılığının ölçüldüğü çalışmalarda da, bakım bağımlılığı öğeleri, hareketlilik, gece-gündüz döngüsü, tehlikelerden kaçınma, kurallara uyma, günlük aktiviteler, eğlence aktiviteleri, bellek-hafıza ve öğrenme yeteneği gibi parametreler de bağımlı oldukları belirlenmiştir (Köberich, Lohrmann ve Dassen, 2014; Türk ve Üstün, 2018). Yine benzer bir çalışmada aynı hastalık grubunun bakım bağımlılığının fizyolojik ve psikolojik semptomlarla ve kullanılan ilaç sayısı ile ilişkisi olduğu belirtilmiştir (Janssen, Franssen, Wouters, Schols ve Spruit, 2011). Bu çalışmada elde edilen sonuç tedavilerin ve girişimsel işlemlerin

fazla olması, hastaların hastanede kalış süresini arttırdığı (Kavuran ve Turkoglu, 2018) için hastaların bakım bağımlılığını etkilediğini düşündürmektedir.

Eğitim durumu değişkenine göre BBÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında okur yazar olmayan grubun, okur yazar olan gruba oranla bağımlılık düzeylerinin yüksek olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ($p=0,006$). Diğer çalışmalarda da benzer sonuçlar elde edilmiştir (Düzgün ve diğerleri 2019; Kılıç ve diğerleri 2017; Türk ve Üstün, 2018). Bu bulgu eğitim seviyesinin artmasıyla, kişilerin tedaviye olan uyumun, hastalıkları ile bilgilere ulaşmada farkındalığın artması ve kendi bakımlarının sorumluluklarını alabilmeleri, bundan dolayı da bağımsızlık düzeylerinin daha yüksek olduğunu düşündürmektedir.

Bakım bağımlılığını etkileyebilecek faktörlere bakıldığında, işitme problemi, konuşma problemi, çiğneme problemi, yürüme problemi, ekonomik durum, bağımsız olarak bakım bağımlılığı ile ilişkili olduğu saptandı. Özellikle Ekonomik durumun bakım bağımlılığı düzeyini 13,155 kat daha fazla etkilediği belirlenmiştir. Hastalığın semptomlarının artması ve hastaların durumuna eşlik eden başka problemlerin olması bağımlılık düzeyinin artmasına sebep olduğu belirlenmiştir.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Hastaların bağımlılık düzeyleri açısından nefroloji ve onkoloji klinikleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanırken, Bakım Bağımlılığı Ölçeği sonuçlarına göre hastaların 248'inin (%61,8) bakıma ihtiyacı olduğu saptanmıştır. İşitme problemi, konuşma problemi, çiğneme problemi, yürüme problemi, ekonomik durumun; bağımsız olarak bakım bağımlılığı ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Bu çalışma doğrultusunda; diğer kliniklerde yatan hastaların bakım bağımlılığı düzeylerinin daha geniş örneklem grubuyla yapılması, hastaların bakım bağımlılığı düzeylerinin ve gereksinimlerinin belirlenmesi, bu durumu etkileyen faktörlerin belirlenerek hemşirelik bakımının planlanması önerilmektedir.

KAYNAKÇA

- Altay, B., Çavuşoğlu, F., & Çal, A. (2016). Yaşlıların sağlık algısı, yaşam kalitesi ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15(3), 181-189.
- Boggatz, T., Farid, T., Mohammedin, A., Dijkstra, A., Lohrmann, C., & Dassen, T. (2009). Psychometric properties of the extended Care Dependency Scale for older persons in Egypt. *Journal of Clinical Nursing*, 18(23), 3280-3289.
- Caljouw, M., Cools, H., & Gussekloo, J. (2014). Natural course of care dependency in residents of long-term care facilities: prospective follow-up study. *BMC geriatrics*, 14(1), 67.
- Çevik, K., & Eşer, İ. (2014). Nöroşirurji kliniğinde yatan hastaların bağımlılık düzeylerinin hemşirelik bakım kalitesini algılamalarına etkisi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 22(2), 76-83.
- Çivi, S., & Tanrıkulu, M. (2000). Yaşlılarda bağımlılık ve fiziksel yetersizlik düzeyleri ile kronik hastalıkların prevalansını saptamaya yönelik epidemiyolojik çalışma. *Türk Geriatri Dergisi*, 3(3), 85-90.
- Davies, S., Ellis, L., & Laker, S. (2000). Promoting autonomy and independence for older people within nursing practice: an observational study. *Journal of Clinical Nursing*, 9(1), 127-136.
- Davies, S., Laker, S., & Ellis, L. (1997). Promoting autonomy and independence for older people within nursing practice: a literature review. *Journal of advanced nursing*, 26(2), 408-417.
- Dijkstra, A. (1998). *Care dependency: an assessment instrument for use in long-term care facilities*: University of Groningen.

- Dijkstra, A., Buist, G., & Dassen, T. (1996). Nursing-care dependency: development of an assessment scale for demented and mentally handicapped patients. *Scandinavian journal of caring sciences*, 10(3), 137-143.
- Dijkstra, A., Tiesinga, L., Plantinga, L., Veltman, G., & Dassen, T. (2005). Diagnostic accuracy of the care dependency scale. *Journal of advanced nursing*, 50(4), 410-416.
- Dinç, L. (2010). The concept of caring and its' moral component. *Hacettepe University Faculty of Health Sciences Nursing Journal*, 17, 74-82.
- Düzgün, F., Yılmaz, D., Kara, H., & Durmaz, H. (2019). Bir Üniversite Hastanesinin Göğüs Hastalıkları Kliniğinde Yatan Hastaların Bakım Bağımlılığının Belirlenmesi. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi*, 11(4), 367-373.
- Janssen, D. J., Franssen, F. M., Wouters, E. F., Schols, J. M., & Spruit, M. A. (2011). Impaired health status and care dependency in patients with advanced COPD or chronic heart failure. *Quality of life research*, 20(10), 1679-1688.
- Kavuran, E., & Turkoglu, N. (2018). The Relationship Between Care Dependency Level and Satisfaction with Nursing Care of Neurological Patients in Turkey. *International Journal of Caring Sciences*, 11(2), 725-733.
- Kılıç, H., Cevheroğlu, S., & Görgülü, R. (2017). Dahiliye ve Cerrahi Kliniklerinde Yatan Hastaların Bakım Bağımlılığı Düzeylerinin Belirlenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 10(1).
- Kissel, E., Dassen, T., & Lohrmann, C. (2010). The Clinical Utility of The Care Dependency Scale in Rehabilitation: Nurses' Perception. *J Res Nurs*, 15(6), 547-561.
- Korhan, E., Yönt, G., Tokem, Y., Karadağ, Ö., Sarıoğlu, E., & Yıldız, K. (2013). Dahiliye Ve Cerrahi Kliniklerde Yatan Hastaların Bakım Bağımlılığı Düzeylerinin Belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 16(4), 199-204.
- Köberich, S., Lohrmann, C., & Dassen, T. (2014). Care dependency in patients with chronic obstructive pulmonary disease and heart failure—a secondary data analysis of German prevalence studies. *Scandinavian journal of caring sciences*, 28(4), 665-674.
- Novian, D. (2007). An Investigation of spirituality in caregivers for spouses diagnosed with Alzheimer Disease or Related Disorders [PhD dissertation]. Texas: St. Mary's University. *Marriage and Family Therapy*.
- Orak, O. S., & Sezgin, S. (2015). Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Bireylerinin Bakım Verme Yüklerinin Belirlenmesi. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemşireleri Dernegi*, 6(1).
- Tabali, M., Ostermann, T., Jeschke, E., Dassen, T., & Heinze, C. (2013). Does the care dependency of nursing home residents influence their health-related quality of life?-A cross-sectional study. *Health and quality of life outcomes*, 11(1), 41.
- Tel, H. (2006). Şahbaz M. Evde yaşayan 65 yaş ve üzeri bireylerin günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık durumu ile ev kazaları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Turkish Journal of Geriatrics*, 9(2), 85-93.
- Türk, G., & Üstün, R. (2018). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) Olan Bireylerin Bakım Bağımlılığının Belirlenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 11(1).

- Yönt, G., Akın Korhan, E., Khorshid, L., Eşer, İ., & Dijkstra, A. (2010). Bakım bağımlılığı ölçeğinin (Care Dependency Scale) yaşlı bireylerde geçerlik ve güvenilirliğinin incelenmesi. *Turkish Journal of Geriatrics Özel Sayı*, 13, 71.
- Zeliha, K., Sağlam, Z., & Çınarlı, T. (2016). Kanser Tanısı Almış Olan Bireylere Bakım Veren Hasta Yakınlarının Bakım Verme Yükü İle Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(1), 99-116.

EXTENDED ABSTRACT

Objective: This study was conducted descriptively and cross-sectionally in order to determine the levels of care dependence and the factors affecting care dependence of inpatients in nephrology and oncology clinics.

Methods: A total of 401 patients who accepted to participate in the study were recruited from the nephrology and oncology clinics of a training and research hospital. In the study; "Care Dependence Scale" and "Patient Identification Form" including sociodemographic characteristics of the patients were used. Data were evaluated with SPSS 22.0 package program. The data obtained were evaluated in terms of normal distribution, and Chi-square test was used for comparison of categorical data, and Mann Whitney U test was used for comparison of numerical data that did not conform to normal distribution. The logistic regression test was used to determine the factors affecting care dependence.

Results: It was found that 60.5% of the oncology patients and 63.2% of the nephrology patients were care-dependent. When education level and care dependency status were compared, it was found that 72.6% of the illiterate patients were dependent, and 57.6% of the literate patients were dependent. When education level and care dependence status were compared, the difference was found to be statistically significant. ($p=0,006$). There was a statistically significant difference between the dependent and non - dependent groups in terms of economic status ($p<0,001$), cane use ($p<0,001$), hearing problem($p<0,001$), speech problem($p<0,001$), chewing problem($p<0,001$) and walking problem($p<0,001$). Logistic regression analysis was performed using the variables that were significantly different between the two groups in order to evaluate the factors affecting care dependence independently. Logistic regression model was statistically significant, $\chi^2(5) = 219.795$, $p<0.001$. The model explained 57.4% of the change in dependence (Nagelkerke R²) and accurately classified 83% of cases. Hearing problem [OR-4,547, 95% CI (1,639-12,618), $p = 0.001$], speech problem [OR-10,692, 95% CI (2,316-49,358), $p = 0.004$], chewing problem [OR-7,120, 95% CI (1,865-27,179), $p = 0.006$], walking problem [OR-20,133, 95% CI (10,722-37,804), $p <0.001$], economic status [OR-11,306, 95% CI (2,738-46,675), $p = 0.001$] independently associated with care dependence.

Conclusions and Recommendations: In this study, it was found that there was no difference between care dependence levels of inpatients in nephrology and oncology clinics. Hearing problem, speech problem, chewing problem, walking problem and economic status were found to be independent factors affecting care dependence. Considering these factors and making interventions to correct these factors when making new plans regarding the employment of health personnel and health expenditures; It is thought it will reduce the level of care dependence and be more cost effective.

Hemşirelik Öğrencilerinin Organ Bağışı Hakkındaki Bilgi ve Tutumlarının İncelenmesi

Hilal TÜRK BEN POLAT¹ , Gülcan BAHÇECİOĞLU TURAN² , Talip MANKAN³ 

¹ Necmettin Erbakan Üniversitesi, Seydişehir Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Konya, Türkiye, hilaltpolat@hotmail.com

² Atatürk Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Erzurum, Türkiye, glcnbah@hotmail.com

³ İnönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Öğrencisi, Malatya, Türkiye, talipmankan@hotmail.com

Makale Bilgileri	ÖZ
<p>Makale Geçmişi Geliş: 11.12.2019 Kabul: 13.02.2020 Yayın: 25.04.2020</p> <p>Anahtar Kelimeler: Hemşirelik Eğitimi, Hemşirelik Öğrencisi, Organ Bağışı.</p> <p>Sorumlu Yazar: Hilal TÜRK BEN POLAT</p> <p>e-posta: hilaltpolat@hotmail.com</p>	<p>Giriş: Organ bağışlarında hedef hastaların hayatını kurtarmak, yaşam süresini ve kalitesini arttırmaktır. Hemşirelik öğrencilerinin organ bağışı hakkındaki bilgi ve tutumlarının, mezuniyet sonrası çalışmalarında organ bağış oranlarını etkileyeceği düşünülmektedir. Amaç: Bu araştırmanın amacı hemşirelik öğrencilerinin organ bağışı hakkındaki bilgi ve tutumlarını belirlemektir. Yöntem: Tanımlayıcı türde olan araştırmanın evrenini bir üniversitenin Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik bölümünde öğrenim gören öğrenciler oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini ise araştırmaya katılmaya gönüllü 470 öğrenci oluşturmuştur. Veri analizinde tanımlayıcı (sayı, yüzde) istatistikler kullanılmıştır. Bulgular: Araştırmaya katılan öğrencilerin %44,2'si organ bağışında bulunmak istediğini, %50'si organ bağışı hakkında bilgiyi hemşirelik eğitimi süresince aldığını ve %57,9'u organ bağışı hakkında bilgi sahibi olmadığını belirtmişlerdir. Öğrencilerin %44,2'si organ bağışında bulunmak istediklerini belirtmişlerdir. Katılımcıların %53,8'i hemşirelik eğitimi süresince organ bağışı konusunda yeterli bilgi verilmediğini belirtmişlerdir. Araştırmaya katılan öğrencilerin %68,9'u organ bağışına ilişkin kanun hakkında bilgilerinin yeterli olmadığını, %68,4'ü organ bağışı yapmak için nereye başvurulduğunu bilmediklerini belirtmişlerdir. Sonuç ve Öneriler: Araştırmamızın sonucunda öğrenciler; organ bağışının hayat kurtarıcı olduğunu ve organ bağışında bulunmak istediklerini belirtmişlerdir. Lisans müfredat programı içerisinde organ bağışı ile ilgili konuların ağırlıklı olarak ele alınması gerekmektedir. Organ bağışı hakkında hazırlanacak eğitim içeriklerinde özellikle organ bağışının nasıl ve nereye yapılabileceği ve hukuki prosedürler açıklanmalıdır.</p>

Investigation of Knowledge and Attitudes of Nursing Students About Organ Donation

Article Info	ABSTRACT
<p>Article History Received: 11.12.2019 Accepted: 13.02.2020 Published: 25.04.2020</p> <p>Keywords: Nursing Education, Nursing Student, Organ Donation.</p> <p>Corresponding Author: Hilal TÜRK BEN POLAT</p> <p>e-mail: hilaltpolat@hotmail.com</p>	<p>Introduction: In organ donations the aim is to save the life of the patients and increase the life time and quality of life. It is thought that the knowledge and attitudes of nursing students about organ donation will affect the organ donation rates in their post-graduate studies. Objective: The aim of this research is to determine the knowledge and attitudes of nursing students about organ donation. Methods: The population of the descriptive study was composed of students studying in the Department of Nursing at the Faculty of Health Sciences of a university. The sample of the study consisted of 470 students who volunteered to participate in the research. Descriptive (number, percentage) statistics were used in data analysis. Results: 44,2% of the students stated that they wanted to donate organs, 50% of them received information about organ donation during nursing education and 57,9% of them did not know about organ donation. 44,2% stated that they wanted to donate organs. 53,8% of the participants stated that there was not enough information about organ donation during their nursing education. 68,9% of the students who participated in the study stated that their knowledge about the law on organ donation was not sufficient and 68,4% did not know where to apply for organ donation. Conclusions and Recommendations: As a result of the study, students stated; organ donation is life saving and they want to donate organs. Issues related to organ donation should be dealt with in the under graduate curriculum. The training content on organ donation should explain how and where organ donation can be made and the legal procedures.</p>

Atıf/Citation: Polat, HT., Turan, GB., Mankan, T. (2020). Hemşirelik öğrencilerinin organ bağışı hakkındaki bilgi ve tutumlarının incelenmesi, *Genel Sağlık Bilimleri Dergisi*. 1(2), 24-33.

GİRİŞ

Organ nakli, bir donörden alınan dokuların veya organların, ihtiyacı olan başka bir alıcıya vücudunun işlevlerini geri kazandırmak amacıyla aktarılması olarak tanımlanmaktadır (Eti Aslan, 2017). 19. yüzyılın başlarından itibaren organ yetmezliklerinin tedavisinde organ naklinden faydalanılmaktadır. Günümüzde böbrek, karaciğer, kalp, akciğer, pankreas, ince bağırsak, kemik iliği, kan, kornea gibi pek çok organın nakli gerçekleştirilebilmektedir (Kılıç, Koçak, Türker, Gürpınar, Gülerik, 2010, Feeley ve Servoss, 2005). Organ bağışlarında hedef hastanın hayatını kurtarmak yaşam süresini ve kalitesini arttırmaktır (Collins, 2005, Göz ve Şalk Güreli, 2007). Organ nakilleri iki farklı türde yapılabilir. Organ nakillerinde kaynak canlıdan canlı hastaya yada kadavradan canlı hastaya olabilir (Gül, Gençtürk, Yürügen, 2004). En uygun organ kaynağı beyin ölümü teşhisi konulan, genç, sağlıklı ve beyin dışındaki tüm organları iyi çalışan bir donördür (Edirne, 2004). Batı ülkelerinde organ nakilleri daha çok kadavradan sağlanırken (Collins, 2005, Özmen, Çetinkaya, Sarızeybek ve Zeybek, 2008), ülkemizde organ naklinde kullanılacak organ temini ağırlıklı olarak canlı donörlerden gerçekleştirilmektedir (Yaşar ve diğerleri, 2008).

Ülkemizde organ nakil hizmetlerinin yürütülmesi amacıyla 1979 yılında 2238 Sayılı, Organ ve Doku alınması, Saklanması, Aşılması ve Nakli hakkındaki kanun ve bu kanuna dayandırılan 1 Şubat 2012 tarih ve 28191 sayılı organ ve doku nakli hizmetleri yönetmeliği çıkarılarak yasal düzenleme yapılmıştır (T.C. Resmi Gazete). Organ bağışının arttırılması için Diyanet İşleri Başkanlığı Din İşleri Yüksek Kurulu 06.03.1980 tarih ve 396/13 sayılı kararında İslam dininde organ bağışının uygun şartlar yerine getirildiğinde caiz olduğunu bildirmiş, bu konuda Kuran'da ayetler olduğunu açıklamış ve alınacak organ veya doku karşılığında hiçbir şekilde ücret alınmaması gerekliliğini vurgulamış ve kurum organ bağışına gönüllülüğü arttırmak amacı ile camilerde organ bağışına ilişkin faaliyetlerde bulunmuştur (<https://www.diyamet.gov.tr> Diyanet İşleri Başkanlığı, Din İşleri Yüksek Kurulu Başkanlığı. Erişim tarihi; 28.12.2019)

27 Mayıs 2018 tarihi itibariye ülkemizde 2011 -2018 yılları arasında 13206 beyin ölümü gerçekleşmiş olmasına rağmen, 2.046'sından aile izni alınarak kadavradan nakil işlemi gerçekleştirilebilmiştir. Canlıdan canlıya nakil sayısı ise 16.986'dır. (<http://organ.saglik.gov.tr/Index.aspx> Erişim tarihi: 28.12.2019)

Kadavradan organ bağışının önündeki güçlüklerden bazıları bilgi eksikliği, dini inançlar, etik, hukuki, sosyal ve ekonomik sorunlar olduğu belirtilmektedir (Özdağ, 2001, Gül ve diğerleri, 2004).

Ülkemizde kişiler ölmeden önce organlarını bağışlamış olsalar da beyin ölümünün gerçekleşmesinin ardından organ bağışı ile ilgili izni aileler vermektedir. Sağlık personelinin organ nakli ile ilgili bilgi ve tutumları karar verme sürecini önemli derecede etkilemektedir. Sağlık personeli karar verme sürecinde profesyonel bir yaklaşımla aileye karşı daha duyarlı, destekleyici olmalıdır. Hemşirelerin organ bağışının arttırılması için donör aileleri ile iletişim kurmada önemli rolleri bulunmaktadır.

Bazı çalışmalarda hemşirelik öğrencilerinin organ bağışına ilişkin bilgilerinin yetersiz olduğu (Aktaş ve Karabulut 2012) ve organ bağışı hakkında verilen eğitimin, bağış konusundaki bilgi seviyesini ve bağış yapma istekliliğini arttırdığı bildirilmektedir (Cebeci, Dağ ve Karazeybek, 2015). Bu konudaki bilgi eksikliklerinin giderilmesi için hemşirelik öğrencilerinin öncelikle konu hakkında bilgi ve düşüncelerinin belirlenmesi gerekmektedir.

AMAÇ

Bu araştırmanın amacı hemşirelik öğrencilerinin organ bağışı hakkındaki bilgi ve tutumlarını belirlemektir.

YÖNTEM

Araştırmanın Tipi

Araştırma, hemşirelik öğrencilerin organ bağışına ilişkin bilgi ve tutumlarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak gerçekleştirildi.

Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini bir Üniversite Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik bölümünde öğrenim gören öğrenciler oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini ise araştırmaya katılmaya gönüllü 470 öğrenci oluşturmuştur. Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiş tüm öğrencilerin çalışmaya katılması hedeflenmiştir.

Veri Toplama Araçları

Veriler Mart -Nisan 2016 tarihleri arasında araştırmacılar tarafından hazırlanan anket formu aracılığıyla elde edildi (Koçak, Aktaş, Şenol, Bilgin, 2010, Savaşer, Mutlu, Çağlar, Doğan, Canbulat, 2012, Aktaş ve Karabulut 2012). Anket formu 6'sı sosyodemografik özellikler ile ilgili toplam 40 sorudan oluşmaktadır. Hazırlanan anket formu katılımcıların yaş, eğitim durumu, organ bağışında bulunmak isteme durumu, bilgi edinme kaynakları, organ bağışı konusundaki bilgi durumu, organ bağışına ilişkin yasa hakkındaki bilgi sahibi olma durumu, hemşirelik eğitimi kapsamında organ bağışı konusunda yeterli bilgi verildiğini düşünme durumu, organ bağışı yapmak için nereye başvurulduğunu bilme durumu, beyin ölümü gerçekleşmiş vericiden organ naklini onaylama durumu ile ilgili sorular içermektedir.

Veri Toplama

Araştırmanın evreni 598 kişi olup, 50 öğrenci araştırmaya katılmak istememiş, 44 öğrenci anket formunu eksik doldurmuş, 34 öğrenci ise araştırmanın yapıldığı tarihlerde fakültede bulunamamıştır. Örneklem grubu organ bağışı hakkında hemşirelik lisans eğitimleri kapsamında bir ders almamışlardır. Öğrencilerden bazıları ise organ bağışı haftası etkinliklerinde eğitimlere katılmışlardır. Çalışmaya başlamadan önce çalışmanın amacı hakkında bilgi verilerek gönüllü bireyler çalışma kapsamına alındı. Anket formu araştırmacılar tarafından öğrencilere verilerek sınıf ortamında doldurmaları sağlandı.

Verilerin Analizi

Elde edilen veriler SPSS 11.0 paket programında tanımlayıcı (sayı, yüzde) istatistikler kullanılarak analiz edildi.

Etik

Veri toplama sürecine başlamadan ilgili kurumdan yazılı izin ve araştırmaya katılan öğrencilerden sözel izin alındı. Araştırmanın tüm aşamalarında Dünya Tıp Birliği (World Medical Association) Helsinki Bildirgesi tıbbi araştırmalarla ilgili etik ilkelerine uyuldu.

BULGULAR

Araştırmaya katılan öğrencilerin %61'inin 20-24 yaş aralığında olduğu, %39,4'ünün 1.sınıf öğrencisi olduğu ve %3,8'inin sağlık meslek lisesi mezunu olduğu tespit edilmiştir (Tablo 1).

Tablo 1. Öğrencilerin tanıtıcı özellikleri (n: 470)

Tanımlayıcı Özellikler	Sayı (s)	Yüzde (%)
Yaş		
18-19	171	36,4
20-24	287	61,0
25-29	12	2,6
Sınıf		
1.sınıf	185	39,4
2.sınıf	88	18,7
3.sınıf	88	18,7
4.sınıf	109	23,2
Sağlık meslek lisesi mezunu		
Evet	18	3,8
Hayır	452	96,2
Toplam	470	100,0

Araştırmaya katılan öğrenciler %44,2'si organ bağışında bulunmak istediğini, %50'si organ bağışı hakkında bilgiyi hemşirelik eğitimi süresince aldığını ve %57,9'u organ bağışı hakkında bilgi sahibi olmadığını belirtmişlerdir. Ayrıca öğrencilerin, %77,4'ü basın-yayın organları, %68,5'i Diyanet İşleri Başkanlığı tarafından organ bağışı konusunda yeterli bilgilendirilme yapılmadığını, %53,8'i hemşirelik eğitimi süresince organ bağışı konusunda yeterli bilgi verilmediğini, %68,9 'u organ bağışına ilişkin kanun hakkında bilgilerinin yeterli olmadığını ve %68,4'ü organ bağışı yapmak için nereye başvurulduğunu bilmediklerini belirtmişlerdir.

Öğrencilerin, %52,1'i beyin ölümünün insan ölümü olduğunu, %51,5'i beyin ölümü gerçekleşmiş vericiden organ bağışının yapılabileceğini ve %68,8 'i eğitim süresince beyin ölümü hakkında yeterli bilgi aldıklarını belirtmişlerdir. Öğrencilerin %24'ü toplum tarafından organ bağışına katılımı arttırmak için organ bağışında bulunanların yakınlarına alıcı tarafından maddi ödül, %64,9'u ise manevi ödül (plaket, yazılı belge vb.) verilmesinin uygun olduğunu ifade etmişlerdir. Öğrencilerin, %26'sı kan bağışı yaptığını, %73,7'si organ bağışının arttırılmasında kendisini sorumlu hissettiğini, %70,6'sı dini inançlarına bağlı olduğunu ve %75'i farklı inanca sahip birine organ bağışlayabileceğini belirtmişlerdir (Tablo 2).

Tablo 2. Öğrencilerin organ bağışına ilişkin görüşleri (n: 470)

Organ Bağışına İlişkin Görüşler	Sayı(S)	Yüzde (%)
Organ bağışında bulunmak isteme durumu		
Evet	208	44,2
Hayır	109	23,2
Kararsızım	153	32,6
Bilgi edinme kaynakları durumu		
İnternet ortamında	55	27,7
TV-radyo	27	13,6
Hemşirelik eğitimim süresince	97	50,0
Gazete, dergi, kitap, broşür	12	6,0
Okul dışı sağlık personeli	7	3,5
Organ bağışı konusundaki bilgi durumu		
Evet	45	9,6
Hayır	272	57,9
Kismen	153	32,6
Diyanet işlerinin toplumu organ bağışı konusunda yeterince bilgilendirildiğini düşünme durumu		
Evet	43	9,1
Hayır	322	68,5
Kismen	105	22,3

Toplumun, basın-yayın organları tarafından organ bağıışı konusunda yeterince bilgilendirildiğini düşünme durumu		
Evet	38	8,1
Hayır	364	77,4
Kısmen	68	14,5
Organ bağıışına ilişkin yasa hakkındaki bilgi yeterli olma durumu		
Evet	29	6,2
Hayır	324	68,9
Kısmen	117	24,9
Hemşirelik eğitiminiz kapsamında organ bağıışı konusunda yeterli bilgi verildiğini düşünme durumu		
Evet	66	14,0
Hayır	253	53,8
Kısmen	151	32,1
Organ bağıışı yapmak için nereye başvurulduğunu bilme durumu		
Evet	114	31,6
Hayır	247	68,4
Beyin ölümü gerçekleşmiş vericiden organ naklini onaylama durumu		
Evet	242	51,5
Hayır	118	25,1
Kararsızım	110	23,4
Eğitim süresince beyin ölümü hakkında yeterli bilgi alma durumu		
Evet	142	30,2
Hayır	142	30,2
Kısmen	186	39,6
Beyin ölümünün, insan ölümü olduğuna /geri dönüşümsüz olduğuna katılma durumu		
Evet	245	52,1
Hayır	123	26,2
Kararsızım	102	21,7
Toplum tarafından organ bağıışına katılımı arttırmak amacı ile organ bağıışında bulunanların yakınlarına alıcı tarafından maddi ödül verilmesine katılma durumu		
Evet	113	24,0
Hayır	357	76,0
Toplum tarafından organ bağıışına katılımı arttırmak amacı ile organ bağıışında bulunanların yakınlarına manevi ödül verilmesi durumu		
Evet	305	64,9
Hayır	165	35,1
Şimdiye kadar hiç kan bağıışında bulunma durumu		
Evet	122	26,0
Hayır	348	74,0
Hemşirelik öğrencisi olarak organ bağıışının arttırılmasında kendini sorumlu hissetme durumu		
Evet	266	73,7
Hayır	95	26,3
Dini inançlara bağlı olduğunu düşünme durumu		
Evet	332	70,6
Hayır	46	9,8
Kısmen	92	19,6
İnancinizden farklı bir inanca sahip birine organını bağıışlama durumu		
Evet	271	75,0
Hayır	90	25,0

TARTIŞMA

Doku ve organ nakli, bir ülkenin sağlık alanındaki gelişmişlik düzeyini gösteren önemli ölçütlerden biridir (Yüctin, 2001) Organ bağışi konusundaki bilgi eksikliği, özellikle kadaverik nakil oranlarına olumsuz yansımaktadır. Organ bağışi sayısını arttırılmasıyla organ nakillerinde istenilen hedeflere ulaşılabilir. Bunun için sağlık ekibinin organ bağışi hakkında bilgi sahibi olması gerekir. Ekip içerisinde hasta bireyler ile en sık temasta bulunan ekip üyesi hemşirenin bu süreçte önemli rolü vardır. Özellikle kadaverik nakil konusunun hemşirelik eğitimi sürecinde yeteri kadar yer almadığı düşünülmektedir. Hemşirelik öğrencilerinin organ bağışi hakkındaki bilgi ve tutumlarını belirlemek amacıyla yapılan bu tanımlayıcı araştırmada elde edilen veriler literatür bilgisi ışığında tartışılmıştır.

Bu araştırma kapsamındaki öğrencilerin %89,8'i organ bağışının hayat kurtarıcı olduğunu belirtmektedir. Savaşer ve diğerleri (2012) yaptıkları çalışmada öğrencilerin %78,2'sinin, Canova ve diğerleri (2006) İtalya'da üniversite öğrencileri ile yaptıkları çalışmada öğrencilerin %89,6'sının, Kılıç ve diğerleri (2010) üniversite öğrencileri ile yaptıkları araştırmada öğrencilerin %91,1'inin organ bağışi yapabileceklerini belirtmişlerdir. Öğrencilerin %44,2'si organ bağışında bulunmak istediklerini, %69,8'i bütün organlarını bağışlamak istediklerini, %76,2'sinin organlarının bağışlayacağı kişinin önemli olmadığını ve %51,5'i beyin ölümü gerçekleştiğinde organlarının alınmasını istediklerini belirtmişlerdir. Araştırmamızın sonucu diğer araştırma sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Bu sonuç gelecekte organ bağışi sayısının artması bakımından ümit verici bir sonuç olarak değerlendirilebilir ve organ bağışi düşünmeyen grubun eğitim aracılığıyla organ bağışlamaya yönelik olumlu tutum ve davranış geliştirebileceği düşünülmektedir.

Araştırmamızda öğrenciler organ bağışi hakkında bilgi kaynağı olarak ilk üç sırada, hemşirelik eğitimini (%50), internet ortamını (%27,7), TV ve radyoyu (%13,6) belirtmişlerdir. Öğrencilerin %57,9'u organ bağışi konusunda bilgi sahibi olmadığını belirtmişlerdir. Öğrencilerin %77,4'ü toplumun basın-yayın organları tarafından ve %68,5'i Diyanet İşleri Başkanlığı tarafından yeterince bilgilendirilmediğini, %68,4'ü organ bağışi için nereye başvuracaklarını bilmediklerini belirtmişlerdir. Öğrencilerin %53,8'i hemşirelik eğitiminde organ bağışi konusunda yeterli eğitim verilmediğini ve %68,9'u organ bağışi ile ilgili yasa hakkında yeterli bilgiye sahip olmadıklarını belirtmişlerdir. Araştırmalarda organ bağışi konusunda bilgi alma yolları olarak çoğunlukla, görsel ve yazılı basın (televizyon, gazete, dergi) yer almaktadır (Akış ve diğerleri, 2008, Piccoli ve diğerleri, 2006, Üstüner, Uysal, Kaya, 2009). Savaşer ve diğerleri (2012) yaptıkları çalışmada öğrencilerin %76,8'inin organ bağışına ilişkin bilgi kaynağı olarak ilk üç sırada gazete-dergi-broşür yer aldığı belirtilmekte ve öğrencilerin Diyanet İşleri Başkanlığı'nın (%68,5) ve hemşirelik eğitiminin (%57,6) organ bağışi konusunda yeterli bilgi sağlamadığını, organ bağışına ilişkin kanun hakkında bilgilerinin yetersiz olduğunu (%73,6) belirtmişlerdir. Özmen ve diğerleri (2008) çalışmasında ise öğrencilerin organ bağışi ile ilgili bilgileri en çok yayın organlarından aldıkları belirtilmiştir. Çalışmamızın sonucu literatürdeki çalışmalar ile benzerlik göstermektedir. Organ bağışi konusunda toplumun bilgilendirilmesinde basın-yayın organları ve Diyanet İşleri Başkanlığına önemli rol düşmektedir. Ayrıca lisans eğitiminde organ bağışına yönelik özel eğitimler verilmesi organ bağışi oranını önemli derecede arttıracığı düşünülmektedir.

Beyin ölümü, beyin aktivitesinin tamamen ve geri dönüşümsüz olarak kaybedilmesidir. (Sabancı, Karasu, Karadereler, Barlas, 2008). Çalışmamızda öğrencilerin %51,5'i beyin ölümü gerçekleşmiş vericiden organ naklinin gerçekleştirilebileceğini, eğitim süresince öğrencilerin %39,6'sının beyin ölümü hakkında kısmen bilgi aldıklarını ve öğrencilerin %52,1'i beyin ölümünün geri dönüşümsüz olduğunu belirtmişlerdir. Savaşer ve diğerleri (2012) yaptığı çalışmada öğrencilerin %83,9'u beyin ölümünün insan ölümü olduğunu ve öğrencilerin %85,2'si beyin ölümü gerçekleşmiş vericiden organ

bağıışının yapılabileceğini belirtmiştir. Ohwaki ve diğerleri'nin (2006) çalışmasında ise tıp öğrencilerin %71'i beyin ölümü gerçekleşmiş vericiden organ bağıışının gerçekleştirilebileceğini belirtmişlerdir. Çalışmamızın sonuçları literatür ile benzerlik göstermektedir.

Ülkemizde 2238 sayılı yasaya göre organ bağıışının para karşılığı alınıp verilmesinin yasaklanmıştır. (T.C. Resmi Gazete Organ ve Doku Alınması, Saklanması ve Nakli Hakkında Kanun. 03.06.1979. Sayı: 16655, Başbakanlık Basımevi, Ankara). Çalışmamızda öğrencilerin %24'ü organ bağıışında bulunanların yakınlarına alıcı tarafından maddi ödül verilmesi gerektiğini, öğrencilerin %64,9'u ise manevi ödül vermesi gerektiğini belirtmişlerdir Savaşer ve diğerleri (2012) yaptıkları çalışmada öğrencilerin %30'unun organ bağıışına katılımı arttırmak için organ bağıışında bulunanların yakınlarına alıcı tarafından maddi ödül verilmesi gerektiğini, %82,4'ü ise manevi ödül (plaket, yazılı belge vb.) verilmesinin uygun olduğunu bildirmişlerdir. Bulgularımız literatüre benzerlik göstermekte ve öğrencilerin manevi teşviki onayladıkları görülmekte ve ülkemizde 2238 sayılı kanuna göre organ bağıışının para karşılığı alınıp verilmesinin yasaklanmasıyla paralellik göstermektedir.

Çalışmamızda öğrencilerin %26'sı kan bağıışında bulduklarını ifade etmişlerdir. Yaşar ve diğerlerinin (2008) çalışmasında da öğrencilerin %15,1'inin kan bağıışında buldukları belirtilmiştir. Kan bağıışı yapan kişilerin, organ bağıışı açısından duyarlı kişiler olabileceği söylenebilir.

Araştırmamıza katılan öğrencilerin %73,7'si organ bağıışının arttırılmasında kendilerini sorumlu hissettiklerini belirtmişlerdir. Sağlık ekibi içinde hemşirelerin bakım verici, karar verici ve hasta hakları savunuculuğu, eğiticilik gibi birçok rol ve işlevleri vardır. Aileyi destekleyici hemşirelik bakımı, ailelerin organ bağıışında bulunma cesaretini gösterme ve işlem sürecinde dayanma güçlerini artıracakı bildirilmektedir (Özdağ, 2001).

Araştırmaya katılan öğrencilerin %70,6'sı dini inançlara bağılı olduğunu, %75'i farklı bir inanca sahip birine organlarını bağıışlayabileceğini belirtmişlerdir. Türkiye Cumhuriyeti Diyanet İşleri Başkanlığı tarafından, Din İşleri Yüksek Kurulu'nun 1980 yılında aldığı 396 sayılı kararla organ naklinin uygun olduğu bildirilmiştir. Literatürde de katılımcıların organ bağıışının dini açıdan uygun olduğunu düşündükleri belirtilmektedir (Özmen ve diğerleri, 2008, Çelebi, Balık, Yılmaz, Polat, 2002, Koçak ve diğerleri, 2010).

SONUÇ ve ÖNERİLER

Araştırmamızın sonucunda öğrencilerin çoğunluğu; organ bağıışının hayat kurtarıcı olduğunu ve organ bağıışında bulunmak istediklerini belirtmişlerdir. Araştırmamızda öğrenciler organ bağıışı hakkında bilgi kaynağı olarak ilk sırada, hemşirelik eğitimi ortamını belirtmişlerdir. Bu nedenle lisans müfredat programı içerisinde organ bağıışı ile ilgili konuların ağırlıklı olarak ele alınması gerekmektedir. Organ bağıışı hakkında hazırlanacak eğitim içeriklerinde özellikle organ bağıışının nasıl ve nereye yapılabileceği ve hukuki prosedürler açıklanmalıdır.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Hemşirelik öğrencileri ile yapılan araştırmanın, sadece bir fakültede yürütülmüş olması araştırmanın sınırlılığını oluşturmaktadır.

KAYNAKÇA

Akış M., Katırcı E., Uludağ H., Küçükılıç B., Gürbüz T., Kayacan Y., Kayacan H., Öngel K. & Gül H. (2008). Süleyman Demirel Üniversitesi personelinin organ-doku bağıışı ve nakli hakkında bilgi ve tutumları. S.D.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi, 15(4), 28-33.

- Aktaş Y. & Karabulut N. (2012). Giresun Üniversitesi sağlık bilimleri fakültesi hemşirelik öğrencilerinin beyin ölümü ve organ bağışına ilişkin bilgi ve tutumları. *Fırat Tıp Dergisi*, 17(3), 129-134.
- Canova D., Bona M., Ruminati R., Ermani M., Naccarato R., & Burra P. (2006). Understanding of and attitudes to organ donation and transplantation: A survey among Italian University Students. *ClinTransplant*, 20, 307-312.
- Cebeci F., Dağ GS., & Karazeybek E. (2015). Undergraduate nursing students' opinions and attitudes toward organ donation: a survey in a Turkish university. *Journal of Nursing Education and Practice*, 5(9), 83-9.
- Collins, T.J. (2005). Organ and tissue donation: a survey of nurses' knowledge and educational needs in an adult ITU. *Intensive and Critical Care Nursing*, 21(4), 226-33.
- Çelebi F., Balık A.A., Yılmaz İ., & Polat K.Y. (2002). Doğu Anadolu Bölgesi İnsanı Organ Bağışına Nasıl Bakıyor?. *Türkiye Klinikleri J Med Ethics-Hukuku-Tarihi*, 10, 34-38.
- Eti Aslan, F. (2017). Cerrahi bakım vaka analizleri ile birlikte, 2. Baskı, Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara, :912
- Edirne, T. (2004) Türkiye'de organ ve doku nakli uygulamaları: sonuçları ve strateji önerileri. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*, 24, 261-6.
- Diyanet İşleri Başkanlığı 'Din İşleri Yüksek Kurulu Başkanlığı'. <https://www.diyanet.gov.tr>. Erişim tarihi; 28.12.2019
- Feeley TH. & Servoss TJ. (2005). Examining college students intentions to become organ donors. *J Health Commun*, 10, 237-49.
- Göz F., & Şalk Güreli Ş. (2007). Yoğun bakım hemşirelerinin organ bağışı ile ilgili düşünceleri. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2(5), 77-88.
- Gül, A., Gençtürk N. & Yürügen B. (2004). Sürücü kursuna başvuran adayların organ bağışı konusundaki düşünceleri. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 1(1), 51-55.
- Sağlık Bakanlığı İstatistikleri (2018). <http://organ.saglik.gov.tr/Index.aspx> Erişim tarihi :28.12.2019.
- Kılıç S., Koçak N., Türker T., Gürpınar H. & Gülerik D. (2010). Kız üniversite öğrencilerinin organ bağışı konusundaki tutumları ve bu tutumlarına etki eden faktörler. *Gülhane Tıp Dergisi*, 52, 36-40.
- Koçak A., Aktaş EÖ., Şenol E. & Bilgin UE. (2010). Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinin organ nakli ve bağışı hakkındaki bilgi düzeyi. *Ege Tıp Dergisi / Ege Journal of Medicine*, 49(3), 153-160.
- Ohwaki, K., Yano E., Shirouzu M., Kobayashi A., Nakagomi T. & Tamura A. (2006). Factors associated with attitude and hypothetical behaviour regarding brain death and organ transplantation: Comparison between medical and other university students. *Clinical Transplantation*, 20: 416-22.
- Özmen D., Çetinkaya AÇ., Sarızeybek B. & Zeybek A. (2008). Celal Bayar Üniversitesi Manisa Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin organ bağışına ilişkin bilgi ve görüşleri. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 28, 311-18.
- Özdağ N. (2001). Organ Nakli Ve Bağışına Toplumun Bakışı. C. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 5 (2), 46-55.
- Piccoli G.B., Soragna G., Putaggio S., Mezza E., Burdese M., Vespertino E., Bonetto A., Jeantet A., Segoloni GP. & Piccoli G. (2006). Efficacy of an educational programme for secondary school students on

opinions on renal transplantation and organ donation: A randomized controlled trial. *Nephrol Dial Transplant*, 21, 499-509.

Savaşer S., Mutlu B., Çağlar S., Doğan Z. & Canbulat N. (2012). Hemşirelik Son Sınıf Öğrencilerinin Organ Bağışına Bakışları *İ.Ü.F.N. Hem. Derg*, 20(1),1-9.

Sabancı P.A, Karasu A., Karadereler S. & Barlas O. (2008). Beyin ölümü tanısı. *Sinir Sistemi Cerrahisi Dergisi*, 1(2), 81-85.

T.C. Resmi Gazete Organ ve Doku Alınması, Saklanması ve Nakli Hakkında Kanun. 03.06.1979. Sayı: 16655, Başbakanlık Basımevi, Ankara.

Yaşar M., Oğur R., Uçar M., Göçgeldi E., Yaren H., Tekbaş Ö.F. & Korkmaz A. (2008). Bir Sağlık Meslek Yüksekokulu son sınıf öğrencilerinin organ bağışı konusundaki tutumları ve tutumlarına etki eden faktörler, *Genel Tıp Derg*, 18(1), 33-7.

EXTENDED ABSTRACT

Introduction: Organ transplantation is defined as transferring tissues or organs from a donor to another recipient in order to restore the functions of the body (Eti Aslan, 2017). Today, many organs such as kidney, liver, heart, lung, pancreas, smallintestine, bone marrow, blood and cornea can be transplanted (Kılıç, Koçak, Türker, Gürpınar, Gülerik, 2010, Feeley ve Servoss, 2005). In organ donations, the goal is to save the patient's life, increase life time and quality (Collins, 2005, Göz ve Şalk Güreli, 2007). Organ transplants can be done in two different types, the source can be from a live to a live patient or from a cadaver to a live patient (Gül, Gençtürk, Yürügen, 2004). Although people in our country donated their organs before their death, families give permission for organ donation after braindeath. The knowledge and attitudes of the health personnel about organ transplantation have a significant effect on the decision making process. It was found that nursing students had insufficient knowledge about organ donation (Aktaş ve Karabulut 2012). Education given about organ donation is reported to increase the level of knowledge and willingness to donate (Cebeci, Dağ ve Karazeybek, 2015). By increasing the number of organ donations, desired targets can be achieved in organ transplants. The healthcare team needs to know about organ donation. The team member nurse, who has the most frequent contact with patients, has an important role in this process. It is thought that the cadaveric transplantation is not sufficiently involved in the nursing education process. The purpose of this research is to determine the knowledge and attitudes of nursing students about organ donation.

Objective: This study was carried out to determine the knowledge and thoughts of nursing students about organ donation, to review nursing curriculum programs and to eliminate the deficiencies of nursing students in organ donation.

Methods: The population of the research consists of students studying in the Department of Nursing at a University Faculty of Health Sciences. The sample of the study consisted of 470 students who volunteered to participate in the research. In the research, it was aimed to include all the students and did not go for sample selection. The population of the research is 598 student, 50 students did not want to participate in the research, 44 students filled the questionnaire form missing, and 34 students were not found in the faculty at the time of the research. The sample group did not take a course on organ donation with in the scope of nursing undergraduate education. Some of the students attended the trainings in organ donation week activities. Descriptive (number, percentage) statistics were used in data analysis.

Results: 44,2% of the students stated that they wanted to donate organs, 50% of them received information about organ donation during nursing education and 57,9% of them did not know about organ donation. As a result of the study, 89,8 % of the students; organ donation was life-saving, 44,2% stated that they wanted to donate organs. Moreover, 77,4% of the students stated that there was not enough information about organ donation by the press and 68,5% by the Directorate of Religious Affairs. 53,8% of the participants stated that there was not enough information about organ donation during their nursing education. 68,9% of the students who participated in the study stated that their knowledge about the law on organ donation was not sufficient and 68,4% did not know where to apply for organ donation. 52,1% of the students stated that brain death was human death, 51,5% of the donors who had brain death could be donated organs and 68,8% of them stated that they received sufficient information about brain death during education. 26% of the students stated that they donated blood, 73,7% felt responsible for increasing organ donation, 70,6% were dependent on their religious beliefs and 75% could donate organs to someone with different beliefs.

Conclusions and Recommendations: As a result of the study, the majority of students stated; organ donation is life saving and they want to donate organs. In our study, the students stated the first place as a source of information about organ donation, nursing education environment. In our study, students stated that the primary sources of information about organ donation are under graduate education. For this reason, issues related to organ donation should be dealt with in the undergraduate curriculum. The training content on organ donation should explain how and where organ donation can be done and the legal procedures.

Bir Aile Sağlığı Merkezinde Yetişkin Bireylerde Kan Basıncı Yüksekliğinin ve İlişkili Risk Faktörlerinin Belirlenmesi

Nesime DEMİRÖREN¹ , Belgin AKIN² , Saniye BENLİ³ 

¹ Necmettin Erbakan Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Konya, Türkiye, nesimeden@gmail.com

² Selçuk Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Konya, Türkiye, belac@gmail.com

³ Selçuk Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Konya, Türkiye, saniyebenli@selcuk.edu.tr

Makale Bilgileri	ÖZ
Makale Geçmişi Geliş: 07.01.2020 Kabul: 19.02.2020 Yayın: 25.04.2020	Giriş: Ölüm nedenleri incelendiğinde, kardiyovasküler hastalıklar ilk sırada yer almaktadır. Amaç: Çalışmanın amacı yetişkinlerde hipertansiyon sıklığını ve risk faktörlerini belirlemektir. Yöntem: Tanımlayıcı tipteki bu çalışmada Konya İli Meram ilçesi 29 No'lu Aile Sağlığı Merkezi herhangi bir sebeple başvuran hipertansiyon tanısı olmayan bireyler incelenmiştir (n=165). Çalışma verileri 01 Nisan 2017 ve 31 Mayıs 2017 tarihleri arasında yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Bireylere sosyo- demografik, sağlık ve hastalık özelliklerini içeren anket uygulanmış, kan basıncı ölçümü yapılmış ve beden kitle indeksi (BMI) bireylerin öz bildirimine göre hesaplanmıştır. İstatiksel analizde sayıların yüzdelik dağılımı, değişkenler arasında ortalama, yüzde ve oranların karşılaştırılmasında ki-kare testi kullanılmıştır. Bulgular: Çalışmaya katılan bireylerin %72,1'i kadın, %27,9'u erkektir. Bireylerin %35,2'sinin 50-59 yaş aralığındadır. Kan basıncı sistolik kan basıncı (SKB) %15,8 diastolik kan basıncı (DKB) %11,5 oranına yüksek bulunmuştur. Bireylerin %29,1'inde kronik hastalık tespit edilmiştir. SKB 50 yaş üzerinde %22,2 oranında 49 yaş ve altı bireylere göre %6,7 oranında daha yüksek bulunmuştur. DKB 50 yaş sonrası bireylerde %16,7 49 yaş ve altı bireyle göre %5,3 oranında yüksek bulunmuştur. DKB erkeklerde %19,6 kadınlara %8,4 oranla daha yüksek bulunmuştur. SKB BKİ >30 olan bireylerde %19,4, BKİ<30 %7,1 olanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Kronik hastalığı olan bireylerde SKB %27,7 kronik hastalığı olmayanlara göre %10,3 oranında yüksek bulunmuştur. Sonuç: Araştırma sonucunda 50 yaş üzerinde, fazla kilolularda, kronik hastalıklarda SKB ve DKB yüksek saptanmıştır. Erkeklerde %19,6, kadınlara %8,4 oranla diastolik kan basıncı yüksek bulunmuştur.
Anahtar Kelimeler: Hemşirelik, Hipertansiyon, Risk Faktörleri, Tarama.	
Sorumlu Yazar: Nesime DEMİRÖREN	
e-posta: nesimeden@gmail.com	

The Study Is To Determine High Blood Pressure (BP) And Its Relation To Socio-Demographic, Health, Disease Characteristics In Adults

Article Info	ABSTRACT
Article History Received: 07.01.2020 Accepted: 19.02.2020 Published: 25.04.2020	Introduction: When the causes of death are examined, cardiovascular diseases take the first place. Objective: The aim of study the was to determine hypertension and risk factors in adults. Methods: Individuals (n=165) not diagnosed with hypertension who were admitted to the 29thFamily Health Center in Meram, Konya, Turkey were investigated in the study. The data were collected using a questionnaire including all participants' demographic, health and disease characteristics, For all participants, body mass indexes (BMI) were self-reportedly calculated, and BP was also measured. While performing statistical analysis, the percentile of numbers, the average of numerical variables and the chi-square test for ratios were used. Results: Women participating are 72,1% and man participating are 27,9% ratein the study. Individuals were between the ages of 50-59 are 35,2% . Participants were systolic blood pressure (SBP) and diastolic blood pressure (DBP) values were found to be high as 15,8% and 11,5%, respectively. A chronic disease was detected in 29,1% of the participants. The rate of chronic illnesses in the family was 43,0%. While found as 22,2% among the participants over 50 years, SBP was observed to be higher in the individuals under the age of 49 years as 6,7%. DBP was also found higher in the participants over 50 years as 16,7%, compared to those under the age of 49 years 5,3%. Concerning the relationship between gender and high BP, DBP was found to be higher in males 19,6%than females 8,4%. SBP was also found to be higher in the participants with BMI>30 19,4% than those with BMI<30 (7,1%). In the patients with a chronic disease, SBP was found to be higher as 27,7% than those without a chronic disease as 10,3%. Conclusions and Recommendations: As a result of the study, over 50 years old, overweight and chronic diseases, SBP and DBP were high. Diastolic pressure was higher in men 19,6% than in women 8,4%.
Keywords: Nursing, Hypertension, Risk Factors, Scanning.	
Corresponding Author: Nesime DEMİRÖREN	
e-mail: nesimeden@gmail.com	

Atıf/Citation: Demirören, N., Akın, B., & Benli, S. (2020). Bir aile sağlığı merkezinde yetişkin bireylerde kan basıncı yüksekliğinin ve ilişkili risk faktörlerinin belirlenmesi, *Genel Sağlık Bilimleri Dergisi*. 1(2), 34-47.

GİRİŞ

Hipertansiyon, arteriyel kan basıncının normal değerlerin üstüne çıkmasıdır. Hipertansiyon için kan basıncı değerleri SKB ≥ 140 mmHg ve/veya DKB ≥ 90 mmHg olarak tanımlanmaktadır. Bu sınıflamasında 2003 ve 2007 ESH/ESC (European Society of Hypertension and of the European Society of Cardiology) kılavuzlarında kabul edilen 2013 kılavuzunda değişmeyen kan basıncı (KB) değerleridir. Bu tanımlama randomize kontrollü çalışmalardan elde edilen kanıtlar esas alınarak yapılmıştır (Mancia ve diğerleri, 2013; Türk Hipertansiyon Uzlaşı Raporu 2015; WHO,2013).

Hipertansiyon tüm dünya ülkelerinde erişkin nüfusun önemli bir bölümünü etkileyen, yüksek oranda hastalanma ve ölüme yol açan yaygın bir sorundur (Rosendorf ve diğerleri, 2015; WHO, 2014). Dünya genelinde 20 yaş sonrası %26,4 oranında görülmekte olup bu oranın 2025 yılında %29,2'ye yükseleceği öngörülmektedir (Lawes, Hoom ve Rodgers, 2008). Ülkemizde yapılan Türk Erişkinlerde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri (TEKHARF) çalışmasının sonucuna göre; hipertansiyon sıklığının %33,7 olduğu, yaş ilerledikçe hastalığın görülme sıklığının arttığı, ülkemiz kuzeyinde sıklığın %40'ın üzerine çıktığı belirlenmiştir (Aydoğan ve diğerleri, 2012). Türkiye kronik hastalıklar sıklığı 2011 verilerine göre hipertansiyon %23,7 oranında görülmektedir (Belgin ve Gül, 2013). Türk hipertansiyon ve böbrek hastalıkları derneği (Patent T2, 2012) prevalans çalışmasının sonuçlarına göre toplam nüfusta 18 yaş üzeri genel sıklık %30,3; erkeklerde %28,4 ve kadınlarda %32,3 olarak tespit edilmiştir. Hipertansiyon, kronik arter hastalıklarının ve periferik arter hastalıklarının oluşmasının ve dolayısıyla morbidite ve mortalitenin artışının önemli nedenleri arasındadır (Naik, Michael ve Kallen, 2008, Kara, Arslan, Mergen ve Öngel, 2012, Baysal, Bilgin, Cantekin ve Bilgin, 2014; Doğan ve diğerleri, 2012; Karabay ve diğerleri, 2012; Taş ve Tuna 2013, Nkoke ve diğerleri, 2017, Onat ve diğerleri, 2015).

Hipertansiyon risk faktörleri ailede kan basıncı yüksekliği öyküsü olması, yaş, cinsiyet faktörleri değiştirilemez faktörlerdir. Patent T2 (2012) çalışmasına göre; hipertansiyon sıklığı orta yaş grubunda (35-65) %38,3; kadınlarda %40,5 erkeklerde %36 olarak belirlenmiştir. Hipertansiyonun değiştirilebilir risk faktörleri, obezite, sedanter yaşam, sigara içme gibi yaşam biçimiyle ilgili faktörlerdir. Hastalığın görülmesinde yaş, başka bir kronik hastalığın varlığı, ailede kronik hastalığın olması, hareketsiz yaşam, obezite, sigara içme önemli risk faktörleridir (Abacı 2011). Patent T2 çalışmasına (2012) göre beden kitle indeksi (BKİ) 30-39,9 olanlarda kan basıncı yüksekliği %47,1 beden kitle indeksi (BKİ) 40 üzeri olanlarda kan basıncı yüksekliği %72,4 olarak saptanmıştır. Sigara içmenin kardiyovasküler riski 2-3 kat artırdığı bilinmektedir ancak ek başına sigarayı bırakmanın kan basıncını düşürdüğünü gösteren çalışma yoktur (Türk Kardiyoloji Derneği Ulusal Hipertansiyon Tedavi ve Takip Kılavuzu). Sigara içenlerin sistolik kan basıncı (SKB) ve diyastolik kan basıncı (DKB) ortanca değerleri, içmeyenlere göre daha düşük olmasına karşın istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (Uysal, Yaşar ve Sönmez 2016).

Tüm hastalıklarda risk faktörlerine yönelik bilgi düzeyinin artırılması ve bu risk faktörlerinin kontrol altına alınması hastalıkların ortaya çıkışını engellemekte ve geciktirmektedir (Türkmen 2010). Dünya Sağlık Örgütü'ne göre tüm KVH ölümlerin dörtte üçünden fazlası uygun yaşam tarzı değişiklikleri ile önlenmektedir (ESC Kılavuz 2012; İnangil 2014). Motlagh ve diğerleri (2015) kronik hastalıkların erken tanısı ve izleminde hemşirenin önemli sorumlulukları olduğunu ifade etmiştir. Koroner arter hastalıklarından primer ve sekonder korunmada hemşirelerin etkin olarak rol aldıkları yapılan çalışmalarla gösterilmiştir. Joanna Briggs Enstitüsü tarafından 2008'de, "Erişkinlerde Kalple İlgili Risk Faktörlerini Azaltmaya Yönelik Hemşire Liderliğindeki Girişimler" raporuna göre sağlıklı bireylerdeki kardiyovasküler risk faktörlerinin de azaltılabildiği hastaların kan basıncını değişikliği yapmada, fiziksel aktivitelerini artırmada etkili çözümleri olduğu randomize kontrollü çalışmalarla gösterilmiştir. Yapılan çalışmalar hipertansiyonun kontrolünün hasta farkındalığı ile ilişkisini ortaya koymaktadır (Antony

2008; Eryoncu 1999; Mert 2011; Motlang F.S 2015; Olieva ve diğerleri 2005; Onat 2015; Sözmen 2015; Türkmen, Badır ve Ergün 2012). Bireylerin sağlığa ilişkin bilgisi ve farkındalığın oluşması hemşire tarafından yapılan izlem ile yakından ilişkilidir.

AMAÇ

Araştırmanın amacı Aile Sağlığı Merkezine (ASM) başvuran 18 yaş üstü bireylerde tek ölçüm ile hipertansiyonu ve mevcut olan riskleri incelemektir.

YÖNTEM

Araştırmanın Tipi

Yetişkinlerde tek ölçümle kan basıncı yüksekliği ve ilişkili risk faktörlerin incelenmesi amacıyla yapılan tanımlayıcı bir araştırmadır.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Konya İli Meram İlçesi 29 Nolu ASM'ye herhangi bir sebeple başvuran hipertansiyon tanısı olmayan 18 yaş ve üzeri bireyler oluşturmuştur.

Araştırmanın örneklem büyüklüğünün belirlenmesinde "bir toplumda oranın belirli bir doğrulukla tahmininde" önerilen (Lwanga ve Lemeshow, 1991) bir tablodan yararlanılmıştır. İncelenen olayın toplumdaki yaygınlığına ilişkin bir bulgu olarak 18 yaş üstü kadın ve erkeklerde Sağlık Bakanlığı'nın (2013) bildirdiği orandan (%31,8) yararlanılmıştır. Ayrıca %90 güven düzeyinde ve %7 rölatif kesinlik dikkate alınmış ve tabloda bildirilen örneklem büyüklüğünün 165 (%30) olduğu bulunmuştur.

Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında bireylerin sosyo-demografik, sağlık ve hastalığa ilişkin özellikleri belirlemek için literatür bilgileri doğrultusunda araştırmacı tarafından hazırlanan bir anket formu kullanılmıştır (Belgin ve Gül 2013; Baysal ve diğerleri, 2014). Anket formu toplam 17 sorudan oluşmaktadır. Sosyo-demografik özellikler (yaş, cinsiyet, meslek, eğitim durumu, ekonomik algı), sağlık özellikleri (bir yıl içinde sağlık kuruluşuna başvurma, sigara kullanma durumu, düzenli egzersiz yapma, sağlığını nasıl algıladığı, BKİ, hastalık özellikleri (kendisinde kronik hastalık olması, ailesinde kardiyovasküler hastalık olması) ile ilgili soruları içerir. Tansiyon ölçümü için kalibrasyonu yapılmış anoroid tansiyon aleti ve stetoskop kullanılmıştır. Beden Kitle İndeksi (BKİ); boy ve vücut ağırlığı değerleri bireylerin kendi öz bildirimine dayalı hesaplanmıştır.

Veri Toplama

Veriler ASM'de eğitilmiş bir hemşire tarafından yüz yüze görüşme ve ölçüm yöntemiyle 01 Nisan 2017 ve 31 Mayıs 2017 tarihleri arasında toplanmıştır. Arteriyel kan basıncı dolaylı yoldan tansiyon aleti ve stetoskop kullanılarak ölçülmüştür. Kişilerin kan basıncı değerleri en az 15 dakika dinlenmeden sonra, tek ölçümle elde edilmiştir. Ölçüm kişi dik oturur durumdayken yapılmış SKB ve DKB olarak kaydedilmiştir. SKB<139 mmHg ve DKB<89 mmHg normal kabul edilmiş ve bunun üzerindeki değerler kesin tanı için muayeneye yönlendirilmiştir (WHO, 2013). BKİ değerlendirmesinde ölçüt; zayıf ve çok zayıf kilo (BKİ <18,5), normal kilo (18,5<BKİ <24,9), fazla kilo (BKİ=25-29,9), şişman (BKİ>30) olarak kabul edilmiştir (WHO, 2018).

Verilerin Analizi

Araştırma verilerinin istatistiksel analizi için SPSS 22,0 paket programı kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde yüzdeler dağılımı, sayısal değişkenler için ortalama, oranların karşılaştırılmasında ki-kare testi kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ 'tir.

Etik

Araştırma yapılmadan önce çalışmanın yapılacağı kurumdan izin (numara) ve bir üniversitenin Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (31.03.2017-2017/5) onay alındı. Veriler toplanmadan önce katılımcılara araştırma hakkında bilgi verilerek sözel ve yazılı onam alındı.

BULGULAR

ASM' ye herhangi bir nedenle başvuran 165 kişiden elde edilen bulgular (sosyo-demografik özellikler, sağlık özellikleri, hastalık özellikleri, sağlık ve hastalık özelliklerinin risk faktörleri ile karşılaştırması) aşağıda verilmiştir.

Sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde bireylerin %35,2 sinin 0-59 yaş arasında, %72,1'inin kadın, %73,9'unun çalışmadığı, %57,6'sının ilköğretim düzeyinde eğitim aldığı ve %72,1'inin ekonomilerini orta düzeyde algıladığı görülmektedir (Tablo 1).

Tablo 1. Bireylerin sosyo-demografik özellikleri (n=165)

Değişkenler	Sayı	%
Yaş		
18-29	28	17,0
30-39	21	12,7
40-49	26	15,7
50-59	58	35,2
60-79 ve üzeri	32	19,4
Cinsiyet		
Kadın	119	72,1
Erkek	46	27,9
Meslek		
Çalışan	43	26,1
Çalışmayan	122	73,9
Eğitim durumu		
Okur- yazar değil	5	3,0
İlköğretim	95	57,6
Lise mezunu	38	23,0
Üniversite mezunu	27	16,4
Ekonomik durum algısı		
İyi	31	18,8
Orta	119	72,1
Kötü	15	9,1
Toplam	165	100

Sağlık özelliklerine göre bireylerin %72,7 sinin en az yılda bir kez sağlık kuruluşuna başvurduğu, %61,2'sinin sigara içmediği, %23,0'ının düzenli egzersiz yaptığı, %64,2'sinin sağlığının orta düzeyde iyi olduğunu belirlenmiştir. Araştırmaya katılanların %38,8'i fazla kilonun üzerindedir (BKI >30). Bireylerin %77,6 sı son bir yıl içinde tansiyon ölçümü yaptırmıştır. Veri toplanması sırasında ölçülen tansiyon değeri sonucunda SKB %15,8 oranında DKB % 11,5 oranında yüksek bulunmuştur (Tablo 2).

Tablo 2. Bireylerin sağlık özellikleri (n=165)

Değişkenler	Sayı	%
Sağlık Kurumuna Başvurma		
Yılda bir kez	120	72,7
Yılda birden fazla	45	27,3
Sigara Kullanma Durumu		
Halen için	35	21,2
Bırakan	29	17,6
Hiç içmeyen	101	61,2
Egzersiz Yapma Durumu		
Düzenli	38	23,0
Bazen	72	43,6
Yapmayan	55	33,3
Sağlık Algısı		
İyi	46	27,9
Orta	106	64,2
Kötü	13	7,9
BKİ		
Çok zayıf	4	2,4
Normal	52	31,5
Fazla	64	38,8
Şişman	45	27,3
Son Bir Yıl İçinde Tansiyon Ölçümü Yaptırma		
Evet	128	77,6
Hayır	37	22,4
Ölçülen SKB Değerleri		
Sistolik >140mmHg (yüksek)	26	15,8
Sistolik <139mmHg	139	84,2
Ölçülen DKB Değerleri		
Diastolik >90 (yüksek)	19	11,5
Diastolik <89mmHg	146	88,5
Toplam	165	100

Bireylerin hastalık özelliklerine göre dağılımları incelendiğinde %29,1'inde kronik hastalık tespit edilmiştir. Kronik hastalık içinde en fazla görülen %50 oranında Diyabetes Mellitus (DM) olmuştur. Ailede kronik hastalık varlığı %43,0 oranındadır ve bu hastalıklar içinde en fazla görülen hipertansiyondur (% 48,6) (Tablo 3).

Tablo 3. Bireylerin hastalık özellikleri (n=165)

Değişkenler	Sayı	%
Kronik Hastalık Olması		
Var	48	29,1
Yok	117	70,9
Kronik Hastalık Olması		
Diyabetes Mellitus (DM)	24	50,0
Akciğer Hastalığı	12	25,0
Böbrek Hastalığı	3	12,5
Romatizmal Hastalık	6	6,2
Karaciğer Hastalığı	2	4,2
Kanser	1	2,1
Ailede Kronik Hastalık Olması		
Var	71	43,0
Yok	94	57,0
Kardiyovasküler Hastalık Olması		

Korener Kalp Hastalığı (KKH)	27	16,4
Serebro Vasküler Hastalık (SVH)	4	2,4
Hipertansiyon	36	21,8
Hiperkolesterolemi	2	1,2
Periferik Arter Hastalığı	2	1,2
Hastalık Olmayanlar	94	57,0
Toplam	165	100

Bireylerin sosyo-demografik, sağlık ve hastalık özellikleri ile kan basıncı yüksekliği arasındaki ilişki incelenmiştir. Yaş; 50 yaş ve üzerinde SKB yüksekliği %22,2, 49 yaş ve altı %6,7 oranında daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Yaş ile DKB değerleri arasında ilişki incelendiğinde 50 yaş ve üzerinde DKB yüksek olma oranı %16,7, 49 yaş ve altı %5,3 oranında daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Cinsiyet ile SKB değerleri arasında ilişki incelendiğinde erkeklerde % 23,9, kadınlara %11,8 göre daha yüksek bulunmuştur. DKB erkeklerde %19,6, kadınlara %8,4 oranla daha yüksek bulunmuştur($p<0,05$) (Tablo 4). BKİ ile SKB değerleri arasında ilişki incelendiğinde SKB yüksekliği BKİ >30 olan bireylerde (% 19,4), BKİ<30 (%7,1) olanlara göre daha yüksek bulunmuştur. SKB yüksekliği kronik hastalığı olanlarda (%27,7) kronik hastalığı olmayanlara göre (%10,3) oranında daha yüksektir ($p<0,05$). DKB kronik hastalığı olanlarda (%21,3) kronik hastalığı olmayanlara göre (%7,7) oranında daha yüksektir ($p<0,05$) (Tablo 4).

Çalışmamızda yaş, cinsiyet, kronik hastalık olması, fazla kilonun kan basıncı yüksekliğini etkilediği; Bireyin çalışması, eğitim durumu, ekonomik durumu, sağlık kurumuna başvurma sıklığı, sigara içme, egzersiz yapma, algılanan sağlık, son bir yılda kan basıncını ölçtürme ve ailede kronik hastalık olmasının SKB ile ilişkili olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$) (Tablo 4).

Tablo 4. Bireylerin sosyo-demografik özellikler ile sağlık ve hastalık özelliklerinin kan basıncı yüksekliği ile ilişkisi (n=165)

Değişken	Sistolik Kan Basıncı			Diastolik Kan Basıncı		
	Normal Sayı(%)	Yüksek Sayı(%)	X ² p	Normal Sayı(%)	Yüksek Sayı(%)	X ² p
Yaş						
≤49 yaş	70(93,3)	5(6,7)	7,700	71(94,7)	4(5,3)	5,157
≥50 yaş	70(77,8)	20(22,2)	0,006	75(83,3)	15(16,7)	0,023
Cinsiyet						
Kadın	105(88,2)	14(11,8)	3,809	109(91,6)	10(8,4)	4,057
Erkek	35(76,1)	11(23,9)	0,087*	37(80,4)	9(19,6)	0,044
Çalışma Durumu						
Çalışan	38(88,4)	5(11,6)		37(86,0)	6(14,0)	
Çalışmayan	102(83,6)	20(16,4)	0,622	109(89,3)	13(10,7)	0,583
Eğitim						
İlköğretim	83(83,0)	17(17,0)		88(88,0)	12(11,6)	
Lise	56(87,5)	8(9,8)	0,434	57(89,1)	7(10,7)	0,836
Ekonomi						
Orta-kötü	113(85,0)	20(15,0)		117(88,0)	16(12,0)	
İyi	26(83,9)	5(16,1)	1,000	28(90,3)	3(9,7)	1,000
Sağlık Kurumuna Başvuru Sıklığı						
Yılda bir kez	26(96,3)	1(3,7)		23(85,2)	4(14,8)	
Birden fazla	113(82,5)	24(17,5)	0,081	121(89,1)	15(10,9)	0,522
Sigara İçme						
Evet	31(88,6)	4(11,4)		32(91,4)	3(8,6)	
Hayır	108(83,7)	21(16,3)	0,479	113(87,6)	16(12,4)	0,767

Egzersiz Yapma						
Evet	35(92,1)	3(7,9)		35(92,1)	3(7,9)	
Hayır	104(82,5)	22(17,5)	0,150	110(87,3)	16(12,7)	0,568
Sağlık Algısı						
İyi	39(84,8)	7(15,2)	0,580	41(89,1)	5(10,9)	0,556
Orta	101(84,9)	18(15,1)	1,000	105(88,2)	14(11,8)	1,000
BKİ						
BKİ < 30	52(92,9)	4(7,1)		53(94,6)	93(85,2)	
BKİ > 30	87(80,6)	21(19,4)	0,038	3(5,4)	16(14,8)	0,073
Son bir yıl TA ölçüm						
Evet	106(83,5)	21(16,5)		111(87,4)	16(12,6)	
Hayır	33(89,2)	4(10,8)	0,603	34(91,9)	3(8,1)	0,569
Kronik hastalık varlığı						
Evet	34(72,3)	13(27,7)	7,860	37(78,7)	10(21,3)	6,041
Hayır	105(89,7)	12(10,3)	0,005	108(92,3)	9(7,7)	0,014
Ailede KVH						
Evet	57(84,6)	14(19,7)		56(86,2)	9(13,8)	
Hayır	83(85,2)	11(11,8)	0,164	89(89,9)	10(10,1)	0,172

TARTIŞMA

Çalışmamızda 165 kişinin tansiyonu ölçülerek elde edilen bulgular sosyo-demografik, sağlık özellikleri ve hastalık özellikleri ile SKB ve DKB arasındaki ilişki açısından tartışılmıştır.

Sosyo-demografik değişkenler incelendiğinde ölçüm sonuçları 50 yaş ve üzeri bireylerde kan basıncı 49 yaş ve altı bireylere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Sözen ve diğerleri (2015)'nin yaptığı çalışma sonucunda hipertansiyon sıklığı yaşla birlikte artmakta olup 30-39 yaş grubunda %11,0 iken 70 yaş ve üstü grupta %84,9'a yükseldiği bulunmuştur. Literatür incelemesinde yaşla birlikte hipertansiyon görülme oranı artmaktadır (Abacı, 2011; Arıcı ve diğerleri 2003, 2010; Demisse, 2017; Öztürk ve diğerleri, 2011). Yaşla birlikte hipertansiyonda artış bireylerde önemli sağlık sorunlarına yol açmaktadır. İyi bir izleme bu sorunlar önlenmektedir. Yapılan bir izlem çalışmasında 1100 hipertansiyonlu hasta iki yıl takip edilmiş az sıkı kontrolle KB (yaklaşık 136/79 mmHg) daha sıkı bir kontrolle KB (yaklaşık 132/77 mmHg)'nin azaldığını ve kardiyovasküler sonuçlarda iyileşme bildirmiştir (Verdecchia ve diğerleri 2009).

Çalışmamızda, cinsiyet ile kan basıncı değerleri arasında ilişki incelendiğinde DKB erkeklerde, kadınlara oranla daha yüksek bulunmuştur. Türk hipertansiyon prevalans çalışmasında ortalama SKB ve DKB basıncı değerlerinin her iki cinste arttığı bulunmuştur. Kadınlarda %41,6, erkek %39,5 olarak belirlenmiştir (Demiral ve diğerleri, 2007; Sözmen, Ergör ve Ünal, 2015). Demisse ve diğerleri (2017)'nin çalışmasında kadınlarda erkeklere oranla SKB yüksek bulunmuştur. Bizim çalışmamız literatür ve yapılan çalışmalarla paralel sonuçlanmıştır. Çalışmalarda ve bizim çalışmamızda kadınların ASM'ye daha fazla başvurduğu görülmektedir. Kadınların bu gelişlerinde kan basıncı ölçümlerinin yapılması ve buna bağlı gerekli eğitimlerinin sağlanması kontrolün sağlanmasında önemlidir.

Kan basıncını etkileyen önemli bir değişken beden BKİ'dir. BKİ ile SKB değerleri arasında ilişki incelendiğinde BKİ >30'un üzerindeki bireylerde %19,4, BKİ <30'un altında %7,1 olanlara göre SKB yüksek bulunmuştur. Arıcı (2003)'nin çalışmasında BKİ ile tansiyon yüksekliği arasında ilişki anlamlı bulunmuştur. T. C. Sağlık Bakanlığı İstatistik Yıllığı (2018)'na göre obezite hipertansiyon için bir risk faktörüdür. Bireylerin BKİ'yi beslenmenin düzenlenmesi ve aktivitenin artırılması yoluyla kontrol altına alınabilir. Sağlık özelliklerine göre bireylerin %72,7 sağlık kurumuna başvurduğu, %61,2 hiç sigara içmediği, %17,6'sının sigarayı bıraktığı görülmektedir. Bireylerin sağlık kurumuna başvuru sıklığının iyi olduğu görülmektedir. Bu başvurularda gerekli izlemler yapılabilir. Bireylerin takibi (izlem, telefonla

izlem, hatırlatıcılar, ev ziyaretleri, sosyal destek) yapılmasını ESH-ESC çalışma grubu önermektedir. İzlemler hekim, hemşire tarafından yapılabilir (Mancia ve diğerleri 2014). Katılımcıların çalışma durumu, eğitim ve ekonomik durumu, sağlık kurumuna başvurma, sigara içme, egzersiz, sağlık algısı değişkenleri SKB ve DKB yüksekliğini etkilememiştir. Kardiyovasküler hastalık risklerden korunmada hemşire, eğitim ve danışmanlık rollerini üstlenerek, risk durumuna göre yaşam biçimi değişiklikleri açısından bireyi eğitmelidir (Berra ve Jennings 2011). Sigaranın bırakılması, beslenmenin düzenlenmesi ve düzenli fiziksel aktivite, vücut ağırlığının kontrolü ve düzenli sağlık kontrollerinin yapılmasına yönelik eğitim ve danışmanlık uygulamalarını ekiple işbirliği içinde sürdürmelidir (Alkan ve Enç 2013; Türkmen, Badır ve Ergün 2012). Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı Eylem Planı (2015-2020) göre kardiyovasküler hastalıklarda risklerle ilgili bilgilendirmek; toplumsal farkındalığı arttırmak, başlıca risk faktörleri konusunda davranış değişiklikleri oluşturmak yaşam kalitesini artırmak için önerilmektedir.

Katılımcıların hastalık özellikleri incelendiğinde SKB kronik hastalığı olanlarda %27,7 kronik hastalığı olmayanlara göre %10,3 oranında daha yüksektir ($p<0,05$). Diastolik basınç yüksekliği kronik hastalığı olanlarda %21,3 kronik hastalığı olmayanlara göre %7,7 oranında daha yüksektir ($p<0,05$). Arıcı ve diğerleri (2003)'nin çalışmasında kronik hastalığı olanlarda SKB %27,7 kronik hastalığı olmayanlara göre %10,3 oranında yüksek bulunmuştur. Kronik hastalığı olanlarda %21,3 olmayanlara göre %7,7 daha yüksektir (Arıcı ve diğerleri, 2015). Çalışmamızda kronik hastalık içinde en fazla görülen hastalık DM' dir. Kabakçı ve diğerleri (2006) yaptığı çalışmada DM (%29), koroner arter hastalığı (%22) tespit edilmiştir (Kabakçı ve diğerleri 2006). DM'nin hipertansiyon riskini artırdığını araştırmalar da göstermektedir (Arıcı ve diğerleri, 2003; Chua ve diğerleri, 2017; Daly ve diğerleri, 2018; Demise ve diğerleri (2017); Haemamalar, Norhasmah, Geeta, 2018; Kulak ve diğerleri, 2019; Shahim ve diğerleri, 2018). Diabetes Mellitus ve hipertansiyonun birlikte olması mikrovasküler ve makrovasküler komplikasyonları hızlandırarak ölüm ve hastalanma riskini arttırır (Fox 2010).

Çalışmamızda bireylerin, eğitim, ekonomik durumu ve çalışma durumu, sağlık kurumuna başvurma, sigara içme, egzersiz, sağlık algısı değişkenleri SKB ve DKB yüksekliğini etkilemediği bulunmuştur. Bu değişkenler çeşitli araştırmalarda farklı sonuçlanmıştır. Ekonomik durum ile HT görülme arasında ilişki anlamlı değildir (Noek ve diğerleri 2017). Sözmen ve diğerlerinin çalışmasında eğitim düzeyi ile hipertansiyon arasında ilişki anlamlı bulunmuştur (Sözmen ve diğerleri, 2015). Araştırmalarda farklı sonuçlar elde edilmesi farklı toplum ve bölgelerde çalışılması, çalışmamızda örneklem sayısının az olması sonucu olabilir. Arpacı ve diğerlerine araştırmalarında da eğitim düzeyinin düşük olmasının hipertansiyon görülme sıklığını arttırdığını, sosyo-ekonomik düzeyi düşük olan toplumlarda hipertansiyon ve komplikasyonların daha sık görüldüğünü bildirmişlerdir.

Çalışmamızda egzersiz SKB ile DKB yüksekliği etkilememiştir. Ilgaz ve Özer (2017)'nin çalışmalarında egzersiz ile kan basıncı arasında ilişkili bulunmuştur. Egzersiz planlı ve düzenli yapıldığı durumda bireylerin kalp hastalığı ve diğer kronik hastalıklara yakalanma riskini azaltır (Ilgaz ve Özer, 2017). Egzersiz kadınlarda kardiyovasküler hastalıkların görülme riskini azaltmaktadır ancak Türk toplumunda kadınların fiziksel aktivite düzeyinin azdır (Alkan ve Enç 2013). Bizim çalışmamızda düzenli egzersiz yapanların oranı %23,0 tür. Bu oran oldukça düşüktür. Hemşirelerin ASM'ye başvuranlara egzersizin önemini anlatması, bireyleri bu konuda davranışa yöneltmesi primer koruma için oldukça önemlidir.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Araştırma sonucunda 50 ve üzeri yaşta SKB ve DKB yüksek olduğu saptanmıştır. Erkeklerde kadınlara oranla DKB daha yüksektir. Her iki cinste BKİ göre SKB yüksektir. Bireylerde kronik hastalık olması SKB yüksek olmasına sebep olmuştur. Araştırmada eğitim durumu, sağlık kurumuna başvurma, sigara içme, egzersiz, sağlık algısı kan basıncı arasında ilişki bulunmamıştır. Bu sonuçlar literatürde bazı araştırma sonuçları ile uyumlu olmaması ASM bölgesinin sosyo-ekonomik yapısı ile ilgilidir. Çalışmamız örneklem grubunda bireylerin ekonomik algısı %72 orta düzeyde, eğitim seviyesi %57,6 ilköğretim mezunu vardır. Ayrıca kadınların çalışma hayatına katılımı %18,0 oranındadır.

Bu sonuçlar doğrultusunda yetişkin bireylerin taraması yapılmış, bireylerin farkındalığı sağlanmış, hekim muayenesine yönlendirilmiştir. Ayrıca riskleri inceleyerek bireylere bilgilendirme yapılmış, riskleri azaltmak için yapılması gerekenler konusunda bilgi verilmiştir.

ASM 'de çalışan hemşirelerin, risklerin fark edilmesinde, önlenmesi ve tedavi aşamaları dışında, hastalıkların erken tanınmasında önemli sorumlulukları vardır. Hemşirelerin ASM' ne başvuran kişilerin kan basıncını ölçmesi sorumlulukları arasındadır. Taramalar diğer izlemler gibi rutin hale getirilmelidir. Yaşa göre artan kan basıncı değerleri taramaların özellikle 50 yaş üzerinde yoğunlaştırılmasını ve haftanın belli bir gününün tarama günü olarak ASM nüfusuna duyurulması sağlanabilir. Hemşirelerin bireylere eğitim ve danışmanlık yoluyla davranış değişikliğini sağlamak ve bu değişikliklerin yaşam biçimine dönüştürülmesini sağlamak için sürekliliğin sağlanması, 40 yaş sonrası bireylerin rutin izleme alınması, her izlemede eğitilmesi koruyucu davranışların toplumda yerleşmesine de katkı sağlayacaktır. Bundan sonra yapılacak araştırmalarda farklı sosyo-ekonomik gruplarla tarama araştırmaları kontrollerin yaygınlaşmasını sağlayacaktır.

KAYNAKÇA

- Abacı, A. (2011) Kardiyovasküler risk faktörlerinin ülkemizdeki durumu. Türk Kardiyoloji Derneği Araştırması, 39(4),1-5.
- Alkan H.Ö., Enç N. (2013) Kadınlarda kardiyovasküler hastalıkların önlenmesinde hemşirenin rolü. Türk Kardiyol Dern Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi, 4(5),14-29.
- Arıcı M., Altun B., Erdem Y., Derici Ü., Nergizoğlu G., Turgan Ç. (2003) Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması, Ankara. www.turkhipertansiyon.org/pdf/insidans160608.pdf
- Arıcı M. (2015) Turkish hypertension consensus report. Turk Kardiyoloji Dernegi arsivi: Turk Kardiyoloji Dernegi. 43(4),402-409.
- Arıcı M, Birdane A, Güler K, Yıldız BO, Altun B, Ertürk Ş, Aydoğdu S, Özbakkaloğlu M, Ersöz HÖ, Süleymanlar G, Tükek T, Tokgözoğlu L, Erdem Y. (2015) Türk Hipertansiyon Uzlaş Raporu. Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği, 43(4), 402-409.
- Arıcı M, Turgan Ç, Altun B, Sindel Ş, Erbay B, Derici U, Karatan O, Erdem Y, Hasanoglu E, Caglar S. (2010). Hypertension incidence in Turkey (HinT): A population-based study. Journal of Hypertension, 8(2), 240-244.
- Arpacı M, Kardeşoğlu M, Yiğiner Ö, Özmen N, Cingözbay B.Y, Cebeci B.S. (2008) Sosyoekonomik düzeyi farklı bölgelerde bulunan iki sağlık ocağında takip edilen hipertansiyon hastalarının tedaviye uyum süreci ve değişik özelliklerinin. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni,7(4): 333-338.
- Arslandaş EE, Nergiz Sevinç N, Çetinkaya F, Günay O, Aykut M. (2019) Hipertansif kişilerin hipertansiyon konusundaki tutum ve davranışları. Ege Tıp Dergisi,58 (4), 319-329
- Ay, A. (2016). Hemşirelik Esasları ve Temel İlkeler. (4. Basım). İstanbul, Nobel Yayınevi.

- Aypak C., Önder Ö., Dicle M., Yıkılan H., Tekin H., Görpelioğlu S. (2013) Hipertansif hastaların kan basıncı kontrol düzeylerinin ve tedavi uyumlarının değerlendirilmesi. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 38(2),224-32.
- Baysal H.Y, Bilgin S., Cantekin L., Bilgin G. (2014) Kadınlarda KVK risk faktörlerinin belirlenmesi. Türk Kardiyoloji Derneği Araştırması, 24(2);28-31.
- Belgin Ü., Gül E. (2013) Türkiye kronik hastalıklar ve risk faktörleri sıklığı çalışması, Ankara, Sağlık Bakanlığı Yayınları.
- Berra K, Jennings C.S. (2011) Nurse-based models for cardiovascular disease prevention from research to clinical practice. Journal of Cardiovascular Nursing, 26(4),46-55.
- Chua E.Y., Zalilah M.S., Haemamalar K., Norhasmah S., Geeta A. (2017) Obesity indices predict hypertension among indigenous adults in krau wildlife reserve, Peninsular Malaysia, Journal of Health, Population and Nutrition.36 (3),24
- Daly, B., Toulis K., Thomas N., Gokhale K., Martin J., Webber J., Keerthy, D., Jolly, K., Saravanan P. (2018) Krishnarajah Niranthara kumar increased risk of ischemic heart disease, hypertension, and type 2 diabetes in women with previous gestational diabetes mellitus. A Population-Based Cohort Study,16 (6),21-8.
- Demiral Y, Soysal A, Kılıç B, Uçku R, Bilgin AC, Karakuş N. (2007) İzmir konak ilçesinde 20 yaş üzeri nüfusta sosyo-ekonomik göstergeler ve koroner kalp hastalığı ilişkisi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 6(1), 27-40.
- Demisse A.G, Greffie E.S, Abebe S.M, Bulti AB, Alemu S, Abebe B, Mesfin N. (2017) High burden of hypertension across the age groups among residents of gondar city in Ethiopia: A population based crosssectional study. BMC Public Health doi: 10.1186/s12889-017-4646-465
- Doğan N., Toprak D., Serap Demir S. (2012) Afyonkarahisar ilinde erişkinlerde hipertansiyon sıklığı ve etkileyen faktörler: Kesitsel bir çalışma. Anadolu Kardiyol Dergisi,12(3), 47-5248.
- Fox C.S. (2010) Cardiovascular disease risk factors, type 2 diabetes mellitus, and the Framingham Heart Study. Trends Cardiovasc Med, 20, 90-95.
- Ilgaz A, Özer Z. (2017) Hipertansiyonlu bireylerde egzersizin kan basıncına etkisi: Sistemik Derleme. Kardiyoloji Dergisi, 24(1),31-41.
- İnançgil D, Şendir M, Nisan (2014) Koroner arter hastalarının sağlık davranışlarının geliştirilmesinde hemşirenin rolü. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi; 5(2): s. 96-101.
- Kabakçı G., Abacı A., Ertuş F.S., Özerkan F., Erol Ç., Oto A. (2006) Türkiye’de hipertansif hastalarda inme riski açısından bölgesel farklılıkların belirlenmesi. Türk Kardiyoloji Derneği Araştırması, 34(7),395-405.
- Kara S., Arslan B., Mergen H., Öngel K.. (2012) Aile hekimlikleri polikliniklerinde kardiyovasküler risk faktörlerinin değerlendirilmesi. Tepecik Eğitim Hastalıkları Dergisi, 22(3),163-69.
- Karabay Ö, Karaçelik M, Yılık L, Tekin N, İriz A, Kumdereli S. (2012) İskemik periferik arter hastalığı: Bir Tarama Çalışması. Türk Göğüs Kalp Damar Derneği Dergisi, 20(3), 450-57.
- Kulak E, Berber B, Temel H, Kutluay S., N., Yıldırım.M., DedeoğluF.N., Çiftçi S., Save D. (2019) Aile hekimliğine başvuran bireylerde tip 2 diyabet risk düzeyinin belirlenmesi. Türk Aile Hek Dergisi, 23 (1), 20-30

- Lawes C.M.M., Hoorn S.V., Rodgers A. (2008) Global burden of blood-pressure-related disease. *The Lancet*, 371,1513-1518.
- Lwanga, S.K., Lemeshow, S. (1991). *Samples size determination in health study: A Practical Manuel of WHO*. Geneva.
- Mert H., Özçakar N., Kuruoğlu E. (2011) Multidisipliner bir özel çalışma modülü araştırması: Hipertansiyon hastalarının tedaviye uyumlarının incelenmesi. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*,15(1),7-12.
- Motlagh, F.S. (2015) Chaman R. knowledge, treatment, control and risk factor for hypertension among adults in southern Iran. *International Journal of Hypertension*, (21),1-8.
- Naik D., Michael A., Kallen A. (2008) Improving hypertension control in diabetes mellitus the effects of collaborative and proactive health communication, *Circulation*, 117(11):1361-68.
- Nkoke C., Makoge C., Dzudie A., Mfeukeu L.K., Luchuo E.B., Menanga A., Kingue S. (2017) A Predominance of hypertensive heart disease among patients with cardiac disease in buea, a Semi-Urban Setting, South West Region of Cameroon Nkoke et al. *BMC*.<https://doi.org/10.1186/s13104-017-3034-6>
- Mancia G., Fagard R., Narkiewicz K., Redon J., Zanchetti A., Michael Böhm M., Christiaens T., Renata Cifkova R., Guy De Backer G.D., Dominiczak A., Galderisi M., Diederick E. Grobbee D.E., Tiny Jaarsma T., Kirchhof P., Sverre E. Kjeldsen S.E., Laurent S., Athanasios J. Manolis A.J., Peter M. Nilsson P.M., Ruilope L.M., Roland E. Schmieder R.E., Sirnes P.A., Sleight P., Viigimaa M., Bernard Waeber B., Zannad F. (2014) 2013 ESH/ESC Arteriyel Hipertansiyon Kılavuzu. Hipertansiyon Derneği (ESH) ve Avrupa Kardiyoloji Derneği (ESC),4,1-72.
- Olieva A.S., Chem R.S., Bruise D., Mccarthy M.D., Ctrine C. (2005) Hypertension knowledge, awareness, and attitudes in a hypertension of population, *JGIM* ,219-25.
- Onat A., Karakoyun S., Akbaş T., Özpamuk K.F., Karadeniz Y., Çakır H. (2015) TEKHARF 2014 taraması ve Türkiye’de coğrafi bölgelere göre ölüm oranı ile koroner hastalık insidansı, *Türk Kardiyoloji Derneği Araştırması*, 43(4), 326-32.
- Rosendorf, C., Lackland, D.T., Allison, M., Aronow, W.S., Black, H.R., Blumenthal, R.S. et al. (2015). Treatment of hypertension in patients with coronary artery disease. *Hypertension*, 65(4), 1372-1407.
- Sengula S, Akpolat T, Erdem Y, Derici U, Arici M, Sindel Ş, Karatana O, Cetin Turgan Ç, Hasanoglu E, Caglar S, Erturka S. (2012) Changes in hypertension prevalence, awareness, treatment, and control rates in Turkey from 2003 to 2012 on behalf of the Turkish Society of Hypertension and Renal Diseases. *Journal of Hypertension*, 34(6),1208-1217
- Shahim B., Gyberg V, Bacquer D.D., Kotseva K., Backer G.D., Schnell O., Tuomilehto J., Wood Dand., Rydén L. (2018) Undetected dysglycaemi a common in primary care patients treated for hypertension and/or dyslipidaemia. *Cardiovasc Diabetol*, (17), 21-25.
- Sözmen K., Ergör G., Ünal B. (2015) Hipertansiyon sıklığı farkındalığı tedavi olma ve kan basıncını etkileyen etmenler. *Dicle Tıp Dergisi*, 42(2), 199-07.
- Taş T. A. (2013) Hipertansiyon modelleri, *Türkiye Klinikleri*, 5(3),45-8.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Kurumu. Türkiye kalp ve damar hastalıkları önleme ve kontrol programı Eylem planı 2015 /ANKARA.

- Türkmen E., Badır A., Ergün A. (2012) Koroner arter hastalıkları risk faktörleri: Primer ve sekonder korunmada hemşirelerin rolü. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(4),223-231.
- Türkmen, E., Güven G.S. (2010) Kardiyovasküler hastalıklardan primer korunma esasları. *Hacettepe Tıp Dergisi*, 41(3),179-85.
- Uysal HB, Yaşar MB, Sönmez HM. (2016) Aydın'da sigara içiminin ve hipertansiyonla birlikteliğinin son 20 yıldaki değişimi. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 20(2), 54-63.
- Verdecchia P., Staessen J.A., Angeli F., Simone G., Achilli A., Ganau A., Mureddu G., Pede S., Maggioni A.P., Lucci D., Reboldi G. (2009) Usual vs. tight control of systolic blood pressure in non-diabetic patients with hypertension: an open-label randomised trial. *Lancet*, 374,525-533.
- Viera A.J., Cohen L.W., Mitchell C.M., Murp., Sloane P. D. (2008) High blood pressure knowledge among primary care patients with known hypertension: A North Carolina Family Medicine Research Network Study. *JABFM*, 21(4),300-308.
- WHO, (2018) Global strategy on diet, physical activity and health. http://www.int/diet_physical_activity/en/index.html. Erişim tarihi: 20.06.2018.
- WHO, (2018) Cardiovascular Diseases www.WHO.int/Media_center. Erişim tarihi: 20.06.2018.

EXTENDED ABSTRACT

Introduction: When the causes of death are examined, deaths from chronic diseases are increasing more than other causes. Among these deaths, cardiovascular diseases take the first place. Hypertension is 26.4% worldwide after 20 years of age. This ratio is expected to increase gradually to 29.2% in 2025 (Lawes, Hoom & Rodgers, 2008). Hypertension is a common problem in our country. According to the data of the Turkish hypertension prevalence study, the prevalence of hypertension in the population over 18 years of age is 31.8 percent as of 2003. Turkey is seen by 23.7% according to 2011 data frequency of chronic diseases (Belgin and gül, 2013).

Objective: The aim of study was to determine hypertension and risk factors in adults.

Methods: Individuals (n=165) not diagnosed with hypertension who were admitted to the 29th Family Health Center in Meram, Konya, Turkey were investigated in the study. The data were collected using a questionnaire including all participants' demographic, health and disease characteristics, For all participants, body mass indexes (BMI) were self-reportedly calculated, and BP was also measured. While performing statistical analysis, the percentile of numbers, the average of numerical variables and the chi-square test for ratios were used.

A questionnaire form prepared by the researcher was used to determine the socio-demographic, health and disease related characteristics of the individuals. Calibrated anoroid sphygmomanometer and stethoscope were used for blood pressure measurement. Height and weight values for BMI were calculated according to the self-report of the individuals. The questionnaire was prepared by the researcher in accordance with the literature information. (Belgin and Gül, 2013; Baysal, 2014). Data were collected by face to face interview and measurement method by ASM researcher and trained nurse. In the BMI assessment, the criterion was; weak and very weak weight (BKI <18,5), normal weight (18,5 <BKI <24,9), excess weight (BKI = 25-29,9), fat (BK > 30) was considered to be (WHO, 2018). Arterial blood pressure was measured indirectly using a sphygmomanometer and stethoscope. Blood pressure values of the subjects were obtained by single measurement after at least 15 minutes of rest. The measurement was recorded as systolic (SBP) and diastolic (DBP) while the person was sitting upright (Ay, 2016). SBP <139 mmHg and DBP <89 mmHg were considered normal and values above that were directed to examination for a definitive diagnosis (WHO, 2013).

The Dependent Variable; SBP and DBP values of individuals. Independent Variables; Sociodemographic Characteristics (Age, gender, occupation, educational status, information on how to evaluate economic status). Health Characteristics (Information about applying to a health institution within a year, smoking status, regular exercise, perceived health, BMI, blood pressure measurement in the last year, measured blood pressure value.

SPSS 22.0 package program was used for statistical analysis of the research data. Percentage distribution, mean for numerical variables, and chi-square test were used in study.

Results: The blood pressure of 165 people over 18 years of age who were admitted to the health center with the diagnosis and treatment of hypertension was measured by ASM. When the socio-demographic characteristics were examined, 35,2% of the individuals were 0-59 years old, 72,1% were female, 73,9% were not working, 57,6% were educated at primary level and 72,1% were economies. It is seen that the average level (Table 1). According to the health characteristics, 72. 7% of the individuals applied to the health institution at least once a year, 61,2% did not smoke, 23,0% did regular exercise, 64,2% stated that their health was moderately good. 38,8% of the participants were above normal weight (BMI > 30). 77.6% of the subjects had blood pressure measurement in the last year. As a result of the blood pressure measured during data collection, SBP was found to be 15,8% and DBP was 11,5% high (Table 2).

The rates of SBP and DKB were found to be higher among the individuals over the age of 50 years. SBP was seen to be higher in those with BMI > 30. In case of a chronic disease, SBP and DBP were also found to be high. The most common chronic disease (50,0%) is seen in diabetes. The presence of DM may be attributed to regional differences. Kabakçı et al. (2006) found DM (29%) and coronary artery disease (22%) in his study. Demise et al. (2017). Beekeeper (2003) in the study of DM (8,5%) was found to be seen together with hypertension. Bahira et al. Found that the presence of DM increased hypertension. Kulak et al. (2019) showed that there was a statistically significant relationship between chronic disease and diabetes risk level. Shahim et al. (2018), Chua et al. (2017) showed that DM increases the risk of hypertension twice., Chua EY, Zalilah MS, Haemamas K, Norhasmah S, Geeta A (2018), It has been shown that the frequency of hypertension of DM is increased (Daly et al., 2018). Heart disease is reported to be more common in patients with hypertension (Nkoke et al. 2017). Heart disease has been reported to be more common in patients with hypertension (Nkoke et al. 2017).

In our study, the variables of study, education and economic status, admission to health institution, smoking, exercise, health perception and variables did not affect the height of SBP and DBP. ASM is a socio-economic region with low educational levels and low female employment rates. The fact that 88,2 % of the participants were female may have been influential on these variables. These variables have resulted differently in various studies. In the study conducted in Izmir Konak district, the rate of HT (11,4%) was found in those with regular income.

Conclusion and Recommendation: The presence of chronic disease in individuals affected SBP elevation. The results of our study different from other studies did not show any relationship between educational status, admission to health institution, smoking, exercise, health perception blood pressure. Our study is limited to the ASM region and the applicants and is due to the fact that they are from different socio-economic regions. Nurses working in ASM have important responsibilities in early diagnosis of diseases, apart from risk recognition, prevention and treatment stages. Screening of nurses It is recommended to measure blood pressure through visits to ASM and home visits. Scans should be routinely performed like any other follow-up. Increased blood pressure values according to age can be ensured to be concentrated especially on the age of 50 and to announce a certain day of the week to the ASM population as a screening day. It is also recommended that ASM be provided with posters and brochures for information purposes. Comparative studies with different socio-economic groups are recommended for future research.

Sağlık Bilimleri Öğrencilerinin Obezite İle İlgili Önyargılarının Belirlenmesi

Gülçin UYANIK¹ , Medine YILMAZ² , Aynur ŞAHİN³ 

¹ İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İzmir, Türkiye, gulcinyelten@hotmail.com

² İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İzmir, Türkiye, medine.caliskanyilmaz@gmail.com

³ Çakmak Erdem Hastanesi, İstanbul, Türkiye, sahinaynur0205@gmail.com

Makale Bilgileri	ÖZ
Makale Geçmişi Geliş: 18.02.2020 Kabul: 05.03.2020 Yayın: 25.04.2020	Amaç: Obeziteye karşı olumsuz tutumlar obezite önyargısı olarak ifade edilmektedir. Araştırmanın amacı hemşirelik ve beslenme diyetetik öğrencilerinin obeziteye ilişkin önyargılarının belirlenmesidir. Gereç ve yöntem: Araştırma tanımlayıcı ve karşılaştırmalı tiptedir. Hemşirelik ve Beslenme Diyetetik bölümünden toplam 157 son sınıf öğrencisi ile gerçekleştirilmiştir. Veriler Bilgi Formu ve GAMS-27 Obezite Önyargı Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Bulgular: Öğrencilerin yaş ortalaması her iki bölümde benzerdir ($p>0,05$). GAMS-27 Obezite Önyargı Ölçeği puanı Hemşirelik bölümü öğrencileri için $79,97 \pm 11,45$, Beslenme ve Diyetetik bölümü öğrencileri için $76,58 \pm 10,26$ olup, iki bölümdeki öğrencilerin puanları arasında fark yoktur ($p>0,05$). GAMS-27 Obezite Önyargı Ölçeği değerlendirmesine göre öğrenciler önyargıya eğilimli bulunmuştur (Hemşirelik bölümü %51,6; Beslenme ve Diyetetik bölümü %58,2). Öğrencilerin obezite önyargısı ile ilgili öz değerlendirmelerine göre, kendisini obeziteye karşı önyargısız olarak tanımlayan öğrencilerin ($n:135$; %89,7) GAMS-27 ölçek puan ortalaması ($79,8 \pm 10,9$), önyargılı olarak tanımlayanlardan ($68,5 \pm 8,53$) yüksektir ($t:-3,75$; $p:0,0001$). Her iki bölümdeki öğrencilerin cinsiyet, kendi vücut ağırlığını tanımlama durumu, yaşamında kendini şişman bulduğu bir dönemin varlığı ve ailede şişmanlık öyküsü varlığına göre GAMS-27 ölçek puanları farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Hemşirelik bölümünde Beden Kütle İndeksi zayıf olan öğrencilerin GAMS-27 ölçek puanları daha yüksektir ($F:3,18$; $p=0,03$). Sonuç ve Öneriler: Araştırma bulgularına göre, obezitenin tanı, tedavi ve bakımı sırasında bu bireylerle çalışacak olan Hemşirelik ile Beslenme ve Diyetetik bölümü öğrencileri, obeziteye karşı önyargıya eğilimlidir.
Anahtar Kelimeler: Obezite, Önyargı, Öğrenci, Obezite Önyargısı.	
Sorumlu Yazar: Gülçin UYANIK	
e-posta: gulcinyelten@hotmail.com	

Determination of Obesity-Related Prejudice of Health Sciences Students

Article Info	ABSTRACT
Article History Received: 18.02.2020 Accepted: 05.03.2020 Published: 25.04.2020	Objective: The aim of the study is to determine the prejudices of nursing and nutrition and dietetics students regarding obesity. Methods: The research is descriptive and comparative. It was carried out with 157 final year students from the Department of Nursing and Nutrition Dietetics. Data were collected using the Information Form and the GAMS-27 Obesity Prejudice Scale. Results: The average age of students is similar in both departments ($p> 0.05$). GAMS-27 Obesity Prejudice Scale score is 79.97 ± 11.45 for Nursing students, 76.58 ± 10.26 for Nutrition and Dietetics students, and there is no difference between the scores of the students in the two departments ($p> 0.05$). According to the GAMS-27 Obesity Prejudice Scale, students were prone to prejudice (Nursing department 51.6%; Nutrition and Dietetics department 58.2%). According to the students' self-evaluations about obesity prejudice, the GAMS-27 mean score of the students who defined themselves as unprejudiced ($n: 135$; 89.7%) (79.8 ± 10.9) was higher than those who defined it as prejudiced (68.5 ± 8.53) ($t: -3.75$; $p: 0.0001$). GAMS-27 scale scores do not differ both department according to the gender, the state of defining their body weight, the presence of a period in which they find themselves fat, and the presence of a family history of obesity ($p> 0.05$). Students whose body mass index is weak in nursing department have higher GAMS-27 scale scores ($F: 3.18$; $p = 0.03$). Conclusions and Recommendations: According to the research findings, students of Nursing, Nutrition and Dietetics department are prone to prejudice against obesity.
Keywords: Obesity, Prejudice, Student, Weight prejudice	
Corresponding Author: Gülçin UYANIK	
e-mail: gulcinyelten@hotmail.com	

Atıf/Citation: Uyanık, G., Yılmaz, M., & Şahin, A. (2020). Sağlık bilimleri öğrencilerinin obezite ile ilgili önyargılarının belirlenmesi, *Genel Sağlık Bilimleri Dergisi*. 1(2), 48-58.

GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) istatistiklerine göre tüm dünyada 18 yaş üstü yetişkinlerin %39'u (1,9 milyar) fazla kilolu, %13'ü (650 milyon) ise obezdir (WHO, 2018). Türkiye Diyabet, Obezite ve Hipertansiyon Epidemiyolojisi Çalışmasında (TURDEP-II, 2010) yetişkinlerin %31,2'sinin obez olduğu, Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırmasında (2010) ise yetişkinlerin %34,6'sının fazla kilolu, %30,3'ünün obez olduğu belirtilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2013; T.C. Sağlık Bakanlığı & Hacettepe Üniversitesi, 2014). Obezite; kardiyovasküler hastalık, diyabet, kanserler ve kronik solunum yolu hastalıkları riskini artırması nedeniyle küresel hastalık yüklerinin artışından da sorumludur (Clarke, Swinburn & Sacks, 2020; Tan, Corciova & Nicholls, 2019; WHO, 2018). Küresel hastalık yükü araştırmasına göre obezite, bulaşıcı olmayan hastalıklar içinde ilk iki sıradaki mortalite nedenlerinden olan iskemik kalp hastalığı ve inmenin, engelliliğe neden olan hastalıklardan beşinci sıradaki diyabetin etyolojisinde önemli rol oynamaktadır (WHO, 2017). Obezite, yol açtığı bu ciddi fiziksel sorunların yanında psikolojik ve sosyal sorunları da beraberinde getirmektedir (Kayar & Utku, 2013).

Obezite karşıtı tutumlar, sosyal olarak yaygın biçimde normal kabul edilebilen bir çeşit önyargı biçimi olup, obez bireyleri sıkça hedef almaktadır (Balcıoğlu & Başer, 2008; Joslyn & Haider-Markel, 2019). Obeziteye karşı olumsuz tutumlar obezite önyargısı olarak ifade edilmekte olup bireylerin günlük yaşamda en doğal haklarından olan eğitim alma ve çalışma hakkı alanlarında fırsat eşitsizliğine ve sağlık hizmetlerinde olumsuz tutum ve davranışlara maruz kalınma durumu olarak tanımlanmaktadır (Puhl & Heuer, 2010; Welborn, 2013). Yaklaşık 30 yıl öncesinden başlamakla birlikte son yıllardaki çalışma sonuçlarına göre obez bireyler günlük yaşamın her alanında damgalanmakta, kiloları nedeniyle suçlanmaktadırlar (Crandall & Martinez, 1996; Hamurcu, Öner, Telatar & Yeşildağ, 2015; Okumuşoğlu, 2016; Tan et al., 2019; Teixeira, Pais-Ribeiro, da Costa Maia & Maia, 2012). Bunlarla birlikte obezitenin beraberinde getirdiği çeşitli kronik durumlara özgü (hipertansiyon riski, tip 2 diyabet inme riski vb.) komplikasyon gelişme riski yüksekliği, pozisyon verme ve hareket ettirme zorluğu, tanı, tedavi ve bakımda kullanılacak malzemelerin yetersiz olması gibi nedenlerle sağlık çalışanlarının obez bireylere yönelik olumsuz tutum ve ön yargılı davranışları olduğu bilinmektedir (Falkner et al., 1999).

Literatürde her coğrafya ve kültürde obeziteye yönelik olumsuz tutumların yaygın olduğunu gösteren araştırmalar mevcut olup (Forhan & Salas, 2013; Puhl, Neumark-Sztainer, Austin, Luedicke & King, 2014; Saguy, Frederick & Gruys, 2014; Tan et al., 2019) son 10 yılda obeziteye karşı önyargı prevalansının %66'ya kadar yükseldiği bildirilmiştir (Andreyeva, Puhl & Brownell, 2008). Türkiye'de ise beslenme ve diyetetik öğrencilerinin obeziteye karşı önyargı sıklığının %26,5 (Altun, 2015), sağlık yüksekokulu öğrencilerinin %23,5 olduğunu bildiren çalışmalar bulunmaktadır (Sert, Seven, Çetinkaya, Pelin & Aygin, 2016). Obez gebelere karşı ebelik öğrencilerinin %69,9'u önyargıya eğilimli, %10,4'ü ön yargılı bulunmuştur (Altınayak, Gür & Özkan, 2017). Literatürdeki bu çalışmalara karşın, sağlık bilimleri alanında farklı meslek üyelerinin obez bireylere yönelik tutumlarını, önyargılarını karşılaştıran çalışmalara rastlanmamıştır. Obez bireylere karşı önyargının özellikle sağlık alanında önlenmesi için önemli adımlardan birisi sorunun büyüklüğünün tespit edilmesidir. Sağlık ekibi üyelerinin yanı sıra henüz sağlık alanında lisans eğitimi alan öğrencilerin obezite önyargı düzeylerinin belirlenmesi, obezite önyargısını önlemek için atılacak adımların planlanmasında temel oluşturacaktır.

AMAÇ

Araştırmanın amacı hemşirelik ve beslenme diyetetik öğrencilerinin obeziteye ilişkin önyargı düzeylerinin belirlenmesidir.

YÖNTEM

Araştırmanın Tipi

Tanımlayıcı ve karşılaştırmalı tiptedir.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma, bir devlet üniversitesinde öğrenim gören Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü ile Beslenme ve Diyetetik Bölümü 4. Sınıf öğrencileri ile gerçekleştirilmiştir. Dördüncü sınıf öğrencileri, lisans eğitimlerini almış ve tamamlamak üzere olmaları nedeniyle seçilmişlerdir. Araştırmanın evreni 283 öğrenciden (Hemşirelik 198, Beslenme ve Diyetetik 85) oluşmuştur. Araştırmada tam sayım yöntemi ile tüm evrene ulaşılması hedeflenmesine karşın evrenin %55,5'i (n:157 öğrenci- Hemşirelik 100 öğrenci; Beslenme ve Diyetetik 57 öğrenci) araştırmaya gönüllü olarak katılım göstermiştir. Araştırmanın bağımsız değişkenleri "yaş, cinsiyet, eğitim gördüğü bölüm, öğrencilerin obeziteye karşı tutumu, vücut ağırlığı algısı, geçmişte kendisinde ve ailesinde obezite öyküsünün var olmasıdır. Araştırmanın bağımlı değişkeni ise obezite önyargısıdır (GAMS-27 Obezite Önyargı Ölçeği toplam puanı).

Veri Toplama Araçları

I-Bilgi Formu: Formda öğrencilerin sosyodemografik özellikleri ile literatürden (Altun, 2015; Okumuşoğlu, 2016; Sert et al., 2016) yararlanılarak oluşturulan obeziteye ilişkin düşüncelerine yönelik toplam 11 soru yer almıştır.

II-GAMS-27 Obezite Önyargı Ölçeği: Sağlık eğitimi alan öğrencilerin obezite önyargılarını ölçmek için geliştirilmiştir (Ercan, Ok, Kızıltan & Altun, 2015). Ölçek, geliştiren yazarların isimlerinin baş harfleri verilerek adlandırılmıştır. Ölçek 27 maddeden oluşmaktadır (en düşük 27 puan- en yüksek 135 puan). Ölçek önyargsız (≤ 68 puan), önyargıya eğilimli (68,01-84,99 puan arası) ve önyargılı (≥ 85 puan) olmak üzere üç şekilde değerlendirilmekte, ölçekten alınan puan arttıkça önyargı düzeyi artmaktadır (Ercan et al., 2015).

Veri Toplama

Veriler araştırmacılar tarafından örneklem grubundaki öğrencilere ilgili açıklamalar yapıldıktan ve sözel onamları alındıktan sonra kâğıt-kalem yöntemi kullanılarak, öğrencilerin seçmeli dersleri öncesinde sınıflarında toplanmıştır.

Verilerin Analizi

Statistical Programme for Social Sciences (SPSS 21.0) paket programı kullanılarak istatistik analizler yapılmış, sayı, yüzde dağılımı, ortalama, Ki-kare, verilerin normal dağılıma durumuna göre t testi/MannWhitney-U testi kullanılmıştır. Obezitenin değerlendirilmesinde Beden Kütle İndeksi (vücut ağırlığının -kg- boy uzunluğunun -cm- karesine bölümü ile elde edilen) kullanılmıştır (World Health Organization, 2018). %95 güven aralığında $p < 0,05$ anlamlı kabul edilmiştir.

Etik

Araştırma için Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik izin (Karar no:424; 19.12.2018) alınmıştır. Araştırmanın uygulandığı bölümlerin bölüm başkanlıklarından yazılı izin alınmıştır. Ölçek kullanımı için ölçek sahiplerinden e-posta yolu ile izin alınmıştır.

BULGULAR

Araştırmaya 157 öğrenci (Hemşirelik %62,1 n: 100; Beslenme ve Diyetetik %35,4 n:57) katılmıştır. Hemşirelik bölümü öğrencilerinin yaş ortalaması $21,97 \pm 0,97$; Beslenme ve Diyetetik bölümü

öğrencilerinin $22,18 \pm 1,40$ 'dır ($p > 0,05$). Hemşirelik bölümünde örneklemin %80 (n:80)'inini, Beslenme ve Diyetetik bölümünde %98,2 (n:56)'sini kız öğrenciler oluşturmaktadır. Fazla kilolu ve obez grupta yer alan öğrenci yüzdesi Hemşirelik bölümünde sırasıyla %17 ve %9 iken; Beslenme ve Diyetetik bölümünde sırasıyla %1,8 ve %10,5'tir (Tablo1).

Tablo 1. Öğrencileri tanıttıcı bilgiler ve öğrencilerin obezite konusunda kendileri ve yakınları ile ilgili değerlendirmeleri

Özellikler	Hemşirelik		Beslenme ve Diyetetik	
	n	%	n	%
Cinsiyet				
Kız	80	80,0	56	98,2
Erkek	20	20,0	1	1,8
BKİ				
Zayıf ($\leq 18,49$)	3	3,0	-	-
Normal (18,5-24,9)	71	71,0	50	87,7
Fazla kilolu (25,0-29,9)	17	17,0	1	1,8
Obez ($\geq 30,0$)	9	9,0	6	10,5
Kendi vücut ağırlığınızı nasıl tanımlarsınız?				
Zayıf	15	15,2	12	21,1
Normal	71	71,7	45	78,9
Şişman	13	13,1	-	-
Yaşamınızda kendinizi şişman bulduğunuz bir dönem oldu mu?				
Evet	65	65,0	31	54,4
Hayır	35	35,0	26	45,6
Ailenizde şişman olmuş/olan birey var mı?				
Evet	43	43,0	23	40,4
Hayır	57	57,0	34	59,6

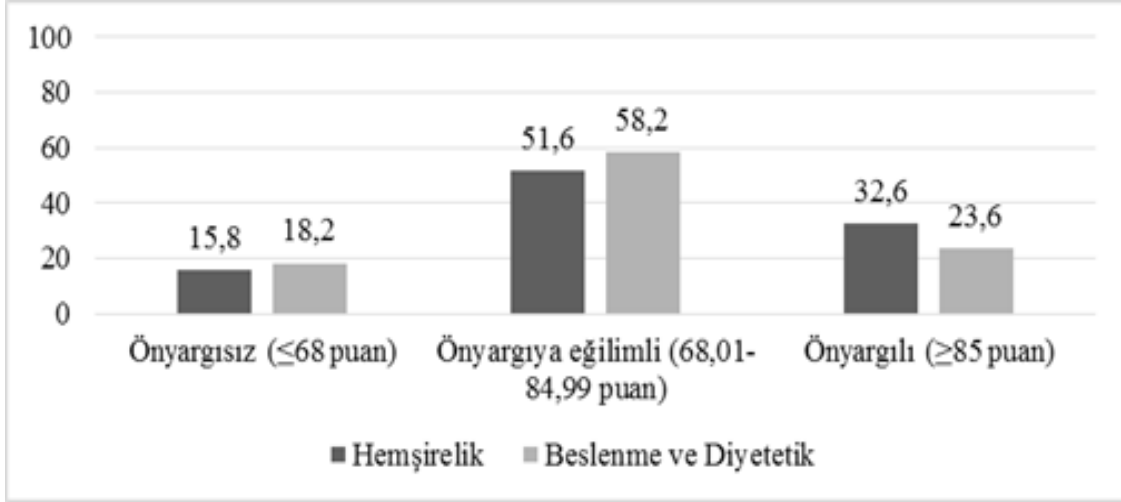
Öğrencilerin kendi vücut ağırlıklarını algılama durumu sorulmuştur. Her iki bölümde de öğrenciler kendilerini en yüksek oranda (Hemşirelik %71,7; Beslenme ve Diyetetik %78,9) normal kiloda tanımlamışlardır. Öğrencilerin yarıdan fazlası (Hemşirelik %65; Beslenme ve Diyetetik %54,4) yaşamının bir bölümünde kendini şişman bulduğunu belirtmiştir. Öğrencilerin okudukları bölüme göre BKİ ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuş (MWU:1863,50, $p:0,0001$), Hemşirelik bölümü öğrencilerinin BKİ ortalaması daha yüksektir (Hemşirelik öğrencilerinde $22,36 \pm 3,27$; Beslenme ve Diyetetik bölümü öğrencilerinde $20,41 \pm 1,74$) (Tablo 2). Her iki bölümdeki öğrencilerin yarıya yakını (Hemşirelik %43; Beslenme ve Diyetetik %40,4) ailesinde obez birey olduğunu, bu bireyinde en yüksek oranda anneleri olduğunu belirtmişlerdir. Öğrencilerin ailesinde obez birey olma durumuna göre BKİ'lerinin değişmediği belirlenmiştir ($p > 0,05$).

Tablo 2. Öğrencilerin BKİ ve GAMS-27 Obezite Önyargı Ölçeği puan ortalaması

Özellikler	Hemşirelik Bölümü		Beslenme ve Diyetetik Bölümü	
	X \pm SS	Min-Max	X \pm SS	Min-Max
BKİ	22,36 \pm 3,27	17,30-31,22	20,41 \pm 1,74	17,36-25,71
GAMS-27 Obezite Önyargı Ölçeği	79,97 \pm 11,45	56,00-113,00	76,58 \pm 10,26	49,00-100,00

Hemşirelik bölümü öğrencilerinden %9'u, Beslenme ve Diyetetik bölümü öğrencilerinin %12,5'i kendisini obeziteye karşı önyargılı olarak tanımlamıştır ($p > 0,05$). Bununla birlikte her iki bölümün öğrencilerinin GAMS-27 ölçek toplam puan ortalamaları arasında da fark bulunmamıştır ($p > 0,05$) (Tablo 2). Grafik 1'de görüldüğü gibi, ölçek puan ortalamalarına göre her iki öğrenci grubu da obeziteye karşı önyargıya eğilimli grubundadır. Kendisini obeziteye karşı önyargısız olarak tanımlayan

öğrencilerin (n:135; %89,7) GAMS-27 ölçek puan ortalaması (79,8±10,9), önyargılı olarak tanımlayanlardan (68,5±8,53) yüksektir (t:-3,75, p:0,0001). BKİ sınıflamasına göre Beslenme ve Diyetetik bölümü öğrencilerinin ölçek puan ortalamaları arasında fark yok iken Hemşirelik bölümünde zayıf gruptaki öğrencilerin ölçek puanları daha yüksek olup, zayıf hemşirelik öğrencileri daha fazla önyargılı olarak değerlendirilmiştir (F:3,18; p=0,03). Her iki bölümdeki öğrencilerin cinsiyet, kendi vücut ağırlığını tanımlama durumu, yaşamında kendini şişman bulduğu bir dönemin varlığı ve ailesinde şişmanlık öyküsü varlığına göre GAMS-27 ölçek puanları farklılık göstermemektedir (p>0,05).



Grafik 1. Öğrencilerin GAMS-27 Obezite Önyargı Ölçeği değerlendirilmesi

TARTIŞMA

Obezite görülme sıklığı tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de gün geçtikçe artmakta, sağlık çalışanları daha çok obez bireye sağlık hizmeti sunmak durumunda kalmaktadır. Obez bireyler birçok sağlık sorunu ile karşı karşıya iken psikososyal sorunları da gittikçe gün yüzüne çıkmaktadır. Özellikle yaşamın çeşitli alanlarında ve çok çeşitli grupları tarafından ayrımcılığa uğrayabilmektedirler. Konu ile ilgili literatüre katkı sağlaması hedeflenen bu araştırma Hemşirelik ile Beslenme ve Diyetetik bölümü öğrencilerinin obeziteye ilişkin önyargı düzeylerinin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir. Araştırma sonucuna göre Hemşirelik ve Beslenme ve Diyetetik bölümü öğrencileri obeziteye karşı önyargıya eğilimlidir.

Bu çalışmada olduğu gibi yapılan diğer çalışmalarda da (Altun, 2015; Robinson, Ball & Leveritt, 2014; Sert et al., 2016) farklı sınıf düzeylerinde eğitim gören sağlık bilimleri öğrencilerinin sınıf düzeyine ve yaşa göre obezite önyargı düzeyinin değişmediği bildirilmiştir. Obezite karşıtı tutumlar ile ilgili yayınlanan bir sistematik derlemede ise özellikle genç sağlık profesyonellerinin obez bireylere karşı daha önyargılı olduğu, artan yaşla birlikte önyargının azaldığı belirtilmiştir (Budd, Mariotti, Graff & Falkenstein, 2011). Sağlık bilimleri öğrencilerinin farklı sınıflarda olsalar da, yaşlarının birbirine yakın olması ve deneyimlerinin benzer olması obezite önyargısı düzeylerinin benzer olmasını etkilemiş olabilir.

Hemşirelik bölümündeki her dört öğrenciden birisinin, Beslenme ve Diyetetik bölümündeki yaklaşık her 10 öğrenciden birisinin fazla kilolu ve obez grubunda yer aldığı görülmüştür. Bu durum eğitimleri gereği Beslenme ve Diyetetik bölümü öğrencilerinin farkındalık düzeylerinin yüksek olması ile ilişkili olabilir. Bu çalışmadaki öğrencilerin BKİ ortalaması sonuçları Türkiye’de gerçekleştirilen diğer araştırma (Altun, 2015; Okumuşoğlu, 2016; Sert et al., 2016) sonuçları ile paraleldir. Ancak bu çalışmada fazla kilolu ve obez olan Hemşirelik bölümü öğrencisi oranı, diğer çalışmalarda bildirilen sağlık bilimleri öğrencilerinin oranından daha yüksektir (Altınayak et al., 2017; Sert et al., 2016). Farklı

sağlık bilimleri öğrencilerinde yürütülen araştırmalarda (Altun, 2015; Robinson et al., 2014; Sert et al., 2016) olduğu gibi bu araştırmada da Beslenme ve Diyetetik bölümü öğrencilerinin önyargı düzeyinin BKİ'ye göre farklılık göstermediği belirlenmiştir. Buna karşın BKİ'si zayıf olarak sınıflandırılan Hemşirelik bölümü öğrencilerinin obeziteye karşı daha önyargılı olduğu belirlenmiştir. Sıklıkla bireyin kendi BKİ'si obezite önyargısı üzerinde etkili bulunmasa da özellikle zayıf gruptaki bireylerin obez bireylerle empati kurmada zorluk yaşayabileceği ve daha fazla kilo karşıtı tutum sergileyebileceği, bu durumun obezite önyargısı üzerinde etkili olabileceği düşünülmüştür.

Her iki bölümdeki öğrencilerin yarıya yakını (hemşirelik %43; beslenme ve diyetetik %40,4) ailesinde obez birey olduğunu, bu bireyinde en yüksek oranda anneleri olduğunu belirtmişlerdir. Ancak ailede fazla kilolu/obez birey varlığının öğrencilerin obezite önyargı düzeyini etkilemediği görülmüştür. Toplumda obeziteye karşı algının araştırıldığı bir çalışmada katılımcıların yarıdan fazlasının (%51,4) ailesinde fazla kilolu ya da obez birey olduğu, eğer bu bireyler sağlık bilincine de sahip ise fazla kilolu/obez bireylerin sağlıklı beslenmelerini destekledikleri belirtilmiştir (Wood & Shukla, 2016). Ailede obez birey varlığı çocukluk dönemi obezitesini etkilerken (Bhadoria et al., 2015), bu araştırmanın örneklem grubunu oluşturan adolesan dönem ile ailede obez birey varlığının ilişkili olmadığı görülmüştür. Adolesan dönemdeki bireylerin kendi kararlarını verebilmeleri ve aileden uzakta yaşamaları nedeniyle aile içindeki beslenme alışkanlıklarına doğrudan maruz kalmamaları, bu durumda etkili olabilir.

Öğrencilerin her iki bölümde de kendilerini obeziteye karşı önyargılı olarak tanımlama oranları benzerdir. Okumuşoğlu'nun (2016) çalışmasında öğrencilerin %88,8'i kendini obeziteye karşı önyargısız tanımlamıştır. Bu araştırmada obeziteye karşı kendini önyargısız olarak değerlendiren öğrencilerin GAMS ölçek sonucuna göre obezite önyargı düzeyleri, kendini önyargılı olarak değerlendiren öğrencilerden yüksektir. Benzer şekilde Altun'un (2015) çalışmasında da kendini önyargısız olarak tanımlayan sağlık bilimleri öğrencilerinin obezite önyargı ölçek puanları daha yüksektir. Bu durum öğrencilerin obeziteyle ilgili öz değerlendirmelerinin ne kadar gerçekçi olduğu konusunda düşündürücü olup öğrencilerin önyargıya ilişkin farkındalıklarının düşük olduğuna işaret etmektedir.

Obez bireyler toplumun her alanında önyargı, ayrımcılık ve etiketlenme sorunlarıyla karşılaşmaktadırlar (Puhl & Heuer, 2009; Saguy et al., 2014). Mezuniyet sonrası obezite tanılı bireylere sağlık hizmeti sunacak olan öğrencilerin, okudukları bölüme göre önyargı eğilimi açısından aralarında fark olmadığı, her iki grubun da obezite açısından önyargıya eğilimli oldukları görülmüştür. Bu sonuç obezitenin toplumsal bir sorun, bir salgın olduğu ve bireysel davranışların suçlandığı, obeziteye karşı önyargıya eğilimin arttığı sonucu ile örtüşmektedir (Saguy et al., 2014). Ebelik bölümü (Altınayak et al., 2017) ve sağlık bilimleri (Sert et al., 2016) öğrencilerinde yürütülen çalışmalarda öğrencilerin obezite önyargı eğilimlerinin yüksek olduğu belirlenmiştir (Altınayak et al., 2017; Sert et al., 2016). Ticari bilimler ve sağlık bilimleri öğrencilerinin obezite önyargısının karşılaştırıldığı bir diğer araştırmada bu iki bölümün öğrencileri arasında fark bulunmazken, sağlık bilimleri öğrencilerinin ölçek puan ortalaması (78±11,11) bu araştırma ile benzerdir (Altun, 2015). Avustralya'da sağlık bilimleri ve diğer bilimlerdeki öğrencilerin obezite önyargısının incelendiği araştırmada, her iki gruptaki öğrencilerin önemli düzeyde obezite önyargısı olduğu, obez bireyleri "iradesiz" olarak tanımladıkları ve obezitenin genetik bir sorun olduğunu düşünen öğrencilerin daha az önyargılı olduğu belirtilmiştir (Robinson et al., 2014). Obeziteye yönelik tutumları bu araştırmadakinden farklı bir araçla ölçen çalışmada sağlık bilimleri öğrencileri ve hemşirelerin orta düzeyde önyargılı olduğu, diyetisyenlerin ise sağlık profesyonelleri arasında en az önyargılı olan grup olduğu belirtilmiştir (Wynn, Islam, Thompson & Myint, 2018). Beslenme ve diyetetik bölümü öğrencileri, stajyerler ve diyetisyenler arasında obezite önyargısının değerlendirildiği araştırmada üç grubun kilo karşıtı tutum puanları arasında fark olmadığı,

bununla birlikte, diyetisyenlik mesleğinde ilerledikçe obezite önyargısının azaldığı bulunmuştur (Welborn, 2013). İtalya’da gerçekleştirilen araştırmada, Psikoloji bölümü üniversite öğrencilerinin kilo karşıtı tutumlarının ve fazla kilolu/obez bireylerden hoşlanmama durumunun düşük düzeyde olduğu belirtilmiştir (Caroli & Sagone, 2013). Sağlık alanından farklı olarak eğitim fakültesi son sınıf öğrencilerinin ise obezite önyargısının en yüksek olduğu bildirilmiştir (Okumuşoğlu, 2016). Tüm bu sonuçlar mesleklerini icra ederken obez bireylerle günlük işleyişte çalışacak eğitimcilerin veya sağlık çalışanlarının, daha lisans eğitimi düzeyinde iken önyargı eğilimlerinin minimuma indirilmesi, farkındalıklarının artırılması ve önyargıdan uzak hizmet sunmaları konusunda bilgi, beceri ve tutum kazandırılmasının önemini göstermektedir. Sağlık alanında obezite önyargısını azaltmada kullanılacak öneriler, obezitenin kronik bir sağlık durumu olarak konumlandırılması, obezitenin nedenleri hakkında eğitimin artırılması, obezitenin ciddiyetinin değerlendirilmesine yönelik standart yöntemler uygulanması ve tedavi stratejilerinin standartlaştırılması olarak sıralanabilir (Forhan & Salas, 2013).

Öğrencilerin obezite önyargısı değerlendirmelerinin kendi bildirimlerine dayalı olması bu araştırmanın sınırlılıklarından birisidir. Bulgular yorumlanırken bu durum dikkate alınabilir. Bir diğer sınırlılık ise araştırma örneklem sayısının sınırlı olması olup bu durum gönüllülük esasına göre katılım ile ilişkilidir. Sağlık bilimleri öğrencileri ile çok sayıda araştırma yürütülüyor olması, öğrencilerin gönüllü katılım gösterme oranının düşmesine yol açıyor olabilir. Öğrencilerle yapılan çalışmalarda daha fazla katılım olmasını sağlayacak veri toplama stratejileri geliştirilebilir.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Araştırma bulguları, obez/fazla kilolu bireylerle çalışacak ve bu bireylerde obezitenin tanı, tedavi ve bakımı alanlarında olumlu davranış değişimi sağlayarak, bu davranışların sürdürülmesini desteklemesi beklenen Hemşirelik ile Beslenme ve Diyetetik bölümü öğrencilerinin obeziteye karşı önyargıya eğilimli olduğunu ortaya koymuştur. Obez bireylere yapılan sağlık danışmanlığı ve sağlık hizmeti sunumunun önünde bir engel oluşturan obezite önyargısı, sağlıkta obez bireylere yönelik eşitsizlik oluşmasına neden olmaktadır. Sağlık alanında hizmet verecek olan sağlık profesyonellerinin tümü, özellikle de Beslenme ve Diyetetik Bölümü öğrencilerinin diyet verme ve obeziteyi yönetme açısından, obeziteye karşı önyargılarını lisans eğitiminde değiştirmek önemlidir. Obezite önyargısını önlemeye yönelik eğitimlere, hem lisans müfredatında hem de hizmet içi oryantasyon programlarında yer verilmesi yararlı olacaktır.

KAYNAKÇA

- Altınayak, S. Ö., Gür, E. Y., Apay, S. E., & Özkan, H. (2017). Ebelik Öğrencilerinin Obez Gebelere Karşı Önyargısı. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 20(3), 201–207.
- Altun, S. (2015). Üniversite Öğrencilerinin Obeziteye İlişkin Önyargılarının Belirlenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ankara: Başkent Üniversitesi.
- Andreyeva, T., Puhl, R. M., & Brownell, K. D. (2008). Changes in Perceived Weight Discrimination Among Americans, 1995–1996 Through 2004–2006. *Obesity*, 16(5), 1129–1134.
- Balcıoğlu, İ., & Başer, S. Z. (2008). Obezitenin Psikiyatrik Yönü. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Sempozyum Dizisi, (62), 341–348.
- Bhadoria, A., Sahoo, K., Sahoo, B., Choudhury, A., Sufi, N., & Kumar, R. (2015). Childhood obesity: Causes and consequences. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 4(2), 187.
- Budd, G. M., Mariotti, M., Graff, D., & Falkenstein, K. (2011). Health care professionals’ attitudes about obesity: An integrative review. *Applied Nursing Research*, 24(3), 127–137.

- Caroli, M. E. De, & Sagone, E. (2013). Anti-fat Prejudice and Stereotypes in Psychology University Students. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 84, 1184–1189.
- Clarke, B., Swinburn, B., & Sacks, G. (2020). Understanding the LiveLighter® obesity prevention policy processes: An investigation using political science and systems thinking. *Social Science and Medicine*, 246, 1-10.
- Crandall, C. S., & Martinez, R. (1996). Culture, Ideology, and Antifat Attitudes. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 22(11), 1165–1176.
- Ercan, A., Ok, M. A., Kızıltan, G., & Altun, S. (2015). Sağlık Bilimleri Öğrencileri İçin Obezite Önyargı Ölçeğinin Geliştirilmesi: GAMS 27-Obezite Önyargı Ölçeği. *International Peer-Reviewed Journal of Nutrition Research*, 2(3), 28–28.
- Falkner, N. H., French, S. A., Jeffery, R. W., Neumark-Sztainer, D., Sherwood, N. E., & Morton, N. (1999). Mistreatment due to weight: prevalence and sources of perceived mistreatment in women and men. *Obesity research*, 7(6), 572–6.
- Forhan, M., & Salas, X. R. (2013). Inequities in Healthcare: A Review of Bias and Discrimination in Obesity Treatment. *Canadian Journal of Diabetes*, 37(3), 205–209.
- Hamurcu, P., Öner, C., Telatar, B., & Yeşildağ, Ş. (2015). The impact of obesity on self esteem and body image. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 19(3), 122–129.
- Joslyn, M. R., & Haider-Markel, D. P. (2019). Perceived causes of obesity, emotions, and attitudes about Discrimination Policy. *Social Science and Medicine*, 223, 97–103.
- Kayar, H., & Utku, S. (2013). Çağımızın Hastalığı Obezite ve Tedavisi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(2), 1–8.
- Okumuşoğlu, S. (2016). The Stigmatisation of Obesity by University Students Who Will be the Future Counsellors, Educators, and Psychologists. *Journal of Psychology Research*, 6(9), 509–515.
- Puhl, R. M., & Heuer, C. A. (2009). The Stigma of Obesity: A Review and Update. *Obesity*, 17(5), 941–964.
- Puhl, R. M., & Heuer, C. A. (2010). Obesity Stigma: Important Considerations for Public Health. *American Journal of Public Health*, 100(6), 1019–1028.
- Puhl, R. M., Neumark-Sztainer, D., Austin, S. B., Luedicke, J., & King, K. M. (2014). Setting policy priorities to address eating disorders and weight stigma: views from the field of eating disorders and the US general public. *BMC Public Health*, 14(1), 524.
- Robinson, E. L., Ball, L. E., & Leveritt, M. D. (2014). Obesity Bias Among Health and Non-Health Students Attending an Australian University and Their Perceived Obesity Education. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 46(5), 390–395.
- Saguy, A. C., Frederick, D., & Gruys, K. (2014). Reporting risk, producing prejudice: How news reporting on obesity shapes attitudes about health risk, policy, and prejudice. *Social Science and Medicine*, 111, 125–133.
- Sert, H., Seven, A., Çetinkaya, S., Pelin, M., & Aygin, D. (2016). Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Obezite Ön Yargı Düzeylerinin Değerlendirilmesi. *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(4), 9-17.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2013). Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı (2014-2017). (Sağlık Bakanlığı Yayın no:773). www.beslenme.gov.tr

- T.C. Sağlık Bakanlığı, & Hacettepe Üniversitesi. (2014). Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması-2010. (Sağlık Bakanlığı Yayın no:931).
- Tan, J. O. A., Corciova, S., & Nicholls, D. (2019). Going too far? How the public health anti-obesity drives could cause harm by promoting eating disorders In: K. Cratsley & J. Radden (Ed.), *Mental Health as Public Health: Interdisciplinary Perspectives on the Ethics of Prevention* (235–264). Elsevier, Academic Press: United States.
- Teixeira, F. V., Pais-Ribeiro, J. L., da Costa Maia, Â. R. P., & Maia, Â. R. P. da C. (2012). Beliefs and practices of healthcare providers regarding obesity: a systematic review. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 58(2), 254–62.
- Welborn, S. (2013). Comparison of Obesity Bias, Attitudes, and Beliefs among Undergraduate Dietetic Students, Dietetic Interns, and Practicing Registered Dietitians. Unpublished Dissertation. East Tennessee State University: Tennessee
- WHO. (2017). Findings from the Global Burden of Disease Study. Retrieved April 22, 2019, www.healthdata.org.
- Wood, M., & Shukla, P. (2016). Weight bias, health consciousness and behavioral actions (activities). *Eating Behaviors*, 23, 200–205.
- World Health Organization. (2018). Obesity and overweight. Retrieved January 28, 2020, <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>.
- Wynn, T., Islam, N., Thompson, C., & Myint, K. S. (2018). The effect of knowledge on healthcare professionals' perceptions of obesity. *Obesity Medicine*, 11, 20–24.

EXTENDED ABSTRACT

Introduction: According to the World Health Organization statistics, 39% (1.9 billion) of adults over the age of 18 are overweight and 13% (650 million) are obese (World Health Organization, 2018). The prevalence of obesity in adults in Turkey varies between 30.3%- 31.2% (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011; T.C. Sağlık Bakanlığı & Hacettepe Üniversitesi, 2014). In addition to the serious physical problems caused by obesity, it also brings with it psychological and social problems (Kayar & Utku, 2013). Anti-obesity attitudes are a form of prejudice that can be widely accepted as socially normal and frequently target obese individuals (Balçioğlu & Başer, 2008; Joslyn & Haider-Markel, 2019). Obesity prejudice is defined as exposure to inequalities in education and employment, and negative attitudes and behaviors in health care (Puhl & Heuer, 2010; Welborn, 2013). In the literature, there are studies showing that negative attitudes towards obesity are widespread in every geography and culture (Forhan & Salas, 2013; Puhl, Neumark-Sztainer, Austin, Luedicke & King, 2014; Saguy, Frederick & Gruys, 2014; Tan et al., 2019), and the prevalence of prejudice against obesity has increased up to 66% in the last 10 years (Andreyeva, Puhl & Brownell, 2008). Of Turkey in the frequency prejudice against obesity, nutrition and dietetics students was 26.5% (Altun, 2015), there are studies reported that health school students is 23.5% (Hard Seven, Cetinkaya, Pelin & Aygun, 2016). Despite these studies in the literature, studies comparing the attitudes and prejudices of different professional members towards obese individuals in the field of health sciences have not been found. One of the important steps to prevent prejudice against obese individuals especially in the field of health is to determine the magnitude of the problem.

Objective: The aim of the study is to determine the prejudices of nursing and nutrition and dietetics students regarding obesity.

Methods: The research is descriptive and comparative. It was carried out with 157 final year students from the Department of Nursing and Nutrition Dietetics. Fourth grade students are selected because they are about to complete their undergraduate education. Data were collected using the Information Form and the GAMS-27 Obesity Prejudice Scale.

I-Information Form: The form was developed using the literature (Altun, 2015; Okumuşoğlu, 2016; Sert et al., 2016). In the form, there were 11 questions regarding the sociodemographic characteristics of students and their thoughts on obesity.

II-GAMS-27 Obesity Prejudice Scale: It was developed to measure the obesity prejudice of students with health sciences (Ercan, Ok, Kızıltan & Altun, 2015). The scale was named by giving the initials of the names of the developing authors. The scale consists of 27 items (lowest 27 points - highest 135 points). The scale is evaluated in three ways: without prejudice (≤ 68 points), prone to prejudice (between 68.01 and 84.99 points) and with prejudice (≥ 85 points). As the score obtained from the scale increases, the level of prejudice increases (Ercan, Ok, Kızıltan, & Altun, 2015).

Statistical analyzes were made in SPSS 21.0 package program, $p < 0.05$ values were accepted as significant in the 95% confidence interval.

Results: The average age of students is similar in both departments (Nursing 21.97 ± 0.97 ; Nutrition and Dietetics 22.18 ± 1.40) ($p > 0.05$). The mean BMI is 22.36 ± 3.27 in Nursing students, 20.41 ± 1.74 in Nutrition and Dietetics students, and the average BMI of nursing students is higher ($p < 0.05$). GAMS-27 Obesity Prejudice Scale score is 79.97 ± 11.45 for Nursing students, 76.58 ± 10.26 for Nutrition and Dietetics students, and there is no difference between the scores of the students in the two departments ($p > 0.05$). According to the GAMS-27 Obesity Prejudice Scale, students were prone to prejudice (Nursing department was 51.6%; Nutrition and Dietetics department was 58.2%). According to the students' self-evaluations about obesity prejudice, the GAMS-27 mean score of the students who defined themselves as unprejudiced ($n: 135; 89.7\%$) (79.8 ± 10.9) was higher than those who defined it as prejudiced (68.5 ± 8.53) ($t: -3.75; p: 0.0001$). GAMS-27 scale scores do not differ both department according to the gender, the state of defining their body weight, the presence of a period in which they find themselves fat, and the presence of a family history of obesity ($p > 0.05$). Students whose body mass index is weak in nursing department have higher GAMS-27 scale scores ($F: 3.18; p = 0.03$).

Conclusions and Recommendations: According to the research findings, students of Nursing, Nutrition and Dietetics department who will work with these individuals during the diagnosis, treatment and care of obesity are prone to prejudice against obesity. Obesity prejudice, which constitutes an obstacle to health counseling and healthcare delivery to obese individuals, causes inequality in obese individuals in health. It would be beneficial to include trainings to prevent obesity bias in both undergraduate curriculum and in-service orientation programs.

Metastatik Meme Kanseri Olan Hastanın Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli'ne Göre Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu

Arzu USLU¹ , Filiz HİSAR² 

¹ Necmettin Erbakan Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Konya, Türkiye, arzu.uslu86@gmail.com

² Necmettin Erbakan Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Konya, Türkiye, filiz.hisar@gmail.com

Makale Bilgileri

ÖZ

Makale Geçmişi

Geliş: 11.02.2020

Kabul: 30.03.2020

Yayın: 25.04.2020

Anahtar Kelimeler:

Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri, Gordon, Hemşirelik, Hemşirelik Süreci, Meme Kanseri.

Sorumlu Yazar:

Arzu USLU

e-posta:

arzu.uslu86@gmail.com

Meme kanserinin morbidite ve mortalite oranlarının yüksek olması önemli bir sağlık sorunudur. Meme epitelinde anormal malign tümör bireyden bireye farklılık göstermektedir. Meme kanserinde değiştirilemeyen ve değiştirilebilen risk faktörleri mevcuttur. Bu değiştirilebilen risk faktörlerini yönetmede sağlıklı yaşam tarzı sürdürmek önemlidir. Hemşire, bireyin sağlık davranışı geliştirmesinde önemli rol ve sorumluluklara sahiptir. Bireyi sistematik olarak yorumlamak ve bakım planını oluşturmak amacıyla Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli kullanılmaktadır. Bu model 11 fonksiyonel alanda gereksinimleri belirlemektedir. Bu örüntüler; sağlığı algılama - sağlık yönetimi, beslenme - metabolik durum, boşaltım, hareket - aktivite, uyku - dinlenme, bilişsel algılama, kendini algılama - benlik, rol - ilişki, cinsellik - üreme, baş etme - stres toleransı, inanç - değer'dir. Hastaya özgü saptanan sorunlara yönelik kanıta dayalı hemşirelik girişimleriyle profesyonel hemşirelik bakımı verilmektedir. Bu makale, metastatik meme kanseri olan hastayı Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli çerçevesinde yorumlamak ve hastaya NANDA hemşirelik tanılarıyla NIC, NOC sınıflamasıyla kanıta dayalı hemşirelik bakım planı oluşturmak amacıyla yapılmıştır. Olgumuzda, veriler toplandıktan, sonra 11 fonksiyonel alanda değerlendirilmiş, hemşirelik tanıları belirlenmiş, kanıta kayalı hemşirelik girişimleri belirlenmiş ve sonucu değerlendirilmiştir. Akut ağrı, düşme riski, obezite, yorgunluk, deri bütünlüğünde bozulma, aile süreçlerini güçlendirmeye hazır oluş, ölüm anksiyetesi hemşirelik tanıları belirlenmiştir. Sonuç olarak; verilerin sistematik değerlendirildiği, olgunun bütüncül ele alındığı Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli kullanılması yararlı olduğu saptanmıştır.

Nursing Care According to Gordon's Functional Health Patterns Model of The Patient With Metastatic Breast Cancer: Case Report

Article Info

ABSTRACT

Article History

Received: 11.02.2020

Accepted: 30.03.2020

Published: 25.04.2020

Keywords:

Functional Health Patterns, Gordon, Nursing, Nursing Process, Breast Cancer.

Corresponding Author:

Arzu USLU

e-mail:

arzu.uslu86@gmail.com

The high morbidity and mortality rates of breast cancer is an important health problem. Abnormal malignant tumor in breast epithelium differs from individual to individual. There are risk factors that cannot be changed and changed in breast cancer. Maintaining a healthy lifestyle is important in managing these changeable risk factors. The nurse has important roles and responsibilities in developing the individual's health behavior. In order to interpret the individual systematically, Gordon's Functional Health Patterns Model is used to create the care plan. This model sets requirements in 11 functional areas. These patterns are health perception - management, nutritional - metabolic status, elimination, movement - activity, sleep - rest, cognitive perception, self perception - individuality, role - relationship, sexuality - sexually reproductive, coping - stress tolerance, belief - value. Professional nursing care is provided with evidence-based nursing interventions intended for the problems identified specific to the patient. This article was made to interpret the patient with metastatic breast cancer within the framework of Gordon's Functional Health Patterns Model and to create an evidence-based nursing care plan by NIC, NOC classification with NANDA nursing diagnoses. In our case, after the data were collected, 11 functional areas were evaluated, nursing diagnoses were determined, evidence-based nursing interventions were determined and the result was evaluated. Nursing diagnoses were determined, including acute pain, risk of falling, obesity, fatigue, impaired skin integrity, readiness to strengthen family processes and death anxiety. As a result, it has been determined that it is beneficial to use Gordon's Functional Health Patterns Model, where the data is evaluated systematically and the case is handled in holistic.

Atıf/Citation: Uslu, A., & Hisar, F. (2020). Metastatik meme kanseri olan hastanın Gordon'un fonksiyonel sağlık örüntüleri modeli'ne göre hemşirelik bakımı: olgu sunumu, *Genel Sağlık Bilimleri Dergisi*. 1(2), 59-69.

GİRİŞ

Globacan 2018 verilerine göre Dünya'da tüm kanser türleri arasında meme kanserinin insidansı %11,6 olup ikinci sırada, mortalitesi %6,6 olup arasında beşinci sırada yer almaktadır. Meme kanseri görülme sıklığında ilk sırada %43,6 oranında insidansla ve %46,6 oranında mortaliteyle Asya ülkeleri yer almaktadır. Dünya'da tüm yaş gruplarındaki kadınlarda meme kanseri insidansı %46,3'tür (The Globan Cancer Observatory, 2019a). Globacan 2018 verilerine göre Türkiye'de meme kanseri insidansı %10,6 , mortalitesi %4,7 olup tüm kanser türleri arasında meme kanseri ikinci sırada yer almaktadır (The Globan Cancer Observatory, 2019b). Tüm yaş gruplarındaki kadınlarda meme kanseri insidansı %46,3'tür. Kadınlarda sık görülen kanserler arasında meme kanseri birinci sırada yer almaktadır (The Globan Cancer Observatory, 2019b).

Dünya'da ve Türkiye'de meme kanseri önemli derecede mortaliteye ve morbiditeye sebep olmaktadır. Memede anormal doku kitlesi olan malign tümör bireyden bireye farklılık göstermektedir. Meme kanserinde değiştirilebilen ve değiştirilemeyen risk faktörleri mevcuttur. Değiştirilemeyen risk faktörleri arasında kadın cinsiyet, 12 yaşından önce menarş görmesi ve 55 yaşından sonra menepoza girmesi, beyaz tenli ırk, birinci derece yakının kanser olması, genetik olarak 17 numaralı kromozomda bulunan Breast Cancer-1(BRCA-1) ve Breast Cancer-2 (BRCA-2) genlerinde mutasyon olması, yoğun meme dokusuna sahip olması, hiç doğum yapmamış ya da ilk gebeliğinin 35 yaşından sonra olması yer almaktadır. Değiştirilebilen risk faktörleri arasında radyasyona maruziyet, alkol ve sigara kullanımı, uzun süre oral kontraseptif kullanımı, malnütrisyon, fiziksel inaktivite, obezite, paraben içeren kozmetik ürünlerin kullanımı, virüslere (schistosoma paraziti) maruziyet yer almaktadır (Akdemir ve Birol, 2020; World Health Organization, 2020). Böylece meme kanseri olan kişinin yaşam tarzı, kişisel tercihleri ve davranışları sağlığı yönetmekte etkilidir.

Meme kanserini erken tanılamada, sağlıklı yaşam davranışı geliştirmede, hastalık ve tedaviye yönelik semptom yönetiminde, hastalığa uyum sürecinde hemşire önemli rol ve sorumluklara sahiptir. Hemşire, meme kanseri olan hastanın fonksiyonlarını optimum düzeyde devam ettirmesine yardımcı olmaktadır. Hastaya ait olan verilerin sistematik şekilde yorumlanmasında, hemşirelik modellerinden biri olan Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli kullanılmaktadır. Bu model 1982 yılında Gordon tarafından geliştirilmiştir. Marjory Gordon birçok ödül almış, çalışmalar yapmış, kitaplar yazmış, hemşirelik dilinin gelişmesinde öncü olmuştur. 1973-1988 yıllarında Kuzey Amerika Hemşirelik Tanı Derneği'nin (NANDA) ilk başkanı olmuştur. Hemşirelik Tanı El Kitabı birçok dile çevrilmiştir. Böylece hemşireler arasında ortak bir dil sağlanmıştır. Gordon, hemşireler için sağlık hizmetlerinde ses getirmiş ve hemşirelerin görünürlüğünü arttırmıştır. Ayrıca hemşirelik bakımının elektronik kayıt sisteminin entegre edilmesinde katkı sağlamıştır. Emeritus Profesör olan Gordon Amerikan Akademisi tarafından 2009 yılında yaşayan efsane ödülü almıştır. 2015 yılında vefat etmiştir (Karadağ, Çalışkan ve Baykara, 2017; Zanotti ve Chiffi, 2015).

Gordon'a göre sağlık örüntüleri fonksiyonel ve disfonksiyonel ya da olası disfonksiyonel olarak sınıflanmaktadır. Disfonksiyonel ya da olası disfonksiyonel sağlık örüntüleri sağlık problemleri ve sağlığın beklenen standartlardan sapması olarak tanımlanmaktadır. Fonksiyonel sağlık örüntüleri bireyin sağlıklı olması ve iyilik hali olarak tanımlanmaktadır. Bu örüntüler; sağlığı algılama - sağlık yönetimi, beslenme - metabolik durum, boşaltım, hareket - aktivite, uyku - dinlenme, bilişsel algılama, kendini algılama - benlik, rol - ilişki, cinsellik - üreme, baş etme - stres toleransı, inanç - değer'dir (Karadağ vd., 2017; Zanotti ve Chiffi, 2015). Gordon'un Fonksiyon Sağlık Örüntüleri Modeli'nde bu 11 fonksiyonel alan birey gereksinimleri, sistematize ederek analiz edilmesini kolaylaştırmakta ve hemşirelik bakımı için bütüncül yaklaşım sağlamaktadır. Bireyin gereksinimleri belirlendikten sonra Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Birliği "North American Nursing Diagnosis Association NANDA"

tarafından onaylanan hemşirelik tanıları belirlenmektedir. Belirlenen hemşirelik tanılarına göre NIC (Nursing Interventions Classification) hemşirelik girişimleri ve NOC (Nursing Outcomes Classification) bakım sonuçlarının sınıflandırılması doğrultusunda, hastanın bakımı planlanmaktadır. NIC sınıflandırma sistemi hastaya uygulanabilecek girişimlerin standartını sağlamaktadır. NOC sınıflama sistemi, uygulanan hemşirelik girişimlerinin hasta üzerinde etkisini belirleyerek hasta sonuçlarının standart hale getirilmesidir (Wilkinson ve Barcus, 2018). Bu sınıflama sistemleri kullanılırken hastaya özgü olan hemşirelik bakım planı Joanna Briggs Kanıt Düzeylerini temel alan Kanıta Dayalı Uygulama içeren girişimlerden oluşmaktadır (Joanna Briggs Institute, 2014). 2017 yılında yapılan bir çalışmada göğüs kanseri hastası olan 10 olguya Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli uygulanarak bireyler hızlı, etkili ve bütüncül değerlendirilmiş bakımları planlanmıştır (Bertocchi ve diğerleri, 2017).

Bir üniversite hastanesinin ayaktan kemoterapi ünitesine tedavisini almaya gelen GY hanımın yazılı ve sözlü bilgilendirilmiş onamı alınmıştır. 21 gün sonra tedavisini almaya tekrar geldiğinde hemşirelik uygulamaların değerlendirilmesi yapılmıştır. Bu makalede metastatik meme kanseri olan hastayı Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli çerçevesinde tanılamak ve hastaya NANDA hemşirelik tanılarıyla birlikte NIC, NOC sınıflamasıyla kanıta dayalı hemşirelik bakım planı oluşturmak amaçlanmıştır.

Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli'ne Göre Metastatik Meme Kanseri Olan Hasta

38 yaşındaki kadın GY, evli, ilköğretim mezunu ve ev hanımıdır. 3 çocuğu vardır ve çocukları 8, 5, 2 yaşlarındadır. 4 ay önce malulen emekli olmuştur. Sigara, alkol öyküsü yoktur. 12 yıl önce polikistikover ameliyatı olmuştur. 3 sezaryen, 2 kürtaj öyküsü vardır. 17 ay önce 9 aylık bebeğini emzirirken memede kitle hissetmesi üzerine doktora gittiğinde süt kesesi olarak düşünülmesine rağmen ultrason sonucunda kanser şüphesi belirlenmiştir. Yapılan biyopsi sonucunda 18mm, 11mm ve 7mm boyutlarında 3 kitle ile 4. evre Meme Kanseri tanısı almıştır. Pozitron Emisyon Tomografi sonrasında vertebra korpusundaki T4 ve T11 bölgesinde kemik metastaz olduğu anlaşılmıştır. Kronik hastalığı yoktur. Evde Calcimax-D₃ efervesan (1x1) ve Arvels (2x1) ilaçlarını kullanmaktadır. 1 ay öncesinde vertebra korpusunda T4 ve T11 bölgesinde kırık olduğu saptanmıştır.

Laboratuvar değerleri; Hgb: 11.4 g/dl, Hct: %35.2, WBC: 6.7/mm³, PLT: 214000/mm³, RBC: 4820/mm³, Na: 140 mmol/L, K: 4.9 mmol/L, Ca: 9.47 mg/dl, Mg: 2.15 mg/dl, Cl: 103 mmol/L, Total protein: 72.7 g/dl, Albümin: 40.6 g/dl, CRP: 2.68 mg/dl, SGOT: 10.8 U/L, SGPT: 13.1 U/L, Üre: 336 mg/dl, Kreatinin: 0.71 mg/dl, Fosfor: 3.35 mg/dl'dir. Ca 15-3 değeri tanı konulduğunda 38 iken son yapılan testte 27 olduğu görülmüştür.

Aldığı tedavi; İlk tedavisi Docetaxei 8 kür (21 günde bir) aynı zamanda 10 gün radyoterapidir. Şu an Pertuzumab ve Trastuzumab (21 günde bir) tedavisine devam etmektedir. 28 günde bir Denosumab (XGEVA) yapılmaktadır. Hastaya 14 ay önce sağ subklavian bölgesine port takılmıştır. 21 günde bir heparinli sıvı ile yıkaması yapılmaktadır.

Vital bulguları; Ateş: 36.6 °C, Nabız: 98/dk, Tansiyon: 130/70 mmHg, Solnum: 20/dk'dir.

Hastanın Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli'ne Göre Değerlendirilmesi

1. Sağlığı Algılama - Sağlık Yönetimi:

Hasta kendisini iyi hissettiğini, fakat eskisi kadar enerjik olmadığını, 2 kat merdiven çıkmakta zorlandığını ifade etti. Sedanter yaşama sahip olan hasta düzenli egzersiz yapmadığını ifade etti. Ailesinde 3. derece yakınında Lenfoma öyküsü bulunmaktadır. Hasta sırtında, batma tarzında, gün içerisinde aralıklı olarak devam eden, ayakta durmakla ve bazen hareketle artan, uzanmakla azalan,

Sayısal Derecelendirme Ölçeği (NRS)= 6/10 şiddetinde ağrısı olduğunu ve ağrısının 1 aydır devam ettiğini ifade etti. Hastanın hastalığı ve tedavisi hakkında yeterli bilgisi mevcuttur. İtaki Düşme Riski Ölçeği 6 puandı. Braden skalası 20 puandı. Barthel İndeksi 100 puandı.

Hemşirelik Tanısı 1: Akut Ağrı (NANDA Alan 12: Konfor, Sınıf 1: Fiziksel Konfor) (Wilkinson ve Barcus, 2018).

Beklenen Sonuçlar (NOC): NRS puanının 6'dan 3'e düşmesi, ağrısının azaldığını ifade etmesi, ağrı yönetiminin sağlanması, konforun sağlanması.

Hemşirelik Girişimleri (NIC): Hastanın ağrısının yeri, şiddeti, süresi, sıklığı, niteliği, ağrısını azaltan/arttıran faktörleri belirlendi. Hastanın vital bulguları ölçüldü (Solunum, nabız, tansiyon, ateş). Hekimin istemine göre analjezik kullanımı değerlendirildi ve yan etkilerinin olup olmadığı belirlendi (mide bulantısı, solunum depresyonu, iştahsızlık, kaşıntı, konstipasyon vb). Hastaya nonfarmakolojik yöntemler önerildi (Gevşeme, hayal kurma, müzik terapi, dikkati başka yöne çekme, akupresör, sıcak/soğuk uygulama, masaj). Duygu ve düşüncelerini ifade etmesine imkan verilerek konfor düzeyi değerlendirildi (Ackley, Ladwig, ve Makic, 2019; Wilkinson ve Barcus, 2018).

Değerlendirme: GY'nin ağrısını 6 dan 4 e düşüğünü, ağrısının azaldığını ifade etti.

Hemşirelik Tanısı 2: Düşme Riski (NANDA Alanı 11: Güvenlik/Korunma, Sınıf 2: Fiziksel Yaralanma)

Beklenen Sonuçlar (NOC): Hastanın düşmemesi, düşme riskinin azaltılması.

Hemşirelik Girişimleri (NIC): İtaki Düşme Riski Ölçeği değerlendirildi. İlaçlarının etki ve yan etkileri konusunda hasta bilgilendirildi. Çevre düzenine, kaygan zeminlere dikkat etmesinin önemi anlatıldı. Ani hareketler ortostatik hipotansiyona neden olabileceğinden ani hareket etmemesinin önemi anlatıldı. Kullanacağı malzemelerin ulaşabileceği mesafelerde olmasının önemi anlatıldı (Ackley vd., 2019; Wilkinson ve Barcus, 2018).

Değerlendirme: GY'nin İtaki Düşme Riski Ölçeği 6 puandı. Hasta düşmedi ama düşme riski devam etmektedir.

2. Beslenme - Metabolik Durum:

Hastanın BKİ: 34.1 hesaplanmıştır. Son altı ayda 2 kilo vermiştir. Günde 3-4 bardaktan fazla su içmediğini, fazla içtiğinde midesinin bulandığını ifade etti. Günde 2 öğün ile beslendiğini, tatlıyı az yemeye dikkat ettiğini, meyve yemeye özen gösterdiğini ifade etti. Ağız hijyeni tam olduğu görüldü. Günde 2 kez dişlerini fırçaladığını ifade etti. Ağız içinde aft görülmedi.

Hemşirelik Tanısı 3: Obezite (NANDA Alan 2: Beslenme, Sınıf 1: Besin Alımı) (Wilkinson ve Barcus, 2018)

Beklenen Sonuçlar (NOC): Düzenli ve dengeli beslenmesi, kilo verme isteğini ifade etmesi, BKİ 34 den 29 a düşmesi, sıvı alımını artması

Hemşirelik Girişimleri (NIC): Hastanın mevcut beslenmesi değerlendirildi. Ağızdan aldığı her şeyin kaydedildiği 3 günlük yemek günlüğü ile porsiyon boyutları, kalori alımı, besin çeşidinin kullanımı, yemek ve atıştırma zamanları değerlendirildi. Kahvaltı yapmasının önemi anlatıldı. Yiyeceklerin normal porsiyon boyutlarının önemi anlatıldı. 3 ana 3 ara öğün almasının önemi anlatıldı. Kilo verme isteğinin olup olmadığı değerlendirildi. Haftada en az 150 dakika düzenli fiziksel aktivite için teşvik edildi. Fast food yiyecekler ve bu yiyeceklerin zararları anlatıldı. Kilo verme isteğine yönelik sosyal desteği olup olmadığı değerlendirildi. Diyetisyene gitmesi önerildi. Aşırı kilo ve yeme davranışını tetikleyen durumları belirlendi ve bunlara yönelik uygun baş etme yöntemleri önerildi. Ayda bir sabah

aç karnınla aynı kıyafetlerle tartılmasının önemi anlatıldı. BKİ hesaplandı (Ackley vd., 2019; Wilkinson ve Barcus, 2018).

Değerlendirme: GY'nin BKİ değişiklik olmamasına rağmen kilo verme isteği olduğunu, kahvaltısını yapacağını, porsiyonlarına dikkat edeceğini ifade etti.

3. Boşaltım:

Hastanın bağırsak sesleri dakikada dördttür. Hastanın normal bağırsak alışkanlığı günde birdir. İdrar sıklığı günde beş-altı kezdir. Gaita ve idrar yapımında sıkıntısı olmadığını ifade etti. Batında gerginlik yoktur.

4. Hareket - Aktivite:

Vital bulguları stabil olan hasta bağımsız hareket edebilmektedir. Düzenli egzersiz yapmadığını ve uzun yol yürüyemediğini ifade etti. Çabuk yorulduğunu söyledi. Yorgunluğunun 10 üzerinden 6 olduğunu ifade etti. Port takılı olduğundan ağır kaldırmamaya ve çocukların port bölgesine zarar vermemesine özen gösterdiğini ifade etti. Ev işlerini yaparken ağrılarının başlamasıyla dinlenerek işlerini yapmaya devam ettiğini ifade etti. Aldığı tedavinin yan etkisi olarak, sağ ayak baş parmaklarında tırnak batması mevcuttu. Tırnak batması iltihaplanmış durumdaydı. Pansumanı yoktu. Doktoru tırnak çekilmesine izin verdiği halde 3 aydır olan tırnak batması tedavisini ertelediğini ifade etti.

Hemşirelik Tanısı 4: Yorgunluk (NANDA Alan 4: Aktivite/Dinlenme, Sınıf 3: Enerji Dengesi) (Wilkinson ve Barcus, 2018)

Beklenen Sonuçlar (NOC): Yorgunluğunun azaldığını ifade etmesi, 10 üzerinden 6 olan yorgunluğunun 4'e düşmesi, yorgunluğunu arttıran/azaltan potansiyel faktörlerin belirlenmesi, enerjiyi koruma tekniklerini kullanması

Hemşirelik Girişimleri (NIC): Hasta yorgunluğunun şiddetini 0-10 arasında puan vererek değerlendirdi. Yorgunluğu arttıran (ağrı, uykusuzluk, vb) ve azaltan faktörler (dinlenme, çevresel uyarıların azaltılması, vb) belirlendi. Beslenmesi ve uyku hijyeni değerlendirildi. Dehidratasyondan kaçınarak günde en az 8 bardak su içmeye teşvik edildi. Anemi, sıvı elektrolit dengesizliği, kullandığı ilaçların etkileri açısından değerlendirildi. Yorgunluğun sebep olduğu emosyonel bozukluk olup olmadığı değerlendirildi. Hastanın motivasyonu değerlendirildi (Motivasyonunun güçlü olması olumlu bilişsel davranışlar geliştirerek yorgunluğun yönetilmesini sağlamaktadır). Sosyal destekleri ve kaynakları değerlendirildi (temizlik hizmeti alma, yarı zamanlı işe geçme gibi yorgunluğu yönetme açısından etkilidir). Yorgunluk nedeniyle dikkat, hafıza ve tepki süresinde azalma olup olmadığı değerlendirildi. Yüksek enerji gerektiren aktiviteleri (Ev temizliği yapmak, alışverişe gitmek, çocuğunu okula götürmek, yemek yapmak vb) öncelik sırasına göre yapması enerji kazanılmasını sağlamaktadır. Öncelik sırasına göre işlerini planlaması gerektiği anlatıldı. Aktivite sırasında taşıkardi, dispne, terleme, solukluk fiziksel tepkileri bilmesinin önemi anlatıldı. Yaşam bulguları izlendi. Aktivite esnasında dinlenme periyotları ve yatak istirahati planlamasının önemi anlatıldı. Aerobik egzersizler (Yürüme, bisiklete binme, yüzme, vb.) önerildi. Enerjisini koruma teknikleri (Duş alırken tabureye oturmak, havlu yerine bornoz kullanmak, sık kullanılan malzemeleri ulaşılan yere koymak, ev işlerini yaparken eşyaları kaldırmak yerine kaydırmak, yavaş ve ritmik hareketlerle iş yapmak, uzun saplı süpürgeler çekmek, vb) anlatıldı (Ackley vd., 2019; Wilkinson ve Barcus, 2018).

Değerlendirme: GY'nin 10 üzerinden 6 olan yorgunluğu 5'e düştü. Yorgunluğunun azaldığını, yorgunluğunu yönetmeyi öğrendiğini, yorgunluğunu arttıran faktörlerden kaçındığını ifade etti. İşlerini öncelik sırasına koyduğunu, enerji koruma tekniklerini kullandığını, aktivite aralarında dinlenme periyotları uyguladığını ifade etti.

Hemşirelik Tanısı 5: Deri Bütünlüğünde Bozulma (NANDA Alan 11: Güvenlik/Koruma, Sınıf 2: Fiziksel Yaralanma) (Wilkinson ve Barcus, 2018)

Beklenen Sonuçlar (NOC): Sağ ayak baş parmağındaki inflamasyonun iyileşmesi ve iyileşmesi için bakımını yapması, deri bütünlüğünde bozulma görülmemesi.

Hemşirelik Girişimleri (NIC): Tırnak batması olan sağ ayağı her gün renk değişikliği, kızarıklık, akıntı, ağrı açısından değerlendirmesinin önemi anlatıldı. Yaranın inflamasyon, proliferasyon, matürasyon evrelerinden inflamasyon evresinde olduğu belirlendi. Kemoterapinin yan etkisi olduğu saptanan tırnak batmasının ilerlemesi durumunda tırnak çekimi için doktora gitmesinin önemi anlatıldı. Aşırı sıcak sudan, aşırı cilt temizliğinden, sıkı çorap ve sıkı ayakkabı giymekten kaçınması gerektiği anlatıldı. Uyurken sürtünme etkisi yaratmaması açısından ayağını yastık, minder gibi desteklerle korumasının önemi anlatıldı. Hekim istemine göre krem kullanması önerildi. Tırnak batması olan ayak baş parmağını yıkaması ve temiz tutması önerildi. Masaj yapmaması, masajın derin doku travmasına yol açabileceği anlatıldı. Yara iyileşmesinde beslenmenin önemli olduğu, besinlerine kalori, yağ asitleri, protein, ve vitaminler dahil edilmesi gerektiği anlatıldı (Ackley vd., 2019; Wilkinson ve Barcus, 2018).

Değerlendirme: GY'nin sağ ayak baş parmağında ki tırnak batması inflamasyon evresindedir. Deri bütünlüğünü devam ettirmek için travmalardan koruduğu, hijyenine dikkat ettiği görüldü. Yara yerinde ilerleme olmadığından takibi devam etmektedir.

5. Uyku - Dinlenme:

Küçük çocuğu bazen gece susadığı için gece uykusundan 1 kere uyandığını, sabah erken kalktığını, gündüz 1 saat uyduğunu ifade etti. Uyku sıkıntısı yaşamadığını, uykudan uyandığında kendisini dinlenmiş hissederek uyandığını ifade etti.

6. Bilişsel Algılama:

Hastanın bilinci açıktır. Hasta yer ve zamana oryantedir. İşitme ve görme kaybı yoktur.

7. Kendini Algılama - Benlik:

Hasta duygu ve düşüncelerini açıkça ifade etti. İletişime açık olan hasta semptomlarını yönetebildiğinden kendisini güçlü hissettiğini ifade etti. Günlük işlerini yorulmasına rağmen yapabildiğini ifade etti. Meme kanseri hakkında bilgisi yeterli düzeydeydi.

8. Rol - İlişki:

Çekirdek ailesiyle yaşayan hasta ebeveyn ve eş rollerine, sorumluluklarına sahiptir. Eşinin maddi ve manevi destek olduğunu ifade etti. Tedavisini almaya gelirken kayınvalidesi 21 günde bir, evde çocuklara baktığını söyledi. Kanser teşhisi aldıktan sonra eşi ile arasındaki sevgi bağının daha da arttığını ifade etti. Çocuklarının ihtiyaçlarını karşılamak için iyileşmeyi daha çok istediğini ifade etti. Eltisi hastalığı bulaşıcı sandığı için görüşmeyi kestiğinden üzüldüğünü söyledi.

Hemşirelik Tanısı 6: Aile Süreçlerini Güçlendirmeye Hazır Oluş (NANDA Alan 7: Rol İlişkileri, Sınıf 2: Aile İlişkileri) (Wilkinson ve Barcus, 2018).

Beklenen Sonuçlar (NOC): Hasta aile içindeki rollerde değişikliği kabullenmesi, ailenin her bir üyesinin karşılıklı destek olması, ailenin olumlu adaptasyon göstermesi.

Hemşirelik Girişimleri (NIC): Aile bütünlüğü ve aile bağı değerlendirildi. Aile içinde sıkıntı yaratan hastalığın semptom yönetimi birlikte yapılmasına teşvik edildi. Çocukları ve eşi arasında normal yaşam deneyimi devam ettirmesi önerildi. Aile içi rol ve sorumluluklarını yerine getirmesi desteklendi. Aile içindeki iletişim değerlendirildi. Aile rutinlerinin ve ritüellerinin devam ettirilmesi önerildi. Aileye

etkili baş etme yöntemleri anlatıldı ve uygulaması sağlandı. Akraba ziyaretlerine sosyalleşmeleri açısından devam etmelerinin önemi fakat kendisini üzdüğüne inandığı akrabalarından uzak durmasının önemi anlatıldı. Ailenin duygu ve endişelerini ifade etmesine teşvik edildi.

Değerlendirme: GY'nin ailesi ile görüşülemedi. Hasta ailesiyle bilgileri paylaşacağını ifade etti. Kendisi ailesiyle arasında olumlu iletişimini arttıracığını ifade etti.

9. Cinsellik- Üreme:

Hasta evli ve aktif cinsel yaşamının devam ettiğini ifade etti. Haftada bir cinsel yaşamının olduğunu herhangi bir sıkıntı yaşamadığını ifade etti. Hastada bulunan port nedeniyle ilişki sırasında eşinin canını acıtmaktan biraz çekindiği için dikkatli olduklarını ifade etti. İlk kemoterapi sırasında amenore yaşadığını ama şu an menstrasyon siklusunun normal olduğunu söyledi. Menepozal şikayetleri yoktur.

10. Baş Etme- Stres Toleransı:

Hasta, kendileri kirada olmasına rağmen ödemesini yaptıkları yeni eve kayınvalidesinin taşındığı dönemde öğrendiğinden artık maddi olaylar hakkında üzülmeyeceğini daha çok maneviyata yöneldiğini ifade etti. Stres yaratan bu olayı yaşadıkten sonra hastalığı öğrendiğinden stresin hastalığında etkili olduğunu düşündüğünü söyledi. Hastalığının ilerleyip ilerlemediğini bilmediği için kaygı yaşadığını ifade etti. Stresten uzak durmak için çocuklarıyla keyifli vakit geçirdiğini, eşiyile gezmeye çıktığını, kendisini üzen akrabalarından uzak durduğunu ifade etti. Hasta kanser teşhisi nedeniyle üzüldüğünü ifade etti. Endişeli yüz ifadesi mevcuttu. Tetkikler yapılmaya devam edilen hastanın sonuçlarını ve hastalığında ilerleme ya da gerileme olup olmadığını merak ettiği saptandı. İyileşmemekten, ölmekten korktuğu ifade etti. Ölürse çocuklarının bakımını başkasının üstlenmesi gerektiğinden endişelendiğini söyledi. Beck Anksiyete Ölçeği: 16 puandı ve orta düzeyde anksiyetesi olduğu belirlendi.

Hemşirelik Tanısı 7: Ölüm Anksiyetesi (NANDA Alan 9: Başetme/Stres Toleransı, Sınıf 2: Başetme) (Wilkinson ve Barcus, 2018).

Beklenen Sonuçlar (NOC): Ölüm korkusunun azaldığını ifade etmesi, duygu ve düşüncelerini paylaşması, stresle baş etme yöntemlerini bilmesi ve uygulaması, Beck Anksiyete Ölçek puanının 10'a düşmesi.

Hemşirelik Girişimleri (NIC): Hastanın ölüm korkusu soruldu ve duygularını paylaşması sağlandı. Beck Anksiyete Ölçeği ile anksiyete düzeyi değerlendirildi. Stresle baş etme yöntemleri anlatıldı (egzersiz, gevşeme, masaj, olumlu hayal kurma, müzik dinleme, duş alma, vb.). Psikolojik destek alması için hekime yönlendirildi. Hasta ile terapötik iletişim teknikleri kullanıldı. Yaşam tarzına göre pozitif bakış açısı geliştirebilmesi için neler yapabileceği tartışıldı. Beck Depresyon Ölçeği kullanılarak depresyon durumu değerlendirildi. Spiritüel uygulamaları (dua etme, namaz kılma, vb.) varsa konforunun artması, umut olması, güçlü hissetmesi açısından uygulaması desteklendi. Yaşam planları hakkında konuşularak yaşam hedefleri belirlemesine yardımcı olundu. Sosyal destek varlığı değerlendirildi, sosyal destek almasına teşvik edildi (Ackley vd., 2019; Wilkinson ve Barcus, 2018).

Değerlendirme: GY'nin anksiyete puanı 11'e düştü, Hafif düzeyde anksiyetesi olduğu belirlendi. Anksiyetesi ile nasıl başedeceğini öğrendiğini ama istemsizce yine ölümü düşündüğünü ifade etti. Beck Depresyon Ölçeği puanı 14 ve hafif depresyon düzeyinde olduğundan doktora gideceğini ifade etti.

11. İnanç-Değer:

Hasta maneviyatının daha da arttığını, önceden namazı erteleyebiliyorken şimdi ertelediğini, gece herkes uyurken namaz vakti olmasa bile kimseler görmeden namaz kıлып dualar ettiğini, Kuran okuduğunu ifade etti.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Metastatik meme kanseri olan hastanın Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli çerçevesinde verileri sistematize edilmiştir. Metastatik meme kanseri olgusunda öz bakımını kendisinin yapabildiği, fizyolojik değişiklikler yaşadığı ve sosyal sorunları olduğu belirlenmiştir. Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli'nin 11 fonksiyonel alanıyla yorumlaması yapılan hastasının gereksinimlerine göre, NANDA hemşirelik tanılarıyla birlikte ve NİC, NOC sınıflamasıyla kanıta dayalı hemşirelik bakım planları oluşturulmuştur. Böylece profesyonel hemşirelik bakımı verilmiştir. Akut ağrı, düşme riski, obezite, yorgunluk, deri bütünlüğünde bozulma, aile süreçlerini güçlendirmeye hazır oluş ve ölüm anksiyetesi hemşirelik tanıları belirlenmiştir.

Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli'nin metastatik meme kanseri olan hasta yorumlamasında kullanılarak hasta bütüncül değerlendirilmektedir. Hastanın bu modele göre biyopsikososyal açıdan sağlık örüntüleri belirlenmektedir. Ayrıca sağlık yönetimini devam ettirmesi açısından hastanın fonksiyonel sağlık örüntüleri yorumlanmakta, hemşirelik girişimlerini planlanmakta ve uygulanmaktadır. Sonuç olarak; Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli'nin olgularda kullanılmasının yararlı olduğu saptanmıştır. Başka olgularda da bu modelin kullanılması önerilmektedir.

KAYNAKÇA

- Ackley, B. J., Ladwig, G. B. ve Makic, M. B. F. (2019). *Hemşirelik Tanıları El Kitabı*. (Çev. N. Gürhan, Ü. Görgülü Polat, B. Eren Fidancı). 11. Baskı. Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri.
- Akdemir, N ve Birol, L. (2020). *İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı* (Güncellenmiş 5. Baskı). Ankara: Akademisyen Kitapevi.
- Bertocchi, L., Sambo, L., Bradaschia, S., Cimolino, M., Szymaska, K. ve Tumia, P. (2017). V23Breast unit and caring, gordon nursing model and NNN taxonomies: the nursing care planning from efficacy in trials to effectiveness in clinical practice. *Annals of Oncology*, 28(suppl_6).
- Joanna Briggs Institute. (2014). JBI Levels of Evidence. from https://joannabriggs.org/sites/default/files/2019-05/JBI-Levels-of-evidence_2014_0.pdf Erişim Tarihi: 27.01.2020
- Karadağ, A., Çalışkan, N. ve Baykara, Z. G. (2017). *Hemşirelik Teorileri ve Modelleri*. İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık.
- The Globan Cancer Observatory. (2019a). Breast Source: Globocan 2018. from <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/20-Breast-fact-sheet.pdf> Erişim Tarihi: 05.02.2020
- The Globan Cancer Observatory. (2019b). Turkey Source: Globocan 2018. from <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/792-turkey-fact-sheets.pdf> Erişim Tarihi: 05.02.2020
- Wilkinson, J. ve Barcus, L. (2018). *Pearson Hemşirelik Tanıları El Kitabı*. Kapucu S., Akyar İ., Korkmaz F. (Çev.). 11. Baskı. Ankara: Pelikan Yayınevi.

World Health Organization. (2020). Breast Cancer: Prevention and Control. from <https://www.who.int/cancer/detection/breastcancer/en/index2.html> Erişim Tarihi: 05.02.2020

Zanotti, R. ve Chiffi, D. (2015). Diagnostic frameworks and nursing diagnoses: a normative stance. *Nursing Philosophy*, 16(1), 64-73.

EXTENDED ABSTRACT

Introduction: According to Globacan 2018 data, the incidence of breast cancer in the world is 11.6% (The Globan Cancer Observatory, 2019a) and incidence of breast cancer in Turkey is 10.6% (The Globan Cancer Observatory, 2019b).

Breast cancer is a major cause of morbidity and mortality. There are risk factors that can and cannot be changed in breast cancer. Female gender, menarche before 12 years of age, menopause after 55 years of age, white skin folk, cancer of the first degree relative, mutation in Breast Cancer genes, having dense breast tissue, never given birth or the first pregnancy after 35 years of age are among the risk factors that cannot be changed. Exposure to radiation, smoke, drink alcohol, long-term use of oral contraceptives, malnutrition, physical inactivity, obesity, use of paraben-containing cosmetics, exposure to viruses are among the risk factors that can be changed (Akdemir ve Birol, 2020; World Health Organization, 2020). Thus, the lifestyle, personal preferences and behaviors of the person with breast cancer are effective in managing health.

The nurse has important roles and responsibilities in early diagnosis of breast cancer, developing healthy lifestyle behavior, management of symptoms for disease and treatment, and adaptation to the disease. The nurse helps the patient with breast cancer to maintain their functions at an optimum level. Gordon's Functional Health Patterns Model, which is one of the nursing models, is used to evaluate the patient data and to interpret it systematically (Karadağ vd., 2017; Zanotti ve Chiffi, 2015).

According to Gordon, health patterns are classified as functional and dysfunctional or possible dysfunctional. Functional health patterns are defined as individual health and her well-being. These patterns are health perception - management, nutritional - metabolic status, elimination, movement - activity, sleep - rest, cognitive perception, self perception - individuality, role - relationship, sexuality - sexually reproductive, coping - stress tolerance, belief - value (Karadağ vd., 2017; Zanotti ve Chiffi, 2015). In Gordon's Function Health Patterns Model, these 11 functional areas make it easier to systematize and analyze individual needs and provide a holistic approach to nursing care. After the individual's needs are determined, the nursing diagnoses approved by the NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) are determined. The patient's care is planned in line the classification of NIC (Nursing Interventions Classification) and NOC (Nursing Outcomes Classification). The NIC classification system provides the standard of interventions that can be applied to the patient. NOC classification system is the standardization of patient results by determining the effect of the applied nursing interventions on the patient (Wilkinson ve Barcus, 2018). While using these classification systems, the patient-specific nursing care plan consists of evidence-based practices based on Joanna Briggs Evidence Levels (Joanna Briggs Institute, 2014).

In this article, it is aimed to interpret the patient with metastatic breast cancer within the framework of Gordon's Functional Health Patterns Model and to create an evidence-based nursing care plan with the classification of NIC and NOC with NANDA.

Patient With Metastatic Breast Cancer According to Gordon's Functional Health Patterns Model

38-year-old woman GY is married, primary school graduate, housewife. They have 3 children. She retired 4 months ago. When breastfeeding her 9 months old baby 17 months ago, she noticed a mass in the breast. As a result of the biopsy, it was diagnosed as 4th stage Breast Cancer with 3 masses of 18mm, 11mm and 7mm. It was understood that there was metastasis in the bone after Positron Emission Tomography. She has no chronic illness. She uses Calcimax-D3 effervescent (1x1) and Arveles (2x1) drugs at home. A fracture in the vertebrae corpus T4 and T11 was detected 1 month ago. While Ca 15-3 value was 38 when diagnosed, it was found to be 27 in the last test. This patient with a port attached receives chemotherapy treatment.

Evaluation of The Patient According to Gordon's Functional Health Patterns Model

1. Health Perception - Management: She had pain in her back, stinging style, continuing intermittently throughout the day, increasing with standing and sometimes movement, decreasing with reaching, Numerical Rating Scale (NRS) = 6/10 severity and the pain has been continuing for 1 month. Itaki Fall Risk Scale was 6 points.

Nursing Diagnosis 1: Acute Pain (NANDA Area 12: Comfort, Class 1: Physical Comfort) (Ackley vd., 2019; Wilkinson ve Barcus, 2018).

Nursing Diagnosis 2: Risk of Falling (NANDA Area 11: Safety / Protection, Class 2: Physical Injury) (Ackley vd., 2019; Wilkinson ve Barcus, 2018).

2. Nutritional - Metabolic Status: Patient's BMI: 34.1 was calculated. She stated that she could not drink more than 3-4 glasses of water a day and her stomach was cloudy when she drank too much. She ate with 2 meals a day, she paid attention to eating less dessert and she was careful to eat fruit.

Nursing Diagnosis 3: Obesity (NANDA Area 2: Nutritional, Class 1: Food Intake) (Ackley vd., 2019; Wilkinson ve Barcus, 2018).

3. Elimination: The patient's bowel sounds are four per minute. The patient's normal intestinal habit is once a day. The frequency of urine is five-six times a day.

4. Movement - Activity: She did not exercise regularly and could not walk long way. She said she was tired quickly. She stated that her fatigue was 6 out of 10. As a side effect of the treatment she received, there was nail sticking in the right toes. Nail stinging was inflamed. She had delayed the nail-stick treatment for 3 months, although her doctor allowed to her nail removal.

Nursing Diagnosis 4: Fatigue (NANDA Area 4: Activity / Relaxation, Class 3: Energy Balance) (Ackley vd., 2019; Wilkinson ve Barcus, 2018).

Nursing Diagnosis 5: Skin Integrity Impairment (NANDA Area 11: Safety / Protection, Class 2: Physical Injury) (Ackley vd., 2019; Wilkinson ve Barcus, 2018).

5. Sleep - Rest: She said that she got up early in the morning and slept 1 hour during the day. She stated that she did not experience sleep distress and felt rested.

6. Cognitive Perception: The patient's consciousness is clear. The patient is oriented to place and time. There is no hearing and vision loss.

7. Self Perception - Individuality: The patient clearly expressed her feelings and thoughts. The patient, who was open to communication, stated that she felt strong as she could manage her symptoms. Her knowledge about breast cancer was sufficient.

8. Role - Relationship: The patient who lives with the nuclear family has the roles and responsibilities of parents and wives. She said that when she came to get her treatment, her mother-in-law looked after the children at home every 21 days. She stated that her love bond with her husband increased after she was diagnosed with cancer. She stated that she wanted more recovery to better supply the needs of her 3 children. She said that she was upset that her sister in law had stopped talking with her because her sister in law thought the disease was contagious.

Nursing Diagnosis 6: Getting Ready to Strengthen Family Processes (NANDA Area 7: Role Relationships, Class 2: Family Relationships) (Ackley vd., 2019; Wilkinson ve Barcus, 2018).

9. Sexuality - Sexually Reproductive: She is married and she stated that she has a sexual life once a week and does not have any problems. The menstrual cycle is normal and there are no menopausal complaints.

10. Coping - Stress Tolerance: She said she thought stress was effective in her illness because she learned about the disease after experiencing a stressful event. She expressed anxiety as she did not know if her illness was progressing. She said that she was upset because of cancer diagnosis. Anxious facial expression was present. It was found that the patient, who continued to be examined, wondered about the results of the analysis and whether there was any progression or regression in her disease. She stated that she was afraid of not being able to heal and to die. She said she was worried that someone else would have to take care of her children if she died. Beck Anxiety Inventory: It was 16 points and it was determined that it had moderate anxiety.

Nursing Diagnosis 7: Death Anxiety (NANDA Area 9: Coping / Stress Tolerance, Class 2: Coping) (Ackley vd., 2019; Wilkinson ve Barcus, 2018).

11. Faith-Value: The patient stated that her spirituality increased even more, she prayed, she read the Quran.

Conclusions and Recommendations: The data of the patient with metastatic breast cancer systematized within the 11 functional areas of Gordon's Functional Health Patterns Model. Evidence-based nursing care plans were created with NANDA according to the needs identified, and NIC and NOC classifications. Thus, professional nursing care was provided. Nursing diagnoses were determined, including acute pain, risk of falling, obesity, fatigue, impaired skin integrity, readiness to strengthen family processes and death anxiety. The patient was evaluated in a holistic manner by using Gordon's Functional Health Patterns Model in the interpretation of patients with metastatic breast cancer. It has been determined that it is beneficial to use this model in this case.