



HUHFD

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi Journal of Hacettepe University Faculty of Nursing

ARAŞTIRMA MAKALELERİ

<i>Ostomili Bireylerin Ostomiye Uyumlannın ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi Determining the Adaptation of Individuals with Ostomy to Ostomy and Affecting Factors</i> Banu ÇEVİK, Ziyafet UĞURLU, Aysel ABBASOĞLU, Azize KARAHAN, Çiğdem SALTAN	186
<i>Yaşlılarda Farmakolojik Olmayan Uygulamalar ve Etkisinin İncelenmesine Yönelik Türkiye'deki Mevcut Tezlerin Değerlendirilmesi An Evaluation of Dissertations/Theses in Turkey on Non-Pharmacological Practices and Effects in the Elderly</i> Kamuran ÖZDİL, Gamze MUZ, Gülhan KÜÇÜK ÖZTÜRK	196
<i>Hemşirelerin ve Hemşirelik Öğrencilerinin Fiziksel Değerlendirme Becerilerini Kullanma Durumları: Karşılaştırmalı Bir Çalışma The Use of Physical Examination Skills by Nurses and Nursing Students: A Comparative Study</i> Nurcan ÇALIŞKAN, Nevin DOĞAN, Banu CIHAN ERDOĞAN, Neşise Cevriye SUCU ÇAKMAK, Atike Nilay KUBLASHVILI, Gülcan EYÜBOĞLU, Evrim EYİKARA	206
<i>Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Hastanede Kullanılan Hemşirelik Bakım Planını İyileştirme Konusundaki Görüş ve Önerileri: Karma Modelde Bir Çalışma The Views and Suggestions of Nurses Working at a University Hospital on Improving the Nursing Care Plan Used in the Hospital: A Mixed-Model Study</i> Ilkay YURTSEVER, Şerife KARAGÖZOĞLU	215
<i>The Effect of Cold Application on Drain-Related Pain Control After Thyroidectomy Tiroidektomi Sonrası Drenle İlişkili Ağrı Kontrolü Üzerine Soğuk Uygulamanın Etkisi</i> Zeynep TEMİZ, Aylin AYDIN SAYILAN, Yalçın KANBAY, Cevher AKARŞU	226
<i>Leuven Kemoterapi Hasta Bilgi Ölçeğinin Türkçe Geçerlik ve Güvenilirliğinin Değerlendirilmesi Reliability and Validity Assessment of the Turkish Version of the Leuven Questionnaire on Patient Knowledge of Chemotherapy</i> Serpil SU, Şule ECEVİT ALPAR	232
<i>Hemşirelik Öğrencilerinin Bireysel Girişimcilik Algıları ve Yaşam Boyu Öğrenme Eğilimleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi Determining the Correlation between Nursing Students' Individual Entrepreneurship Perceptions and Lifelong Learning Trends</i> Fatma KILAVUZ, Arzu KARABAĞ AYDIN	240
<i>Kadınların Meme ve Serviks Kanserinin Erken Tanısına Yönelik Sağlık İnançlarının Değerlendirilmesi Evaluation of the Health Beliefs of Women towards Early Diagnosis of Breast and Cervical Cancer</i> Hülya KULAKÇI ALTINTAŞ, Gülbahar KORKMAZ ASLAN	249
<i>Dahili Kliniklerde Çalışan Hekim ve Hemşirelerde Ölüm Kaygısının Belirlenmesi Determination of Death Anxiety in Physicians and Nurses Working in Internal Clinics</i> Şuhule TEPE MEDİN, Sevilay HİNTİSTAN, Yavuz ÖZORAN	262
<i>Yaşlı Bireylerin Ağrıya Yönelik Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Kullanım Durumu ve Tutumu Complementary and Alternative Medicine Use for Pain among Elderly Persons and Their Attitudes</i> Kadriye SAYIN KASAR, Eda ÜNAL, Sadet ÇAPACI, Cemile KÜTMEÇ YILMAZ, Güler DURU AŞİRET	271

DERLEME MAKALELER

<i>Yaşlı Bakımında Kültürel Yeterlilik Süreci Modelinin Kullanılması Using Cultural Competence Process Model in Elderly Care</i> Ayşegül İLGAZ	278
<i>En Önemli Miras Anne Mikrobiyotası Most Important Heritage Mather Microbiota</i> Hatice GÜDÜL ÖZ, Hatice BALCI YANGIN	285
<i>Preterm Bebeği Olan Aile ve Hemşirelik Yaklaşımı Families with Preterm Infants and Nursing Approach</i> Harun ÖZBEY, Yağmur SEZER EFE, Emine ERDEM	292

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi

Journal of Hacettepe University Faculty of Nursing

Cilt/Vol 7 • Sayı/No 3 • Eylül- Aralık/ September- December 2020

Sahibi	Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Adına Prof. Dr. Leyla DİNÇ	
Sorumlu Yazı İşleri Müdürü Yayın Kurulu	Doç. Dr. Sergül DUYGULU	
Başkan	Doç. Dr. Sergül Duygulu	Hacettepe Üniversitesi
Editör Yardımcıları	Doç. Dr. Duygu Hiçdurmaz Doç. Dr. Fatoş Korkmaz Doç. Dr. Gülten Işık Koç	Hacettepe Üniversitesi Hacettepe Üniversitesi Hacettepe Üniversitesi
Sekreterler	Dr. Öğr. Üyesi Seher Başaran Açıl Arş. Gör. Dr. Gül Hatice Tarakçıoğlu Çelik Arş. Gör. Merve Mert Karadaş	Hacettepe Üniversitesi Hacettepe Üniversitesi Hacettepe Üniversitesi
İngilizce Dil Editörü	Dr. Öğr. Üyesi Çiğdem Yücel	Hacettepe Üniversitesi
İstatistik Editörü	Prof. Dr. İbrahim Koruk	Harran Üniversitesi
Baskıya Hazırlama	Prof. Dr. Sevgişun Kapucu Doç. Dr. Zehra Gök Metin Dr. Öğr. Üyesi Hatice Pars Dr. Öğr. Üyesi Zeliha Özdemir Köken Arş. Gör. Dr. Ayça Ay Arş. Gör. Sabri Karahan	Hacettepe Üniversitesi Hacettepe Üniversitesi Hacettepe Üniversitesi Hacettepe Üniversitesi Hacettepe Üniversitesi Hacettepe Üniversitesi
Yayın Kurulu Üyeleri	Prof. Dr. Hülya Uçar Prof. Dr. Gülnaz Karatay Prof. Dr. Medine Yılmaz Doç. Dr. Deniz Tanıyer Doç. Dr. Nurcan Çalışkan Doç. Dr. Şule Ergöl Doç. Dr. Beyza Doğanay Erdoğan	Nuh Naci Yazgan Üniversitesi Munzur Üniversitesi İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Konya Selçuk Üniversitesi Gazi Üniversitesi Kırıkkale Üniversitesi Ankara Üniversitesi
Yayın Türü: Yayın Dili: Yayınlanma Biçimi: Basım Tarihi:	Yerel Süreli Yayın Türkçe, İngilizce 4 ayda bir yayımlanır 30 Kasım 2020 H.Ü. Hemşirelik Fakültesi Dergisi Yayın Sekreterliği 06100 Sıhhiye, Ankara/Türkiye Tel: 0 312 305 15 80 Faks: 0 312 312 70 85 E-posta: hbdergi@hacettepe.edu.tr Web Adresi: http://www.hacettepehemsirelikdergisi.org	
Yönetim Yeri:		

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

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

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

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

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

ONLINE ISSN 2149-2956

İçindekiler

Editörden okura

Araştırma makaleleri

- Ostomili Bireylerin Ostomiye Uyumlarının ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi**
Determining the Adaptation of Individuals with Ostomy to Ostomy and Affecting Factors
Banu ÇEVİK, Ziyafet UĞURLU, Aysel ABBASOĞLU, Azize KARAHAN, Çiğdem SALTAN 186
- Yaşlılarda Farmakolojik Olmayan Uygulamalar ve Etkisinin İncelenmesine Yönelik Türkiye’deki Mevcut Tezlerin Değerlendirilmesi**
An Evaluation of Dissertations/Theses in Turkey on Non-Pharmacological Practices and Effects in the Elderly
Kamuran ÖZDİL, Gamze MUZ, Gülhan KÜÇÜK ÖZTÜRK 196
- Hemşirelerin ve Hemşirelik Öğrencilerinin Fiziksel Değerlendirme Becerilerini Kullanma Durumları: Karşılaştırmalı Bir Çalışma**
The Use of Physical Examination Skills by Nurses and Nursing Students: A Comparative Study
Nurcan ÇALIŞKAN, Nevin DOĞAN, Banu CİHAN ERDOĞAN, Nefise Cevriye SUCU ÇAKMAK, Atike Nilay KUBLASHVILI, Gülcan EYÜBOĞLU, Evrim EYİKARA 206
- Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Hastanede Kullanılan Hemşirelik Bakım Planını İyileştirme Konusundaki Görüş ve Önerileri: Karma Modelde Bir Çalışma**
The Views and Suggestions of Nurses Working at a University Hospital on Improving the Nursing Care Plan Used in the Hospital: A Mixed-Model Study
İlkay YURTSEVER, Şerife KARAGÖZOĞLU 215
- The Effect of Cold Application on Drain-Related Pain Control After Thyroidectomy**
Tiroidektomi Sonrası Drenle İlişkili Ağrı Kontrolü Üzerine Soğuk Uygulamanın Etkisi
Zeynep TEMİZ, Aylın AYDIN SAYILAN, Yalçın KANBAY, Cevher AKARSU 226
- Leuven Kemoterapi Hasta Bilgi Ölçeğinin Türkçe Geçerlik ve Güvenirliğinin Değerlendirilmesi**
Reliability and Validity Assessment of the Turkish Version of the Leuven Questionnaire on Patient Knowledge of Chemotherapy
Serpil SU, Şule ECEVİT ALPAR 232
- Hemşirelik Öğrencilerinin Bireysel Girişimcilik Algıları ve Yaşam Boyu Öğrenme Eğilimleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi**
Determining the Correlation between Nursing Students' Individual Entrepreneurship Perceptions and Lifelong Learning Trends
Fatma KILAVUZ, Arzu KARABAĞ AYDIN 240
- Kadınların Meme ve Serviks Kanserinin Erken Tanısına Yönelik Sağlık İnançlarının Değerlendirilmesi**
Evaluation of the Health Beliefs of Women towards Early Diagnosis of Breast and Cervical Cancer
Hülya KULAKÇI ALTINTAŞ, Gülbahar KORKMAZ ASLAN 249
- Dahili Kliniklerde Çalışan Hekim ve Hemşirelerde Ölüm Kaygısının Belirlenmesi**
Determination of Death Anxiety in Physicians and Nurses Working in Internal Clinics
Şuhule TEPE MEDİN, Sevilay HİNTİSTAN, Yavuz ÖZORAN 262
- Yaşlı Bireylerin Ağrıya Yönelik Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Kullanım Durumu ve Tutumu**
Complementary and Alternative Medicine Use for Pain among Elderly Persons and Their Attitudes
Kadriye SAYIN KASAR, Eda ÜNAL, Sadet ÇAPACI, Cemile KÜTMEÇ YILMAZ, Güler DURU AŞİRET 271
-
- Derleme makaleleri**
- Yaşlı Bakımında Kültürel Yeterlilik Süreci Modelinin Kullanılması**
Using Cultural Competence Process Model in Elderly Care
Ayşegül ILGAZ 278
- En Önemli Miras Anne Mikrobiyotası**
Most Important Heritage Mother Microbiota
Hatice GÜDÜL ÖZ, Hatice BALCI YANGIN 285
- Preterm Bebeği Olan Aile ve Hemşirelik Yaklaşımı**
Families with Preterm Infants and Nursing Approach
Harun ÖZBEY, Yağmur SEZER EFE, Emine ERDEM 292

Cilt 7 Sayı 3, 2020

ÖNYAZI

Doç. Dr. Sergül DUYGULU

Sorumlu Yazı İşleri Müdürü

Değerli Okurlarımız,

Dergimizin 2020 yılı Cilt 7 Sayı 3'ünü sizlerle paylaşmaktan mutluluk duyuyoruz. Bu sayımızda da alanlarında önemli bilgiler ve sonuçlar sunan toplam on araştırma ve üç derleme makale siz değerli okurlarımızla paylaşılmaktadır. Bu sayıda yayınlanan makaleler, cerrahi hastalıkları hemşireliği, halk sağlığı hemşireliği, iç hastalıkları hemşireliği, çocuk sağlığı ve hastalıkları hemşireliği, hemşirelik esasları ve doğum ve kadın hastalıkları hemşireliğine ilişkindir. Ayrıca bu sayımızda 2020 yılı Cilt 7, Sayı 1, 2, 3 ve özel sayıda yayınlanan makalelere ilişkin yazar ve konu indeksimizi de bulabilirsiniz. Dergimizde yayınlanan makalelerin, okurlarımızın uygulamalarına daha kritik bakmada ve bakımı geliştirmede onlara yol gösterici, işlerini daha iyi yapmada rehber olacağına ve okurlarımızın sürekli gelişimlerine katkı sağlayacağına inanıyoruz. Dergimiz TUBİTAK ULAKBİM Tıp Veri Tabanında (2015 yılı cilt 2 sayı 1'den itibaren), Türkiye Atıf Dizininde (27 Eylül 2017 tarihinden, 2017 yılı cilt 4 sayı 2 den itibaren) ve EBSCO veri tabanında (2009 yılından itibaren) dizinlenmektedir. Bundan sonraki aşamada hem bu veri tabanlarında dizinlenmeye devam etmeyi hem de PUBMED, SCOPUS, ESCI gibi önemli uluslararası indeksler tarafından dizinlenmeyi hedeflemekteyiz. Bunun için dergimizin uluslararası akademik yayıncılık standartları çerçevesinde yayınlanması için çalışmalar yürütmekteyiz. Bununla birlikte bu hedefleri gerçekleştirmede dergimizin paydaşları olan siz değerli okurlarımız, danışma kurulu üyelerimiz, yayın kurulu üyelerimizin değerli katkılarının ne kadar önemli olduğunu biliyoruz.

Değerli okurlarımız, Aralık 2019'da Çin'in Wuhan kentinde başlayıp tüm dünyayı etkisi altına alan COVID-19 pandemisi nedeniyle; uluslararası düzeyde bilimsel bilgiyi paylaşma, meslektaşlar ile iletişimi ve işbirliğini geliştirme ve uygulamadan öğrenme fırsatı sunan kongrelerden biri olan ve 2020 yılı Ekim ayı içerisinde İstanbul'da gerçekleştirilmesi planlanan 8. Uluslararası Hemşirelik Yönetim Kongresi 2021 yılı

Ekim ayı sonuna ertelenmiştir. Dileğimiz, bu tarihe kadar tüm dünyada pandeminin etkisini kaybetmesi ve sağlıklı bir dünyadır.

Son olarak dergimize bu yıl içerisinde yayınlarını göndererek bilgi paylaşımına katkıda bulunan yazarlarımıza, dergimizin çıkmasına emeği geçen editör yardımcılara, yayın kurulu üyelerine, dergimize gönderilen makaleleri titizlikle değerlendiren danışma kurulu üyelerimize çok teşekkür ederim. Ayrıca düzenli olarak yayın hayatına devam eden dergimize makalelerinizi beklediğimizi bildirir, saygılar sunarım.

Doç. Dr. Sergül DUYGULU

Sorumlu Yazı İşleri Müdürü

Araştırma makalesi

Research article

Ostomili Bireylerin Ostomiye Uyumlarının ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi



Banu ÇEVİK¹, Ziyafet UĞURLU², Aysel ABBASOĞLU³, Azize KARAHAN⁴, Çiğdem SALTAN⁵

ÖZ

Amaç: Bu çalışma bağırsak stoması olan bireylerin stomaya uyumlarının ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı nitelikteki bu çalışma bir üniversite hastanesinin cerrahi bölümüne başvuran ve en az üç ay ile iki yıl arasında bağırsak stoması açılan 71 hasta ile tamamlanmıştır. Veriler, hasta tanıtıcı bilgi formu ve Ostomi Uyum Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. İstatistik analiz için, sayı, yüzde, ortalama ve Mann-whitney U ve Kruskal Wallis testleri yapılmıştır.

Bulgular: Çalışmada, yaş ortalaması 56.62±13.39 olan hastaların, %77.5'i kadın, %74.6'sı evli, %52.1'i lise mezunudur. Hastaların %83.2'sine kanser tanısı nedeniyle açıldığı; %69.0'unun bir yıldan daha az süredir stomaya sahip olduğu; %62.0'sine işlem öncesinde stoma açılmasına ilişkin bilgi verildiği belirlenmiştir. Hastaların Ostomi Uyum ölçeğinin alt gruplarından kaygı puanının üniversite mezunu olanlarda daha düşük olduğu, üniversite mezun olanların sosyal uyum puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Sonuç: Çalışmada stoması olan hastaların Ostomi Uyum Ölçeği puan ortalamaları ve ölçeğin alt boyut puan ortalamaları orta düzeyde saptanmıştır.

Anahtar kelimeler: Hemşire, hemşirelik bakımı, stoma

ABSTRACT

Determining the Adaptation of Individuals with Ostomy to Ostomy and Affecting Factors

Aim: This study was carried out to determine the adaptation of individuals with intestinal ostomy to ostomy and the factors affecting them.

Material and Methods: This descriptive study was conducted with 71 patients who applied to the surgery department of a university hospital and had intestinal stoma for at least three months to two years. The data were collected using patient information form and the Ostomy Adjustment Inventory. For statistical analysis, number, percentage, average, Mann-Whitney U and Kruskal Walls tests were performed.

Results: In the study, of the patients with an average age of 56.62±13.39, 77.5% were female, 74.6% were married, 52.1% were high school graduates. It was determined that 83.2% of the patients had ostomy due to the diagnosis of cancer, 69.0% had an ostomy for less than a year, 62.0% were informed about ostomy opening before the procedure. It was determined that the anxiety scores of the subgroups of the Ostomy Adjustment Inventory of the patients were lower in the university graduates, and the social adjustment scores of the university graduates were higher.

Conclusion: In the study, the mean scores of the Ostomy Adjustment Inventory of the patients with ostomy and the subscale mean scores of the inventory found to be moderate.

Keywords: Nurse, nursing care, stoma

¹Dr. Öğr. Üyesi, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Ankara/Türkiye, E-mail: bnkucuk@yahoo.com, Tel: 0 537 0547302 ORCID: 0000-0003-1396-854X

²Dr. Öğr. Üyesi, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Ankara/Türkiye, E-mail: ziyafetugurlu@gmail.com, Tel: 0 532 5837935, ORCID: 0000-0001-6693-6272

³Öğretim Görevlisi, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Ankara/Türkiye E-mail: aysela@baskent.edu.tr, Tel: 0532 4727969, ORCID: 0000-0001-7840-7570

⁴Prof. Dr, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Ankara/Türkiye, Email: azize03@yahoo.com, Tel: 0 532 4319456, ORCID: 0000-0001-6698-2121

⁵Hemşire, Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü Stoma hemşiresi, Ankara/Türkiye, E-mail: cgmsaltan@gmail.com, Tel: 0 507 2392104, ORCID: 0000-0003-3511-3796

Geliş Tarihi: 12 Temmuz 2019, Kabul Tarihi: 14 Mayıs 2020

**Bu çalışma 16.05.2017-20.05.2017 tarihlerinde Antalya'da gerçekleştirilen XVI Türk Kolon ve Rektum Cerrahisi Kongresi IX Kolorektal Cerrahisi Hemşireliği kongresinde sözel bildiri olarak sunulmuştur.

Atıf/Citation: Çevik B, Uğurlu Z, Abbasoğlu A, Karahan A, Saltan Ç. Ostomili Bireylerin Ostomiye Uyumlarının ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2020; 7(3): 186-195. DOI: 10.31125/hunhemsire.833584

GİRİŞ

Günümüzde kolorektal kanserler ve diğer nedenlerle ostomi ile yaşamını sürdüren birey sayısı giderek artmaktadır. Ostomi açılmasının primer nedeni kolorektal kanserdir^{1,2}. Amerikan Kanser Birliği'nin (American Cancer Society-ACS) 2016 raporuna göre; kolorektal kanserler kadın ve erkeklerde en sık görülen 3. kanserdir³. Türkiye kanser istatistikleri 2014 verilerine göre, kolorektal kanser; en çok görülen 10 kanser türü arasında erkek ve kadınlarda 3. sırada yer almaktadır⁴. Dünyada ki sayılara bakıldığında; Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) 750,000 ile 1,000,000 arasında, Çin'de yaklaşık 1 milyon ostomili birey bulunmaktadır. Çin'de her yıl 100.000 yeni hastaya ostomi açılacağı varsayıldığı belirtilmektedir⁵. Ülkemizde hastane kayıt sistemlerinin eksikliği ve stomaterapi ünitelerinin yaygın olmaması gibi nedenlerle, bağırsak stoması açılan birey sayısı tam olarak bilinmemektedir⁶.

Ostomi, çeşitli hastalıklar sonucunda, atık maddelerin beden dışına atılabilmesi amacıyla vücut üzerinde cerrahi olarak açıklık ya da ağız anlamına gelen 'stoma' oluşturulması işlemidir^{1,4,7,8}. Ostomili birey sayısı günümüzde giderek artmaktadır. Ostomi açılması, gastrointestinal ya da üriner sisteme ilişkin kanserler, inflamatuvar bağırsak hastalıkları ve travmaların cerrahi tedavisinde kullanılan yaygın bir girişimdir^{1,7}. Bağırsak stoması açılmasının temel amacı; patolojik durumun ortadan kaldırılması, yaşam süresinin uzatılması, yaşam kalitesi artarak bireylerin üretken bir yaşama dönemlerine yardımcı olmaktır⁷. Cerrahide en sık uygulanan ostomi çeşitleri kolostomi, ileostomi olup, geçici ve kalıcı olmak üzere iki şekilde gerçekleştirilmektedir^{1,2}.

Son yıllarda ostomi bakım ürünlerindeki önemli gelişmeler ve ostomi bakımında uzmanlaşmış hemşirelerin sayıca artmasına rağmen, ostomi açılan hastaların büyük çoğunluğu ostomiye uyum sağlayamamakta; fiziksel, psikolojik ve sosyal sorunlar yaşamaktadırlar^{1,6,8,9}. Ostomisi olan birey ostomiye uyumunu ve baş etmesini zorlaştıran birçok zorluklarla yüzleşmektedir. Bireyler ostomi etrafında cilt sorunları, güdültülü bağırsak hareketleri, dışkı sızıntısı gibi ostomi ile ilgili gelişen komplikasyonlar ve ağrı gibi nedenlerle stomayı kabul etmekte zorlanmaktadır^{5,6,9,10}. İnkontinans ve dışkı sızıntısı korkusu, koku ve seksüel sorunlar bireyin sosyal yaşantısını kısıtlamasına neden olmaktadır. Bireyin yaşadığı bu olumsuzluklar psikolojik sorunların ortaya çıkmasına ve kişide yalnızlık, depresyon, düşük benlik saygısı, intihar düşüncesi, anksiyete, sosyal aktivitelerde azalma ve işten ayrılma gibi sorunlara neden olmaktadır^{6,8-10}. Karaveli ve arkadaşlarının (2014) kolorektal kanser ameliyatı geçiren hastaların ameliyat öncesi ve sonrası dönemde yaşadıkları deneyimlerin incelenmesi çalışmasında kolorektal kanser ameliyatı geçiren hastaların inanamama, korku, bağımlılık, utanma ve pişmanlık yaşadıkları saptanmıştır¹¹.

Stomalı hastaların büyük çoğunluğunun uyum ile ilgili sorunlar yaşamaya devam etmesi, bu konuda daha fazla klinik ve epidemiyolojik çalışma yapılmasını gerekli kılmıştır. Ülkemizde stomalı bireylerin stomaya ve sosyal yaşama uyum sağlamaya yönelik yaşadıkları sorunların belirlenmesi ile ilgili yapılmış çalışmalar sınırlı sayıdadır^{6,10-12}. Bu

çalışmalar bize stoması olan hastalarda ostomiye uyumun sağlanamaması durumunda bireylerde fiziksel, psikolojik, sosyal sorunlar ve hastalıkların gelişebileceğini göstermektedir. Stomaya uyumu etkileyecek faktörlerin belirlenmesi hastaların gereksinimi olan eğitimlerin verilmesinde önemlidir, çünkü stomanın kendi vücudunda yaşam tarzında oluşturacağı değişiklikleri bilen ve stoma bakımını yapabiren bireylerin stomaya ve stomalı yaşama uyumlarının daha kolay olacaktır. Mevcut durum dikkate alındığında ostomiye uyumu etkileyen faktörlerin belirlenmesi önemli hale gelmiştir.

Araştırmanın Amacı

Bu çalışma, stoması olan bireylerin stomaya uyumlarının ve bunları etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

GEREÇ ve YÖNTEM

Araştırmanın Türü

Araştırma stoması olan bireylerin stomaya uyumlarının ve bunları etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı tasarımda gerçekleştirilmiştir.

Araştırma Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Ankara'da bir vakıf üniversitesi hastanesinde 2015-2016 yılları arasında en az üç ay ile iki yıl arasında bağırsak stoması açılan 200 hastadan cerrahi polikliniğinde izlenen 96 hasta oluşturmuştur. Çalışmanın yapıldığı hastanede stoma hemşiresi vardır. Ancak hastaların ameliyat öncesi dönemde stoma açılması hakkında bilgi ve stoma açılacak bölgenin işaretlenmesi doktor tarafından yapılmaktadır. Stoma hemşiresi stoma açıldıktan sonraki hastalara stoma bakımı hakkında bilgi vermektedir.

Çalışmada örneklem seçimine gidilmemiş ve şu dahil etme kriterlerini karşılayan 71 hasta örnekleme dahil edilmiştir: 18 yaş üzerinde olmak, iletişim kurabilmek, çalışma için uygulanan ölçüm araçlarını doldurabilmek ve çalışmaya katılmayı kabul etmek. Araştırmaya 15 hasta katılmayı kabul etmemiş, 10 hasta veri toplama sürecinde yaşamını kaybettiği için çalışmaya dâhil edilememiştir. Evrenin %74'üne ulaşılmıştır.

Veri Toplama Araçları

Veriler literatürden yararlanılarak^{1,11,13} hazırlanan soru formu ve Simmons ve arkadaşları (2009) tarafından geliştirilen¹⁴ Ostomi Uyum Ölçeği (OUÖ-23) ile toplanmıştır.

Tanımlayıcı Özellikler Soru Formu

Araştırmacılar tarafından oluşturulan soru formunda; hastaların tanıtıcı özelliklerine ilişkin (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu vb.) 11 soru, stomaya ilişkin (stomanın tipi, stoma açılma nedeni, stoma süresi, stoma ile ilgili bilgi alma durumu ve ostomi bakımını yapabirme durumu gibi) 13 soru yer almaktadır.

Ostomi Uyum Ölçeği (OUÖ-23)

Simmons ve arkadaşları tarafından (2009) ostomili bireylerin ostomiye uyum düzeylerinin saptanması amacıyla geliştirilmiş 23 maddelik bir kendini değerlendirme ölçeğidir¹⁴. Karadağ ve arkadaşları tarafından (2011) Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır¹⁵. Ostomi Uyum Ölçeği; kabul etme (1, 3, 4, 6, 9, 14, 15, 19, 23. maddeler), kaygı/endişe (12, 13, 17, 20, 21. maddeler), sosyal uyum (5,

7, 8, 11. maddeler) ve öfke (2 ve 10. maddeler) başlıklarını içeren 4 alt boyuttan oluşmaktadır. Buna ek olarak 3 madde (16, 18 ve 22) herhangi bir alt boyuta dâhil edilmemiştir. Ölçekte her bir madde 5'li likert tipinde 0-4 puan (Kesinlikle katılıyorum, Katılıyorum, Emin değilim, Katılmıyorum, Kesinlikle katılmıyorum) değerlendirilmektedir. Ölçek puanı 0-92 puan arasında değişmektedir. Ölçek maddelerinden her bir maddeden alınan puanın yüksek olması uyumun arttığını göstermektedir. Ölçekteki 12 madde (2, 5, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 16, 17, 18 ve 21. maddeler) olumsuz ifadeler içerdiği için ters skorlanmaktadır^{14,15}. Ölçeğin Türkçe güvenilirlik ve geçerlilik çalışmasında (570 ostomi hastası ile yapılmış) Cronbach alfa değeri 0.93 ve test-tekrar test değerlendirmesinde korelasyon değeri (r) 0.83 olarak belirlenmiştir¹⁵. Çalışmamızda ostomi uyum ölçeğinin Cronbach alfa değeri 0.86 olarak bulunmuştur.

Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Veri toplama aracının anlaşılabilirliğinin değerlendirilmesi amacıyla beş hastaya ön uygulama yapılmış ve hastalar örneklem kapsamına alınmamıştır. Çalışmada verilerin toplanması hastaların kontrol randevuları sonrası ya da randevusu olmayan hastalar içinde telefonla görüşmeler sırasında yapılmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul eden hastalara çalışmanın amacı araştırmacı tarafından açıklandıktan sonra veriler yüz yüze görüşme tekniği veya telefon ile görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Görüşmeler 10-15 dakika sürmüştür.

Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler bilgisayar ortamında SPSS 17.0 istatistik paket programı kullanılmıştır. Ölçeğin değerlendirilmesi, ölçek alt boyutlarındaki maddelerin toplam puanları hesaplanarak yapılmıştır. Bireylerin tanımlayıcı ve hastalık özellikleri gibi bağımlı değişkenlerine göre ölçek puanları arasındaki farkın karşılaştırılmasında ki kare χ^2 testi, student t testi, Mann-whitney U ve Kruskal Wallis testleri kullanılmıştır. Veriler, ortalama±standart sapma ve frekans (n, %) olarak sunulmuştur. Sonuçlar $p<0.05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın yapılabilmesi için araştırmanın gerçekleştirildiği üniversitenin Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul'undan (Karar tarihi: 27/05/2018; Karar no:15/85) izin ve hastalardan sözel onam alınmıştır. Ostomi uyum ölçeğinin kullanımı için ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapan araştırmacılardan izin alınmıştır.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma bulguları sadece araştırmanın yapıldığı Üniversite hastanesinde 2015-2016 yıllarında bağırsak stoması açılan hastalara genellenebilir. Örneklem sayısının az olması ve kadın hastaların sayısının fazla olması, araştırma sorularında stoma bakımını yapmayı istememe nedenlerinin sorulmaması araştırmanın sınırlılıkları arasındadır.

BULGULAR

Stoması olan bireylerin stomaya uyumlarını etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmadan elde edilen bulgular tablolarla verildi. Çalışmaya katılan hastaların yaş ortalamaları 56.62±13.39 (min:21, maks:88),

%53.5'i 45-64 yaş grubu arasında, %77.5'i kadın, %74.6'sı evli, %52.1'i lise mezunu, %87.3'ü çalışmamakta ve %78.9'u il merkezinde yaşamaktadır. Hastaların %64.8'inin ekonomik durumunun orta düzeyde olduğu ve %73.2'sinin tedavi masraflarının sağlık sigortaları tarafından karşılandığı saptanmıştır (Tablo 1).

Tablo 1. Hastaların Demografik Özellikleri (n=71)

Demografik Özellikler	n	%
Yaş		
25-44 yaş	13	18.3
45-64 yaş	38	53.5
65 yaş ve üzeri	20	28.2
Cinsiyet		
Kadın	16	22.5
Erkek	55	77.5
Medeni Durum		
Evli	53	74.6
Bekâr	18	25.4
Eğitim Durumu		
Okuma yazma biliyor	4	5.6
İlkokul	6	8.5
Lise	37	52.1
Üniversite	24	33.8
Çalışma durumu		
Çalışıyor	9	12.7
Çalışmıyor	62	87.3
Yaşadığı yer		
Köy/ kasaba	4	5.6
İlçe	11	15.5
İl merkezi	56	78.9
Ekonomik durum		
Düşük	13	18.3
Orta	46	64.8
İyi	12	16.9
Tedavi masraflarını karşılama durumu		
Kendisi	13	18.3
Sigorta	52	73.2
Kendisi ve sigorta	6	8.5

Hastaların bağırsak stomasına ilişkin özelliklerine baktığımızda; %83.2'sine kanser tanısı nedeniyle bağırsak stoması açıldığı; %71.8'i geçici stoma, %67.6'sının kolostomisi %69.0'unun bir yıldan daha az süredir stomaya sahip olduğu; %62.0'sine ostomi açılması hakkında bilgi verildiği, %49.3'ünün ostomi bakımını yakınının yaptığı belirlenmiştir. Çalışmada hastaların %81.7'sine stoma açılmadan önce stoma bölgesine işaretleme yapılmadığı belirlenmiştir. Bağırsak stoma eğitimini hastaların %56.3'ünün eğitimi hemşiresinden, %12.7'sinin doktordan, %31.0'ünün ise firma yetkilisinden aldığı belirlenmiştir. Hastaların %73.2'si aldığı bilgiyi yeterli olduğunu belirtmiştir. Bağırsak stoması bakımı hakkında taburculuk eğitimi aldığını belirtenlerin oranı %85.9'dur (Tablo 2).

Tablo 2. Hastaların Bağırsak Stomasına İlişkin Özellikleri (n=71)

Bağırsak stomasına ilişkin özellikler	n	%
Stoma açılma nedeni		
Kanser	59	83.2
Bağırsağa metastaz	4	5.6
İnflamatuar bağırsak hastalığı	4	5.6
Diğer (bağırsağın vasküler ve dolaşım bozukluğu, Rektovajinal fistül)	4	5.6
Stoma tipi		
Kolostomi	48	67.6
İleostomi	23	32.4
Stomanın özelliği		
Geçici stoma	51	71.8
Kalıcı stoma	20	28.2
Stoma açılma süresi		
1 yıldan az süre	49	69.0
1 yıldan fazla süre	22	31.0
Stoma açılmadan önce stoma bölgesinin işaretleme durumu		
Evet, işaretleme yapıldı	13	18.3
Hayır, işaretleme yapılmadı	58	81.7
Stoma açılması hakkında bilgi verilme durumu		
Evet, planlı stoma açıldı	44	62.0
Hayır, bilgi verilmedi	27	38.0
Stoma bakımını yapan kişi		
Kendisi	17	23.9
Yardımla kendisi	19	26.8
Yakını	35	49.3
Stoma bakımı konusunda eğitimi kimden aldığı		
Doktor	9	12.7
Hemşire	40	56.3
Firma yetkilisi	22	31.0
Stoma konusunda yeterli bilgiye sahip olma durumu		
Yeterli	52	73.2
Kısmen yeterli	11	15.5
Yetersiz	8	11.3
Stoma bakımı hakkında taburculuk eğitimi alma durumu		
Evet, eğitim aldım	61	85.9
Hayır, eğitim almadım	10	14.1

Hastaların bağırsak stoma bakımına ilişkin yaşadıkları sorunlar incelendiğinde; hastaların %56.3'ünün stoma bakımı hakkında sorun yaşadıkları saptanmıştır. Hastalar, stoma bakımı (%40.7), cilt irritasyonu (%25.9), ürünlerin uygulanması (%12.9), ürünlerin temini ve saklanması (%11.1), sızıntı (%5.6) ve gaz (%3.8) gibi sorunlar yaşadıklarını belirtmişlerdir (Tablo 3). Yaşanılan bu sorunlarla ilgili olarak hastaların %19.7'si hastaneye başvurmuşlardır.

Tablo 3. Hastaların Bağırsak Stomasına İlişkin Sorun Yaşama Durumları ve Yaşanılan Durumların Dağılımı (n=71)

Bağırsak stomasına ilişkin sorun yaşama durumu	n	%
Sorun yaşadım	40	56.3
Sorun yaşamadım	31	43.7
Stomaya ilişkin yaşanılan sorunlar *(n=54)		
Stoma bakımı	22	40.7
Cilt irritasyonu	14	25.9
Ürünlerin uygulanması	7	12.9
Ürünlerin temini ve saklanması	6	11.1
Sızıntı olması	3	5.6
Gaz sorunu yaşama	2	3.8

Araştırma kapsamına alınan hastaların Ostomi Uyum Ölçeği puan ortalamaları Tablo 4'te görülmektedir. Hastaların Ostomi Uyum Ölçeği alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde; kabul etme alt boyut puan ortalamasının 26.54 ± 5.34 , kaygı/endişe alt boyut puan ortalamasının 11.48 ± 1.18 , sosyal uyum alt boyut puan ortalamasının 9.32 ± 2.08 , öfke alt boyut puan ortalamasının 5.35 ± 1.76 olduğu ve genel Ostomi Uyum Ölçeği puan ortalamasının 57.97 ± 5.52 belirlenmiştir. Ostomi Uyum Ölçeği minimum-maksimum puanı 38-70'dir (Tablo 4).

Tablo 4. Ostomi Uyum Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=71)

Ostomi uyum ölçeği(OUÖ-23) alt boyutları	Ölçek Puan Ortalaması \pm SD	OUÖ-23 ölçek alt boyut (min-maks) puanları
Kabul etme	26.5 ± 5.34 (min:5- maks:30)	0-36
Kaygı/endişe	11.4 ± 1.18 (min:5- maks:19)	0-20
Sosyal Uyum	9.32 ± 2.08 (min: 3- maks:15)	0-16
Öfke	5.35 ± 1.76 (min:4- maks:16)	0-20
OUÖ-23	57.9 ± 5.52 (min:38, mak:70)	0-92

Çalışmaya katılan hastaların cinsiyet, medeni durum, yaşadığı yer, ekonomik durum ve tedavi masraflarını karşılanma durumu ile Ostomi Uyum Ölçeği puan ortalaması ve ölçeğin alt grup puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Diğer tanımlayıcı özellikler ve ölçek puan ortalamaları arasında ilişki Tablo 5'de verilmiştir. Hastaların eğitim durumlarına göre ölçeğin kabul etme ve öfke alt boyut ve ölçek toplam puanları arasında farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$). Kaygı alt boyut ölçek puanı sıra ortalaması ilköğretim mezunlarında 37.05 lise mezunu olanlarda 37.14 ve üniversite mezunu olanlarda 33.81 olduğu belirlenmiş olup, sıra ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Sosyal uyum alt boyut sıra ortalama değeri ilköğretim mezunu olanlarda 28.25, lise mezunu olanlarda 34.15 üniversite mezunu olanlarda ise 35.81 olarak belirlenirken, grupların sıra ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$, Tablo 5). Hastaların çalışma durumlarına göre

ölçeğin alt gruplarına baktığımızda; kabul etme, öfke alt boyutu ve toplam ölçek puanlarının sıra ortalamaları değerlerinin çalışan ve çalışmayan hastalar arasında farklılık göstermediği belirlenmiştir.

Araştırmada çalışmayan hastaların kaygı ve sosyal uyum sıra ortalamaları değerleri istatistiksel olarak anlamlı oranda yüksek bulunmuştur ($p<0.05$, Tablo 5). Hastaların yaşadıkları yer durumlarına göre ostomi uyum ölçeği ve ölçek alt grup sıra ortalamalarına baktığımızda; köy ve kasabada yaşayanların kaygı ölçek sıra ortalamaları değerleri ilçe ve il merkezinde yaşayanlara göre yüksek ve anlamlı olarak belirlenmiştir ($p<0.05$, Tablo 5).

Hastalara ameliyat öncesi dönemde bağırsak stoması açılacağını söyleme durumuna göre Ostomi Uyum Ölçeği puan değerleri incelendiğinde; gruplar arasında kaygı, sosyal uyum ve öfke alt boyut sıra ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (Tablo 5). Ameliyat öncesi dönemde bağırsak stoması açılacağı söylenen ve söylenmeyen hastalar arasında ölçeğin kabul etme alt boyut puan ortalaması ve ölçek toplam puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$, Tablo 5). Ameliyat öncesi stoma açılacağı söylenen hastaların kabul etme alt boyut sıra ortalaması değeri söylemeyen hastalara göre daha yüksek olup ölçek toplam puanı da yüksektir. Yani ameliyat öncesi dönemde stoma açılmasına ilişkin bilgisi olan hastaların stomaya karşı uyumları daha iyi olduğu belirlenmiştir.

Bağırsak stoması nedeni ile sorun yaşayan hastaların sorun yaşamayanlara göre ölçek alt gruplarından kabul etme sıra ortalamaları değeri istatistiksel olarak anlamlı oranda yüksek bulunmuştur ($p<0.05$, Tablo 5). Araştırmada stoma bakımını kendisi yapanların sosyal uyum ve öfke sıra ortalamaları puanları, kendisi yapmayanlara göre yüksek ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$) (Tablo 5).

Çalışmamızda tablo olarak verilmemiş olmakla beraber hastaların yaşları ile kaygı alt boyut puanları arasında ($r:0.25$, $p=0.032$) ve stomaya sahip olma süresi ile öfke alt boyut puanları arasında ($r:0.3$, $p=0.008$) pozitif yönde; stomaya sahip olma süresi ile kabul etme alt boyut puanları arasında negatif yönde bir ilişki ($r:-0.24$, $p=0.41$) olduğu belirlenmiştir.

Tablo 5. Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Ostomi Uyum Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Dağılımı (n=71)

Ostomi uyum ölçeği alt boyutları puan ortalamaları										
Tanımlayıcı Özellikler	Kabul etme		Kaygı		Sosyal Uyum		Öfke		Ölçek toplam puan	
	Sıralar Ortalaması	Kruskal-W Mann-W.	Sıralar Ortalaması	Kruskal-W Mann-W.	Sıralar Ortalaması	Kruskal-W Mann-W.	Sıralar Ortalaması	Kruskal-W Mann-W.	Sıralar Ortalaması	Kruskal-W Mann-W.
Eğitim durumu										
İlköğretim	42.15	1.971**	37.05	0.414**	28.25	2.255**	45.15	3.055**	39.00	2.914**
Lise	32.95		37.14		34.15		36.12		34.28	
Üniversite	38.15		33.81		35.81		31.98		37.42	
p	0.205		0.027		0.037		0.754		0.082	
Çalışma durumu										
Çalışan	35.17	271.50*	35.14	244.00*	38.71	162.00*	38.00	261.00*	40.4	239.00*
Çalışmayan	36.12		38.99		48.92		35.72		35.5	
p	0.474		0.014		0.026		0.955		0.900	
Yaşadığı yer										
Köy-kasaba	21.54	7.147**	36.45	3.688**	22.63	1.824**	43.13	0.608**	23.88	2.445**
İlçe	25.14		38.32		37.36		33.82		31.14	
İl merkezi	39.37		23.38		36.69		35.92		37.82	
p	0.022		0.015		0.383		0.748		0.075	
Ameliyat öncesi dönemde bağırsak stoması açılacağına ilişkin söyleme durumu										
Evet	42.13	428.50*	36.70	563.00*	36.24	583.50*	38.72	474.00*	38.30	418.00*
Hayır	32.24		34.85		35.61		35.52		35.20	
p	0.017		0.311		0.067		0.068		0.001	
Bağırsak stoması nedeni ile sorun yaşama durumu										
Evet	40.40	327.50*	36.08	483.00*	36.69	461.00*	37.21	442.10*	39.14	392.12*
Hayır	26.50		31.58		30.08		31.02		30.00	
p	0.010		0.311		0.067		0.068		0.092	
Stoma bakımı										
Kendi yapıyor	29.53	336.50*	26.34	310.12*	38.75	300.10*	39.92	224.50	30.12	289.72*
Yakını yapıyor	36.15		38.81		27.15		31.10		28.75	
p	0.618		0.060		0.003		0.026		0.707	

*Mann-whitney U testi, ** Kruskall Wallis testi, p<0.05

TARTIŞMA

Bağırsak stoması açılma nedenleri olarak literatürde Divertikülit, crohn's hastalığı, ülseratif kolit, kolorektal kanserler belirtilmekte olup en sık ostomi açılma sebebi kolorektal kanserlerdir^{2,18,19}. Ostomi cerrahisi her yaştan bireye uygulanabilmektedir^{18,19}.

Araştırmada hastaların yaş ortalaması 56.62±13.39'dır ve hastaların %53.5'i 45-64 yaş grubu arasındadır. Yapılan çalışmalarda kolorektal kanserlerin yaşla birlikte artış gösterdiği, özellikle 60 yaş üstü bireylerde daha fazla görüldüğü belirtilmiştir^{13,16,17}. Simmons ve ark. (2011) çalışmasında stoması olan hastaların 17-80 yaş grubu arasında ve yaş ortalamasının 64.03±11.83 olduğu belirtilmiştir. Özyayın ve arkadaşları (2013) tarafından yapılan çalışmada hastaların %66.6'sının ostomi açılma nedeni tümöre bağlı kolon obstrüksiyonu olarak bildirilmiştir²⁰. Karabulut ve arkadaşlarının (2014) yaptığı bir çalışmada hastalara ostomi açılma nedeninin çoğunlukla kolorektal tümör olduğunu bildirmiştir²¹. Çalışmamıza katılan bireylerin stoma açılma nedenleri incelendiğinde, %83.2 gibi büyük bir çoğunluğunda kolorektal kanser tanısı nedeniyle ostomi açıldığını gösteren sonuç (Tablo 2), literatür ve önceki çalışma bulguları ile örtüşmektedir.

Stomanın açılmasında en önemli adım stoma için uygun yer seçimidir. Hasta ameliyat öncesi stomaterapi ünitesine yönlendirilerek kalıcı stoma yerinin stoma ve yara bakım hemşiresi tarafından işaretlenmesi sağlanmalıdır^{2,5,6,15,21}. Çalışmamızda planlı stoma açılacak her hastanın stoma bölgesinin işaretlenmesi çalışmanın yapıldığı kurumda hastanın doktoru tarafından yapılmaktadır. Ancak hastaların % 81.7'si stoma açılmadan önce kendilerine işaretlemenin yapılmadığını ifade etmişlerdir. Çalışmamızda stoma açılması planlanan hastaların %62'sine ameliyat öncesi dönemde stoma açılması hakkında bilgi verilmiştir. Çalışmanın yapıldığı kurumda stoma açılması planlı yapılmaktadır. Ancak bazı hasta gruplarına (özellikle kanser tanısı alan hastalarda) ameliyat esnasında plansız olarak ve hasta yakınlarından onam alınarak stoma açılabilir. Bu nedenle çalışmamızda hastaların %38'ine plansız stoma açıldığı için hastalara ameliyat sonrası süreçte bilgi verilmiştir. Bu sonuçlar doktorların hastalara ameliyat öncesi dönemde planlı stoma açılma sürecinde stoma açılması hakkında bilgi vermelerine rağmen, her hastanın stoma bölgesine işaretleme yapmadıklarını göstermektedir. Stoma açılan hastalara hastanede izlendiği süre içerisinde stoma bakımı konusunda stoma eğitimi de çok önemlidir. Stoma açılması ile meydana gelen bireylerin fiziksel görünümündeki değişiklikleri yaşamlarının birçok alanını etkileyebilmektedir. Stomalı bireylerin yaşadıkları bu sorunlar uygun bakım, eğitim ve danışmanlıkla hizmetleri ile kısmen ya da tamamen ortadan kalkmaktadır²¹⁻²³. Bu nedenle hastanelerde stoma konusunda özelleşmiş hemşirelere ihtiyaç vardır. Bizim çalışmamızda stoma açılan her hastaya stoma hemşiresi tarafından stoma bakımı verilmiştir. Ancak çalışmada elde edilen bilgilerde hastaların %56.3'ü bu bilgiyi hemşireden, %31'i firma yetkilisinden ve %12'si doktordan aldığını bildirmiştir. Bu sonuç kurumda stoma hemşiresinin olmasına rağmen hastaların hemen

hemen yarıya yakınının hemşireden eğitim almadığını (% 43) göstermektedir. Duruk ve Uçar'ın (2013) intestinal ostomisi olan bireyler ile yaptığı nitel bir çalışmada da, çalışmamıza benzer biçimde; hastaların stoma açılma durumuna ilişkin bilgiyi %39 oranında doktordan, %13 oranında klinik hemşiresinden, %13 oranında stoma ve yara bakım hemşiresinden ve %32 oranında firmalardan bilgi aldıkları belirtilmiştir²⁴.

Araştırmada hastaların yarısı bağırsak stoma bakımını kendileri ve/veya yardımıyla kendilerinin yaptığı (% 50.7) yarısının ise yakınlarının yaptığı belirtilmiştir. Bireyin mümkün olduğu kadar stoma bakımını kendisinin yapması stomaya uyumu artıran en önemli faktörlerdendir. Gautam ve Paul (2016) ostomisi olan kolorektal kanserli bireylerde cinsiyetin psikososyal uyuma etkisini belirlemek için yaptıkları çalışmalarında kadınların %57.3'ünün, erkeklerin ise %42.7'sinin ostomi bakımı yapmada destek aldıklarını belirtmiştir⁵. Araştırmaya katılan kadınların %44.5'i, erkeklerin ise %56.3'ü ostomi bakımını yakınları yapmaktadır. Hastalar, stomayı kabullenmeme, yapmaktan çekinme, yaşlılığa bağlı görme sorunu veya bilgi eksikliği gibi farklı nedenlerle ostomi bakımını üstlenmek istememektedirler. Çelik ve arkadaşları (2014) yaptıkları çalışmada stoması olan bireylerin ostomi bakımını çoğunlukla yakınlarının (eş ve çocukları) yaptıklarını belirtmişlerdir²¹. Araştırmada hastalara bakımı üstlenmek istememe engelleri sorulmamıştır. Ancak, stoması olan hastaların bakımı istememe nedenlerinin bilinmesi, hastalar için gerekli danışmanlık ve eğitimin verilmesinde, onların güçlendirilmesinde önem arz etmektedir. Literatürde yaşlı, görme, sorunu veya komorbid sorunları olan bireylerin torbayı boşaltma, torbayı değiştirme cildi değerlendirme konularında başkalarının desteğine gereksinim duydukları belirtilmiştir^{23,24}.

Araştırmada hastaların yarısından fazlası ostomi bakımı hakkında sorun yaşadığı; bu sorunların ostomi bakımı (%40.7), cilt irritasyonu (%25.9) ve ürünlerin uygulanması (%12.9) olduğu bulunmuştur. Cilt irritasyonu literatürde stoması olan bireylerin en çok karşılaştıkları sorunlardandır. Mahjoubi ve arkadaşları (2005) kolostomili 330 birey üzerinde yaptıkları çalışmada; kanamadan sonra deri tahrişinin ikinci sırada (%23.5) görülen komplikasyon olduğunu belirtmişlerdir²⁵. Özyayın ve arkadaşları (2013) tarafından yapılan çalışmada en sık görülen komplikasyonlar peristomal cilt irritasyonu (%63) ve ostomi çevresi enfeksiyonu (%25) olarak bildirilmiştir²⁰. McKenna ve arkadaşları (2016) tarafından yapılan çalışmada ameliyat öncesi dönemde stoma alanı işaretlenmeyen hastalarda sızıntı ve peristomal cilt irritasyonunun daha sık görüldüğü belirtilmiştir⁸.

Hastanın sosyodemografik özelliklerinin yanı sıra, ostomi açılmasını gerektiren faktörle bu süreci olumsuz etkileyebilmektedir. Hastanın ostomi bölgesinin seçimi, uygun ürünün seçimi ve bakımın uygun şekilde yapılması ve taburculuk eğitiminin erken dönemde başlatılması ve ekip yaklaşımı (doktoru, stoma ve yara bakım hemşiresi, firma yetkilisi ve hasta/hasta yakını) ile çalışılması bu sorunların çözümüne önemli katkı sağlayabilecektir. Ayrıca evde bakım hizmetlerinin ulaşılabilir olması, yaygınlaştırılması ve

hastanelerde stomaterapi merkezlerinin kurulması hastaların komplikasyonlarının erken dönemde belirlenmesini sağlamanın yanı sıra hastaların hastaneye başvurularını azaltabilecektir.

Çalışmamıza katılan bireylerin ostomi uyum ölçeği genel puan ortalamasının (57.97±5.52; min:38, mak:70) ve alt boyut puan ortalamalarının orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Simmons ve ark. (2009) 570 hasta ile yaptıkları bir çalışmada ostomi uyum ölçeği puan ortalaması 63.81±10.5, başka bir çalışmada ise (58.75±16.16) olarak bulunmuştur^{14,26}. Karadağ ve arkadaşları tarafından (2015) stoması olan hastaların sosyal uyumları değerlendirmek için yaptıkları çalışmada ostomi açılan 135 hastaya ilk bir ay içinde ve altı ay sonra ostomi uyum ölçeği uygulanmıştır²⁷. Çalışmada ostomi uyum ölçeği genel puan ortalaması ilk birinci ayda 48.63±13.75 ve altıncı ayda 50.59±13.89 olduğu belirtilmiştir²⁷. Bizim çalışmamızda hastaların stomaya uyumlarının orta düzeyde olduğu söylenebilir.

Çalışmamızda hastaların tanımlayıcı özelliklerinden olan yaş, cinsiyet, medeni durum, ekonomik durum ile Ostomi Uyum Ölçeği sıra ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olmadığı, eğitim, çalışma durumu ve yaşadığı yer arasında ise anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Literatürde Karadağ ve arkadaşları (2015) ostomisi olan bireyler ile yaş, cinsiyet, eğitim ve meslek durumlarının ostomiye uyumlarını etkilediği, kadınların ostomi uyum ölçek puanının erkeklere göre daha düşük olduğunu belirtmiştir²⁷. Riemenschneider (2015) ostomili bireylerin ostomiye uyumlarını belirlemek için yaptığı çalışmasında; hastaların cinsiyet, yaş, iş durumu ostominin tipi ve tıbbi tanısı ile uyum arasında anlamlı bir ilişki olmadığını belirtmiştir²⁸.

Çalışmamızda çalışmayanların ölçek puan değerleri, kaygı ve uyum alt boyut puanı sıra ortalamaları çalışanlara göre daha yüksek saptanmışken, Karadağ ve arkadaşları (2015) yaptıkları çalışmada çalışmayanların ölçek puan ortalamaları daha düşük bulunmuştur. Çalışmamızda çalışan hastaların kaygı ve uyum alt ölçek puan değerlerinin düşük çıkması beklenen bir sonuç olup, çalışma yaşamında stoma yönetiminin daha kaygı verici olduğu ve sosyal katılımı daha çok etkilediği belirtilmektedir. İş yaşamında beden imajına ilişkin süreçlerin kontrolü ve işte beklenmedik durumlarla karşılaşılabilmesine ilişkin kaygı sosyal uyumu da olumsuz etkileyebilmektedir. Literatürde stomanın yaşam alışkanlıklarını ve bireysel bakım gereksinimini değiştirmesi nedeniyle de stomalı bireylerde ameliyattan sonra işi bırakma, çalışma saatlerini azaltma, iş veriminde azalma ve iş değiştirme gibi davranışlar literatürde belirtilmektedir^{10,29,30}. Literatürde evli olanların stomaya uyumlarının daha iyi olduğu bir bireyin eşi, çocukları veya arkadaşlarının sağladığı sosyal desteğin stomaya uyum üzerinde olumlu bir etkiye sahip olduğu belirtilmektedir²³. Altschuler ve ark. (2009) yaptığı çalışmada stomalı bireyin eşinin psikososyal uyum üzerinde olumlu bir etkisi olduğunu belirtmiştir. Bizim çalışmamızda medeni durum ile Ostomi Uyum Ölçeği puan sıra ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Çalışmamızda bu sonucun nedenleri arasında evli olanların yarısından fazlasının (%68) 60 yaş altında olması, bekar olanların stoma kalış süresinin 1 yıldan az olması (%77.8'inin) ve bekar olanların evlilere oranla daha

fazla il merkezinde yaşıyor olma (%79) durumlarının etkilediği düşünülmektedir.

Araştırmada ameliyat öncesi dönemde ostomi açılacağı bildirilen hastaların ostomi açılacağı bildirilmeyenlere göre ostomi uyum ölçek toplam puanı ve ölçek alt gruplarından kabullenme toplam puan ortalamaları daha düşük saptanmıştır. Ancak literatürde Karadağ ve arkadaşlarının (2015) yaptığı çalışmada ostomi açılmasından bilgisi olan hastaların ostomi uyum puanları daha yüksek olduğu belirtilmiştir²⁷. Bu sonucu nedeni çalışmada ameliyat öncesi stoma açılacağı bildirilen hastaların %79.5'ine taburculuk eğitimi verilmiş olup hastaların % 20.5'i hemşire tarafından bir taburculuk eğitim almamış olmasına bağlı olabilir. Ayrıca kurumda ameliyat öncesi bilgilendirme hekim tarafından yapılıyor olması hemşirenin bu bilgilendirme yer almıyor olması bir eksiklik olarak düşünülmüştür. Stoma öncesi dönemde stoma bölgesinin işaretlenmesi uyumu artırmada önemli bir faktördür. Ancak çalışmamızda sadece hastaların 18.3'üne işaretlenmenin yapıyor olması önemli bir eksikliktir. Oysa ki, stoma bölgesinin işaretlenmesi sadece hastanın doktoru tarafından değil, stoma hemşiresi tarafında da yapılabilmektedir. Bu sonuç ameliyat öncesi süreçte çalışmanın yapıldığı kurumda stoma konusunda hastalara verilen eğitim etkinliğinin eksik olduğunu göstermektedir. Stoma açılmadan önceki süreçte hasta eğitimi (stoma yeri, stomanın şekli, stomada kullanılacak malzemeler, temini gibi) bireylerin stoma açıldıktan sonra aldıkları taburculuk eğitim ile bütünleşmekte olup stomaya uyumu kolaylaştırmaya katkı sağlamaktadır. Hastaları sadece doktoru tarafından stoma açılması hakkında bilgilendirme yapılması ve hastadan onam alınması stomaya uyumu kolaylaştırmaz. Bu nedenle stoma hemşirelerinin kurumlarda stoma açılmadan önceki süreçte hastanın stomayı kabullenme ve uyum sağlmasını kolaylaştırmak için eğitim rolünü yerine getirmeleri önemli olduğunu düşünmekteyiz.

Ostomi nedeni ile sorun yaşayan hastaların, sorun yaşamayan hastalara göre ostomi uyum ölçeği alt grubu olan kabul etme boyutun puanları daha yüksek ve anlamlı bulunmuştur (Tablo 5, p<0.05). Ostomi nedeni ile sorun yaşanması ile kabullenme arasında ters bir ilişki beklenirken çalışmamızda sorun yaşayanların kabul etme durumlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Çalışmada sorun yaşayan hastaların yarıya yakınının stoma bakımını kendilerinin yaptığı ve sorun yaşayan hastaların %65'inin üniversite mezunu olduğu belirlenmiştir. Genel anlamda sorun yaşanması olumsuz bir durum olarak algılsa da, hastaların eğitim düzeylerinin yüksek olması, ve bakımlarını kendilerinin üstlenmeleri sorunlarla baş etme ve sorunun çözümüne katkı sağlarken isteyerek ya da istemeyerek durumun daha fazla sahiplenilmesine, ve buna bağlı olarak uyumun, farkındalığın ve kabulün artmasına neden olduğunu düşündürmüştür.

Stoma bakımını kendisi yapan hastaların sosyal uyum alt boyut puanları, yakını yapanlara göre daha yüksek ve anlamlı olduğu saptanmıştır. Bu bulgu bakımı kendisi yapanların bağımsız olma ve otonomilerini kullanma durumlarına bağlı sosyal uyumu kolaylaştırdığını göstermektedir. Hastanın ostomi bakımının sorumluluğunu

almasını sağlamak ve bağımlılığı azaltmak stoma hemşiresinin temel hedeflerinden biridir. Literatürde de bizim sonucumuzla uyumlu olarak stoma bakımını kendi yapabilen bireylerin ostomiye ve ostomili yaşama uyumları daha kolay olduğu ve yaşam kalitelerinin arttığı belirtilmektedir^{5,10,13,26}.

Stoma bakımını kendisi yapanların öfke alt boyut puanlarının, yakını yapanlara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu alt boyutta “ostomiye görmekten ve ona dokunmaktan hoşlanmıyorum” ve “stomaya sahip olmanın şokunu atlatamadım” olmak üzere iki madde yer almaktadır. Araştırmamızdaki bu sonuç stoma bakımını kendisi yapanların bu ifadelerde yer alan duygularla daha fazla yüzleştiklerini düşündürmektedir. Literatürde çalışmamızın sonucuna benzer sonuçlara rastlanmamıştır. Ancak, ülkemizde stomalı hastaların evde ilk gün deneyimlerini araştıran fenomenolojik bir çalışmada; erkek bireylerin bakımda yetersizlik kaygısı yaşadıkları, kendilerini eksik hissettikleri, stoma yayı kabulnememe (şok yaşama) sorunlarını yaşadıkları belirtilmiştir³¹. Çalışmamızda hastaların yaşları ile kaygı alt boyut puanları arasında ve ostomiye sahip olma süresi ile öfke alt boyut puanları arasında pozitif yönde; ostomiye sahip olma süresi ile kabul etme alt boyut puanları arasında negatif yönde bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Bu durum bize stoması olan bireylerin stomaya uyumu ve kabullenmenin güç olduğunu göstermektedir. Çalışmamızda yaşla ve stomanın süresi ile birlikte uyumun azalmış olduğu sonucu olmasına rağmen literatürde yaş ve stomanın süresi artıka kabullenmenin ve uyumun daha iyi olduğu belirtilmektedir. Simmons ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (2011) stomaya uyumun yaşla birlikte artış gösterdiği belirtilmektedir²⁶. Simmons ve ark. (2007) arkadaşlarının bir çalışmasında kalıcı stoması olan hastaların psikososyal uyumları artıka yaşam kalitelerinin daha iyi olduğunu belirtmişlerdir¹⁴. Çalışmamızda hastaların çoğunluğuna (%83.2) kanser tanısı nedeniyle ostomi açılması ve ostomi süresinin uzamasına bağlı hastalık bakım yükünün artmasının ve yaşın ilerlemesi ile birlikte fiziksel işlevlerde azalmanın uyumu etkileyen faktörler arasında olabileceği düşünülmektedir.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Çalışmamızda bağırsak stoması olan hastalarımızın yarısından fazlası stoma bakımı, cilt sorunları, gaz çıkışı, ürünlerin temini ve uygulanması konularında sorun yaşamaktadırlar. Stoması olan hastaların Ostomi Uyum Ölçeği puan ortalamaları ve ölçeğin alt boyut puan ortalamaları orta düzeydedir. Ostomi bakımını kendisi yapan hastalarımızı sosyal uyum ve öfke alt boyut puan ortalamasının yakını yapanlara göre daha yüksek bulunmuştur.

Hemşireler stoması olan bireylerde hala peristomal cilt problemlerinin önemli bir sorun olduğunu bilmeli, önlemeye yönelik girişimlerinin gözden geçirmeli ve konuyla ilgili çalışmalar yapmalıdırlar. Ayrıca stoma hemşireleri taburcu olan hastaların stomaya uyumunu belirli aralıklara düzenli olarak izlenmeleri önerilebilir.

Çalışmamızda stoma açılan her hasta stoma hemşiresi tarafından eğitim verilmiş olmasına rağmen hastaların

bazıları hemşireden eğitim almadıklarını belirtmişlerdir. Bu nedenle hastalara verilmesi planlanan eğitimin içeriğinin etkin olması önemli olduğu kadar stomaya uyumu artırmaya yönelik eğitim programları artırılmalıdır. Çünkü stomalı bireylere verilen eğitim programları, bireylerin öz bakım gücünü güçlendirme (stoma bakımı kendileri yapmaları) ve stoma bakımı hakkında bilgi düzeylerini artırma konularında katkı sağlayacaktır. Bu nedenle eğitim programları sosyal uyumu artıracak ve kolaylaştıracak şekilde düzenlenmelidir. Uyumu kolaylaştırmaya katkı sağlamak için ameliyat öncesi dönemde stoma bölgesi stoma ve yara bakım hemşiresi /hekim tarafından hastanın da katılımı sağlanarak hasta için uygun olan bir bölgede stomanın işaretlenmesi önerilebilir.

Bu konuyla ilgilenen araştırmacıların; çalışmalarını örneklem grubunu genişleterek ve uyumu artırmaya yönelik programlar geliştirerek etkinliğini belirlemeye yönelik çalışmalar yapılması önerilebilir.

Etik Kurul Onayı: Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul’undan alınmıştır (Karar tarihi: 27/05/2018; Karar no:15/85).

Çıkar Çatışması: Yoktur.

Finansal Destek: Bildirilmemiştir.

Katılımcı Onamı: Bakım vericilerinden bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

Yazar katkıları:

Araştırma dizaynı: BÇ, AK, ZU, AA

Veri toplama: AA, ÇS

Literatür araştırması: BÇ, AK, ZU

Makale yazımı: BÇ, AK

Teşekkür

Çalışmaya katılan tüm hastalarımıza teşekkür ederiz.

Ethics Committee Approval: Approval was obtain from the Baskent University School of Medicine Clinical Research Ethics Committee (Decision date:27/05/2018 Decision number:15/85)

Conflict of Interest: Not reported.

Funding: None.

Exhibitor Consent: Informed consent was obtained from patients.

Author contributions:

Study design: BÇ, AK, ZU, AA

Data collection: AA, ÇS

Literature search: BÇ, AK, ZU

Drafting manuscript: BÇ, AK

Acknowledgement: We would like to thank all patients who participated to the study.

KAYNAKLAR

1. Ferlay J, Steliarova-Foucher E, Lortet-Tieulent J, Rosso S, Coebergh JW, ComberH, et al. Cancer incidence and mortality patterns in Europe: Estimates for 40 countries in 2012. *Eur J Cancer Care*. 2013;49(6):1374-403.
2. Butler DL. Early postoperative complications following ostomy surgery. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2009;36(5):513-519.

3. Sencan I, Keskinliç B. Türkiye Kanser İstatistikleri. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, (TÜİK). [İnternet]. 2017. [Erişim Tarihi: 25 Haziran 2019].Erişim adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-istatistikleri>.
4. Gautam S, Poudel, A. Effect of gender on psychosocial adjustment of colorectal cancer survivors with ostomy. J Gastrointest Oncol. 2016;7(6):938–45.
5. Karabulut HK, Dinç L, Karadağ A. Effects of planned group interactions on the social adaptation of individuals with an intestinal stoma: a quantitative study. J Clin Nurs. 2014;23(19-20):2800-13.
6. Yucel AF, Pergel A, Aydın I, Sahin DA. A rare stoma-related complication: parastomal evisceration. Indian J Surg. 2014;76:154-5.
7. McKenna LS, Taggart E, Stoelting J, Kirkbride G, Forbes GB. The impact of preoperative stoma marking on health-related quality of life: A comparison cohort study. J Wound Ostomy Continence Nurs. 2016;43(1):57-61.
8. Andersson G, Engström A, Söderberg SA. Chance to Live: Women's experiences of living with a colostomy after rectal cancer surgery. Int J Nurs Pract. 2010;16:603–8.
9. Taylan S, Akil Y, Cihan R, Arslan S. Ostomi torbası deneyiminin hemşirelerin farkındalıkları üzerine etkisi. International Journal of Human Sciences. 2017;14(3):2209-2218.
10. Karaveli S, Özbayır T, Karacabay K. Kolorektal kanser ameliyatı geçiren hastaların ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası dönemde yaşadıkları deneyimlerin incelenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2014;17: 90-96
11. Sütsünbuloğlu E. Stoması olan bireylerin cinsel doyum ve fonksiyonlarının değerlendirilmesi. [Yüksek Lisans Tezi]. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi; 2016.
12. Wu HK-M, Chau JP-C, Twinn S. Self- efficacy and quality of life among ostomy patients in Hong Kong. Cancer Nurs. 2007;30(3):186-93.
13. Simmons KL, Smith JA, Maekawa A. Development and Psychometric Evaluation of the Ostomy Adjustment Inventory-23. J Wound Ostomy Continence Nurs. 2009;36(1):69-76.
14. Karadağ A, Baykara GZ, Korkut H, Çelik B. Ostomili bireylere yönelik uyum ölçeğinin Türkçeye uyarlanması. Ulus Cerrahi Derg. 2011;27(4):206-11.
15. Notter J, Chalmers F. Living with A Colostomy: A Pilot Study. Gastroenterol Nurs.2013;10(6):18-24.
16. Perez-Merino R. Improving Colorectal Cancer Patients' Quality of Life After Ostomy Formation. Gastroenterol Nurs 2014;12(9):42-7.
17. Yıldız T. Bir Henoch-Schönlein Purpurası Komplikasyonu Stoma. Adnan Menderes Üniversitesi Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2011;12(1):37-40.
18. Karabulut M, Gönenç M, Kalaycı UM, Baş K, Köneş O, Kocataş A. Alt gastrointestinal cerrahide-stoma tercihi ne olmalı. J Kartal TR. 2012;23(1):6-10.
19. Özaydın İ, Taşkın AK, İskender A. Ostomi ile ilgili komplikasyonların retrospektif analizi. JCEI. 2013;4(1):63-66.
20. Karabulut HK, Dinç L, Karadağ A. Effects of planned group interactions on the social adaptation of individuals with an intestinal stoma: A quantitative study. J Clin Nurs. 2014;23(19-20):2800-13.
21. Çelik SS, Tuna Z, Yıldırım M. The experience of urostomies who do not have access to pre-operative and post-operative ostomy care nursing intervention. Int J Urol Nurs. 2014;9:101-107.
22. Verweij NM, Hamaker ME, Zimmerman E, Van Lonn YT, Van Den F, Pronk A, et al. The impact of an ostomy on older colorectal cancer patients: A cross-sectional survey. Int J Colorectal Dis. 2016;16:2665-2668.
23. Duruk N, Uçar H. Staff nurses' knowledge and perceived responsibilities for delivering care to patients with intestinal ostomies. J Wound Ostomy Continence Nurs. 2013;40(6):618-622.
24. Mahjoubi B, Moghimi A, Mirzaei R, Bijari A. Evaluation of the end colostomy complications and the risk factors influencing them in Iranian patients. Colorectal Disease. 2005;7(6):582-587
25. Simmons KL, Maekawa A, Smith JA. Culture and psychosocial function in British and Japanese people with an ostomy. J Wound Ostomy Continence Nurs. 2011;38(4):421-427.
26. Karadağ A, Karabulut H, Baykara ZG, Harputlu D, Toyluk E, Ulusoy B et al. Prospective, multicentered study to assess social adjustment in patients with an intestinal ostomy in Turkey. Ostomy Wound Manage. 2015;61(10):1943-2720.
27. Riemenschneider, K. Uncertainty and Adaptation Among Adults Living with Incontinent Ostomies. 2015 ;42(4):361-367.
28. Ito N, Tanaka M, Kazuma K. Health-related quality of life among persons living in Japan with a permanent colostomy. J Wound Ostomy Continence Nurs.2005;32(3):178-83.
29. Altschuler A, Ramirez M, Grant M, Wendel C, Hornbrook MC, Herrinton L, et al. The influence of husbands' or male partners' support on women's psychosocial adjustment to having an ostomy resulting from colorectal cancer. J Wound Ostomy Continence Nurs. 2009;36(3):299–305.
30. Kara F, Aslan Eti F. Stomalı bireylerin evde ilk gün deneyimlerinin incelenmesi, Turk J Colorectal Dis.2017;27:117-124.

Araştırma makalesi

Research article

Yaşlılarda Farmakolojik Olmayan Uygulamalar ve Etkisinin İncelenmesine Yönelik Türkiye'deki Mevcut Tezlerin Değerlendirilmesi

Kamuran ÖZDİL¹, Gamze MUZ², Gülhan KÜÇÜK ÖZTÜRK³

ÖZ

Amaç: Bu çalışma, yaşlılarda kullanılan farmakolojik olmayan uygulamalar ve bu uygulamaların hangi semptomlar üzerinde kullanıldığını belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma tanımlayıcı tipte yapılmıştır. Veri toplama aşamasında; Yükseköğretim Kurulu Ulusal Tez Merkezi Veri Tabanı'na "geriatri", "müzik", "refleksoloji", "akupres", "masaj", "aromaterapi" "tamamlayıcı", "alternatif tedaviler" anahtar kelimeleri yazılarak belirlenen tezler araştırma kapsamına alınmıştır. Türkiye'de yaşlılarda farmakolojik olmayan uygulamalara ve uygulanan semptomların etkisine yönelik toplam 33 teze ulaşılmıştır. Yedi tezin tam metnine ulaşılamadığı için kapsam dışı bırakılmış ve toplam 26 tez değerlendirilmiştir.

Bulgular: Bu çalışmada incelenen tezlerin çoğunluğu hemşirelik alanında yürütülmüştür. Farmakolojik olmayan yöntemler ile ilgili tezlerin; %53.8'i doktora, %46.2'si yüksek lisans tezidir. Farmakolojik olmayan uygulamaların yaşlılarda; anksiyete, uyku ve yaşam kalitesi, ağrı, yalnızlık, yorgunluk, depresyon ve konstipasyon üzerine olumlu etkisinin olduğu belirlenmiştir.

Sonuç: Yaşlılara uygulanan farmakolojik olmayan yöntemlerin birçok semptomun yönetiminde etkili olduğu görülmektedir. Sonuç olarak, alana daha fazla kanıt sağlayacak multidisipliner ve randomize kontrollü çalışmaların yapılması önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: Bütüncül sağlık, hemşirelik, tamamlayıcı tıp, tezler, yaşlı.

ABSTRACT

An Evaluation of Dissertations/Theses in Turkey on Non-Pharmacological Practices and Effects in the Elderly

Aim: This study was conducted to determine the non-pharmacological practices used in the elderly and on which symptoms these practices were used.

Material and Methods: This research was carried out as a descriptive study. During data collection; theses determined by using keywords "geriatrics", "music", "reflexology", "acupressure", "massage", "aromatherapy" "complementary", "alternative treatments" on the National Thesis Center of the Higher Education Institution database were included in the study. In Turkey, a total of 33 theses on non-pharmacological practices and effects of symptoms in the elderly were reached. The full text of seven theses could not be reached and was excluded. A total of 26 theses were evaluated in the study. Since the full text of the seven theses could not be reached, it was excluded and a total of 26 theses were evaluated.

Results: Most of the theses examined in this study were conducted in the field of nursing. 53.8% of the non-pharmacological theses were PhD theses and 46.2% of them were master's theses. It was determined that non-pharmacological practices had positive effects on anxiety, sleep and quality of life, pain, loneliness, fatigue, depression and constipation in the elderly.

Conclusion: Non-pharmacological practices applied to the elderly seem to be effective in management of many symptoms. In conclusion, multidisciplinary and randomized controlled trials are recommended to provide more evidence to the field.

Keywords: Complementary medicine, elderly, holistic health, nursing, theses.

¹Öğr.Gör.Dr., Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Nevşehir, Türkiye, E-mail: kamuranozdil2008@gmail.com, Tel: 0384 228 10 00, ORCID: 0000-0003-0852-7854

²Dr.Öğr.Üyesi, Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Semra ve Vefa Küçük Sağlık Bilimleri Fakültesi, Nevşehir, Türkiye, E-mail: gamzeucakan@gmail.com, Tel: 0384 215 23 80 / 23027, ORCID: 0000-0002-1452-9250

³Araş.Gör., Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Semra ve Vefa Küçük Sağlık Bilimleri Fakültesi, Nevşehir, Türkiye, E-mail: glhnck@hotmail.com, Tel: 0384 215 23 80/23024, ORCID: 0000-0002-9220-6051

Geliş Tarihi: 23 Ağustos 2019, Kabul Tarihi: 14 Mayıs 2020

*Bu çalışma, 22-23 Mart 2017 tarihinde İzmir'de gerçekleştirilen 1. Uluslararası 10. Ulusal İzmir İleri Yaş Sempozyumu'nda poster bildiri olarak sunulmuştur.

Atf/Citation: Özgül K, Muz G, Küçük Öztürk G. Yaşlılarda Farmakolojik Olmayan Uygulamalar ve Etkisinin İncelenmesine Yönelik Türkiye'deki Mevcut Tezlerin Değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2020; 7(3): 196-205. DOI: 10.31125/hunhemsire.834007

GİRİŞ

Hastalıkların tedavisinde farmakolojik olmayan yöntemler antik çağdan günümüze kadar insanoğlu tarafından kullanılmıştır. Toplumların kültürel yapısının ise bu yöntemleri kullanmada önemli bir bileşen olduğu belirtilmektedir¹. Dünya Sağlık Örgütü 170 üye devletin %88'inin geleneksel ve tamamlayıcı yöntem (TAT) kullandığını bildirmiştir². Birçok farklı kültürü içinde barındıran Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde tamamlayıcı uygulamaların yaygın olduğu bildirilmiştir³. Çok geniş bir coğrafyadan etkilenen Türk kültüründe de hasta bakımında geleneksel uygulamalar bölgeler arası farklılık göstererek kullanıldığı belirtilmektedir⁴. Gök ve arkadaşlarının bildirdiğine göre Türkiye'de de TAT kullanımının arttığı ve bu oranın %22 ile %98.3 arasında değişim gösterdiği belirtilmektedir⁵. Son yıllarda yaşam süresinin artmasına bağlı olarak yaşlı nüfus sayısı da artmıştır. Bunun sonucu olarak birden fazla kronik hastalığa sahip olma, çoklu ilaç kullanımı, tedaviden istenilen düzeyde etki görememe, sağlık personelinin her hastaya yeterli vakit ayıramaması gibi nedenlerden dolayı TAT kullanımının da giderek arttığı bildirilmektedir⁶⁻⁸. Literatür incelendiğinde özellikle yaşlı bireylerde TAT kullanım oranlarının %54 ile %98 arasında değişim göstermektedir⁹⁻¹². Geleneksel tıbbın yaygın olarak kullanıldığı Çin'de yaşlılarda osteoartritde ağrı ile baş edebilmek için geleneksel yöntemlerin yüksek oranlarda kullanıldığı belirtilmektedir¹³.

Literatürde farmakolojik olmayan yöntemler arasında müzik terapisi, hipnoz, masaj, refleksoloji, aroma terapi, reiki, bitkisel ürünler gibi yöntemler belirtilmektedir¹⁴. Bu yöntemlerin yaşlı nüfusta önemli oranlarda tıbbi tedaviyle ya da tıbbi tedaviden bağımsız bir şekilde kullanıldığı belirtilmektedir. Farmakolojik olmayan yöntemler birçok yönden yararlı olmalarına rağmen gençlerle karşılaştırıldığında yaşlılarda ilaç-ilaç, ilaç besin etkileşimleri gibi bir dizi soruna neden olabilmekte ve bu aşamada yaşlıların bilgi gereksinimlerinin önemli olduğu vurgulanmaktadır^{15,16}. Yaşlılara bütüncül bakım sunulabilmesinde ve bu yöntemlerin bilinçsizce kullanımının önlenmesinde sağlık profesyonellerinin ve özellikle hemşirelerin önemli görevleri bulunmaktadır. Hemşireler bu uygulamaların yaşlılar üzerindeki duygusal ve psikolojik etkilerini göz ardı etmemelidir. Yaşlıların farmakolojik olmayan uygulamalar konusundaki bilgilerini artırmalı, yaşlılarla güvenli ve açık iletişim kurarak bütüncül bakım sunmalıdır¹⁷. Dünyada ve Türkiye'de yaşlılara yönelik yapılan farmakolojik olmayan uygulamalara ilişkin çalışmaların oldukça fazla olduğu söylenebilir^{3,12,13}. Konu ile ilgili bilimsel çalışmalara ait mevcut durumun ortaya konmasının gelecekte yapılacak araştırmalardaki önceliklerin belirlenmesi için literatüre aynı zamanda hemşirelik bakım uygulamalarına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Araştırmanın Amacı

Türkiye'de yaşlılara yönelik yapılan farmakolojik olmayan uygulamalar ve bu uygulamaların semptomlara etkilerinin incelenmesine ilişkin mevcut tezlerin incelenmesidir.

GEREÇ ve YÖNTEM

Araştırmanın Türü

Bu araştırma yaşlılara yönelik yapılan farmakolojik olmayan uygulamalara ilişkin literatür incelenerek derleme niteliğinde hazırlanmıştır.

Verilerin Toplanması

Araştırmaya Dahil Edilme Ölçütleri

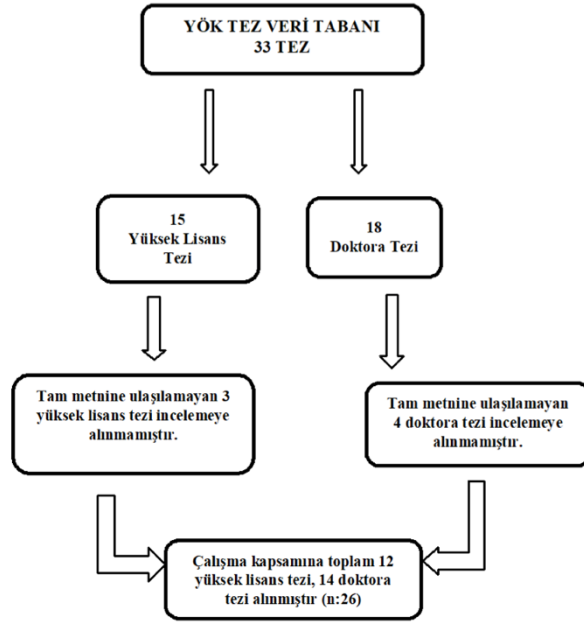
Türkiye'de, yaşlılara yönelik yapılan farmakolojik olmayan uygulamalar ve bu uygulamaların etkilerinin incelenmesine yönelik, yarı deneysel ve deneysel, Yüksek Öğrenim Kurumu (YÖK) Ulusal Tez Merkezi veri tabanında tam metnine ulaşılabilen tezler incelemeye dâhil edilmiştir. Tarama yapılırken yıl sınırlaması yapılmamıştır.

Araştırmaya Dahil Edilmeme Ölçütleri

Taramanın yapıldığı tarihte (Eylül - Ekim 2018) YÖK Ulusal Tez Merkezi veri tabanından tam metnine ulaşılamayan tezler incelemeye dâhil edilmemiştir.

Veri Kaynakları ve Taramalar/Tarama Stratejisi

Türkiye'de yaşlılara yönelik yapılan farmakolojik olmayan uygulamalar ve uygulamaların semptomlara etkilerine yönelik mevcut tezlere ulaşmak için YÖK Ulusal Tez Merkezi veri tabanı taranmıştır. Taramalar, Eylül - Ekim 2018 tarihleri arasında; *“geriatri, terapi, müzik terapisi, müzikoterapi, refleksoloji, akupres, masaj, aromaterapi, tamamlayıcı tedaviler, alternatif tedaviler, tamamlayıcı ve alternatif tedaviler”, ışık tedavisi, uğraşı aktivitesi, anımsama terapisi* anahtar sözcükleri kullanılarak online yapılmıştır. Anahtar sözcüklerin belirlenmesinde ABD Ulusal Tamamlayıcı ve Bütünleştirici Sağlık Merkezi (National Center on Complementary and Integrative Health-NCCIH) Tamamlayıcı Alternatif Tedaviler (TAT) uygulamaları sınıflandırılması referans alınmıştır (NCCIH)¹⁸. Yapılan inceleme sonucunda Türkiye'de yaşlılara yönelik yapılan farmakolojik olmayan uygulamalar ve uygulamaların semptomlara etkisine yönelik toplam 33 teze ulaşılmıştır. Çalışmaların 15'i yüksek lisans tez çalışması olup, 18'i doktora tez çalışmasıdır. Yüksek lisans/doktora tez çalışmalarından 7 tezin tam metnine ulaşılamadığı için kapsam dışı bırakılmış olup toplam 26 tez (n: Yüksek Lisans:12, Doktora:14) değerlendirilmiştir (Şekil 1).



Şekil 1. Veri Tarama Akış Şeması

Veri Toplama Araçları

Çalışmaya alınan araştırmalar konu, kapsam ve yaşlılara yönelik uygulamaların şekli açısından değerlendirilmiştir. Verilerin toplanmasında, araştırmacılar tarafından literatür incelenerek geliştirilen 11 sorudan oluşan veri özeti formu kullanılmıştır^{19,20}. İnceleme listesinde tezin yapıldığı anabilim dalı, tezin türü, tezin yılı, çalışılan bireyin cinsiyeti, çalışılan bireyin özelliği (sağlıklı / hasta birey ya da hastalık türü), çalışmanın türü, çalışmanın amacı, kullanılan farmakolojik olmayan yöntem, incelenen semptomlar, kullanılan ölçekler ve kullanılan yöntemin etkisi (olumlu/olumsuz) yer almaktadır.

Verilerin Analizi

Verilerin değerlendirilmesi üç ay sürmüştür, bir tezin incelenmesi ise araştırmacının ortalama 60 dakikasını almıştır. Verilerin analizinde, tezler değerlendirme listesindeki 11 soruya göre araştırmacılar tarafından incelenmiştir. Yapılan inceleme sonucunda toplam 26 teze ait bulgular 11 soru kapsamında sayı ve yüzde verilerle sunulmuştur.

Araştırmanın Etik Boyutu

Bu çalışmada, Yüksek Öğretim Kurumu ulusal tez merkezinde erişim izni olan 33 tez kullanılmış, erişim izni olmayan 7 tezin tam metnine ulaşılamadığı için çalışmaya dahil edilmemiş ve toplam 26 tez değerlendirilmiştir. Bu doğrultuda etik kurul izni alınmasına gerek duyulmamıştır.

BULGULAR

Çalışmada incelenen tezlerin yarısından fazlası (n=19) hemşirelik alanında yürütülmüştür. Tezlerin; %26.9'u iç hastalıkları hemşireliği, %19.2'si hemşirelik esasları, %11.5'i hemşirelik ana bilim dalı, %7.7'si halk sağlığı hemşireliği, %3.8'i psikiyatri hemşireliği, %3.8'i cerrahi hastalıkları hemşireliği alanında yürütülmüştür. Diğer alanlarda

yürütülen tezler (n=7) ise; halk sağlığı ana bilim dalı, Türk musikisi ana sanat dalı, radyo televizyon sinema ana bilim dalı, klinik psikoloji ana bilim dalı, psikoloji ana bilim dalı, iş ve uğraşı tedavisi programı, geriatrik fizyoterapi alanlarında yürütülmüştür (Tablo 1).

Tablo 1. Yaşlılarda Farmakolojik Olmayan Uygulamalara Yönelik Türkiye'deki Mevcut Tezlerin Özellikleri (n=26)

	n	%
Tezin Türü		
Doktora	14	53.8
Yüksek Lisans Tezi	12	46.2
Tezin Yapıldığı Anabilim dalı (ABD)		
Hemşirelik ABD	3	11.5
Hemşirelik Esasları ABD	5	19.2
İç Hastalıkları Hemşireliği ABD	7	26.9
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği ABD	1	3.8
Psikiyatri Hemşireliği ABD	1	3.8
Halk Sağlığı Hemşireliği ABD	2	7.7
Halk Sağlığı ABD	1	3.8
Türk Musikisi Ana Sanat Dalı	1	3.8
Radyo Televizyon Sinema Anabilim Dalı	1	3.8
Klinik Psikoloji ABD	1	3.8
Psikoloji ABD	1	3.8
İş ve Uğraşı Tedavisi Programı	1	3.8
Geriatrik Fizyoterapi	1	3.8
Araştırmanın deseni		
DeneySEL	18	69.2
Yarı DeneySEL	8	30.8
Örneklem Grubunun Yaşadığı Yer Özellikleri		
Sürekli Kurumsal Bakım Hizmeti alan*	22	84.6
Hastanede Tedavi gören**	4	15.4
Toplam	26	100.0

*Kurumsal Bakım: huzurevi, bakımevi, dinlenme evi, huzurevi ve rehabilitasyon merkezi

İncelenen tezlerin %53.8'inin doktora, %46.2'sinin yüksek lisans tezi olduğu ve %69.2'sinde deneysel, %30.8'inde yarı deneysel araştırma yöntemi kullanıldığı saptanmıştır. Örneklem grubunun özellikleri incelendiğinde ise; %84.6'sının sürekli kurumsal bakım hizmeti alan yaşlılardan oluşturduğu görülmektedir.

İncelenen tezlerin örneklem grubunun; hastalık/semptomlara göre özellikleri arasında konstipasyon tanısı alan, uyku sorunu yaşayan, Alzheimer tanısı alan, Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOA) tanısı alan, kanser tanısı alan, diz osteoartriti tanısı alan, katarakt ameliyatı geçiren ve sağlıklı bireylerden olduğu saptanmıştır (Tablo 2).

Çalışma kapsamında incelenen tezlerde yaşlılarda farklı semptomlara yönelik kullanılan farmakolojik olmayan uygulamalar incelenmiştir²¹⁻⁴⁶. İncelenen tezlerde en fazla ele alınan (n=5) sorunlardan birinin konstipasyon olduğu ve

Tablo 2. Yaşlılarda Farmakolojik Olmayan Uygulamalara Yönelik Türkiye'deki Mevcut Tezlerin Özellikleri (n=26)

Tezin Türü/Yazar/yıl	Örneklemin özelliği/tanısı	Araştırma Deseni	Örneklem sayısı	İncelenen semptom(lar)	Kullanılan farmakolojik olmayan yöntem ve süresi	Uygulamanın etkisi
Doktora Çevik 2013	Konstipasyon tanısı olan yaşlı bireyler	Deneyssel	25 yaşlı birey	Konstipasyon	Her ayağa 15 dakika olmak üzere toplam 30 dakika ve haftada iki seans olmak üzere toplam sekiz seans refleksoloji uygulanmıştır.	Refleksolojinin dışkılama sayısı ve dışkı miktarını arttırdığı, dışkı kıvamını, dışkılama sırasında ıkınma ve dışkılama sonrası tam boşalamama hissini azalttığı saptanmıştır.
Doktora Gürol Arslan 2008	Konstipasyon tanısı olan yaşlı bireyler	Klinik deneyssel	35 yaşlı birey	Konstipasyon	Castor yağı ile karın bölgesine günde bir kez (60 dk) olmak üzere 3 gün kompres yapılmıştır.	CYK'nin dışkılama sayısı ve dışkı miktarını etkilemeksizin yaşlıların konstipasyon belirtilerinden dışkı kıvamını azalttığı, dışkılama sırasında ıkınma ve dışkılama sonrası tam boşalamama hissini azalttığı saptanmıştır.
Yüksek Lisans Baran 2015	Konstipasyon tanısı olan yaşlı bireyler	Randomize kontrollü deneyssel	60 gönüllü yaşlı birey(30 deney grubu 30 kontrol grubu)	Konstipasyon	Dört hafta boyunca her gün 15 dk'lık abdominal masaj (bebek yağı ile) uygulanmıştır	Abdominal masajın yaşlıların büyük bir kısmında etkili bir tedavi yöntemi olduğu, herhangi bir yan etkisinin olmadığı saptanmıştır.
Doktora Lafçı 2014	Konstipasyon tanısı olan yaşlı bireyler	Girişim-kontrol deseninde yarı deneyssel	48 yaşlı birey	Konstipasyon	Aroma masajı (zencefil, nane, biberiye, karabiber, tatlı badem), 3 hafta boyunca haftada 5 gün sabah 15 dakika süreyle uygulanmıştır.	Aroma masajı uygulamasının, yaşlıların dışkılama sayısı, dışkı miktarı ve dışkı kıvamını arttırdığı, dışkılama sırasında ıkınma ve dışkılama sonrası tam boşalamama hissini azalttığı saptanmıştır.
Doktora Olgun 2015	Konstipasyon tanısı olan yaşlı bireyler	Randomize kontrollü çalışma	60 yaşlı birey(30 masaj, 30 kontrol grubu)	Konstipasyon ve Yaşam Kalitesi	Haftada 5 gün ve 10 dakika olmak üzere toplam 2 hafta abdominal masaj uygulanmıştır	Abdominal masajın, konstipasyon semptomlarının bazılarında ve yaşam kalitesi üzerinde etkili olduğu belirlenmiştir.
Yüksek Lisans Altan 2011	Bellek sorunu ve ağır işitme kusuru (sağlıklı olmayan, soruları bağımsız yanıtlayabilen, müzik dinletilen süreçte daha önce kullanılan ilaçların dozunda değişiklik yapılmayan yaşlı bireyler	Kontrol grupsuz öntest sontest deneyssel yarı deneyssel	31 yaşlı birey	Uyku Sorunları ve Kalitesi	21 gün boyunca her akşamüstü 20:00 ve 21:00 saatleri arasında yaşlıların bir arada buldukları salona duyabilecekleri düzeyde uşşak makamı müziği yayını yapılmıştır.	Yaşlılarda akşam yatmadan önce uygulanan pasif müzikoterapinin uyku kalitesi üzerine olumlu etkileri olduğu saptanmıştır.
Doktora Gökalp 2015	Kemoterapi tedavisi alan, hastalığın II. ve III. evresinde olan ve hematolojik kanser tanılı yaşlı bireyler	Ön test/son test kontrollü yarı deneyssel	60 hematolojik kanser hastası (30 kontrol ve 30 deney grubu)	Uyku Sorunları ve Kalitesi	Hastalara 7 gün boyunca her gün gece 20-23 saatleri arasında müzik terapi yapılmıştır. (Hicaz, Hüseyini ve Neva makamında müzikler mp3 çalar, kulaklık ile)	Müzik terapinin hastaların uyku kalitelerini arttırıp, anksiyete düzeyini azalttığı saptanmıştır.
Doktora Akyar 2010	Depresyon, Parkinson ve Uyku kalitesini etkileyecek hastalığı olmayan yaşlı bireyler	Müdahale Araştırması Deneyssel	24 yaşlı birey	Uyku Sorunları ve Kalitesi	Yaşlı bireylere 30 gün boyunca her sabah 08.30-11.30 saatleri arasında 30 dk 10.000 lux şiddetinde ışık tedavisi yapılmıştır.	Işık tedavisinin sonunda ve 1 ay sonrasında uyku kalitesinin artmasını sağladığı saptanmıştır.
Yüksek Lisans Düzgün 2012	Yaşlı birey	Deneyssel	61 yaşlı birey (31 kontrol ve 30 deney grubu)	Uyku Sorunları ve Kalitesi	Yaşlılar 5 gün boyunca saat 8 ile 10 saatleri arasında (doğal güneş ışığı) alabilecekleri bahçe ortamında çıkarılmıştır	Yaşlılarda doğrudan güneş ışığı almanın uyku kalitesi üzerinde olumlu etkisi olduğu saptanmıştır.

Tablo 2. Yaşlılarda Farmakolojik Olmayan Uygulamalara Yönelik Türkiye'deki Mevcut Tezlerin Özellikleri (n=26) (devamı)

Tezin Türü/Yazar/yıl	Örneklemin özelliği/tanısı	Araştırma Deseni	Örneklem sayısı	İncelenen semptom(lar)	Kullanılan farmakolojik olmayan yöntem ve süresi	Uygulamanın etkisi
Yüksek Lisans Yaman 2011	PUKİ puanı 5'in üzerinde olan, uyku kalitesi "kötü" kabul edilen yaşlı bireyler	Ön test-son test deneme modeli yarı deneysel	68 yaşlı birey (34 masaj, 34 aromaterapi grubu)	Uyku Sorunları ve Kalitesi	Yaşlılara, yatma saatinden 30 dakika önce ve 3 gün süreyle, gürültüden uzak, ısısı 23-25°C'ye ayarlanmış odada sırt masajı yapılmıştır.	Sırt masajının yaşlıların uyku kalitesini yükselttiği ancak aromaterapi sırt masajının yaşlıların uykusu üzerinde daha etkili olduğu saptanmıştır.
Yüksek Lisans Horuz 2014	KOAH tanısı almış bireyler	Deneysel	96 birey (32 klasik batı, 32 Türk Müzik, 32 kontrol grubu)	Kan Basıncı, Solunum, Nabız, oksijen Saturasyonu	MP3 çalar ile sabah saatlerinde 1' er saat olmak üzere 15 gün uygulanmıştır.	Terapi sonucunda deney grubunda kan basıncının azaldığı, nabız ve solunum hızında fark olmadığı saptanmıştır.
Yüksek Lisans Şahin Karadeniz 2017	Demans - alzheimer tanısı almış yaşlı bireyler	Deneysel	Alzheimer tanısı olan 15 deney 15 kontrol Huzurevinde	Anksiyete ve Ajitasyon	16 hafta boyunca haftada bir kez 45 dakikalık müzik terapisi uygulanmıştır.	Terapinin zihinsel, psikolojik, ajitasyon ve anksiyeteyi azaltmada ve dengeli hale getirmede olumlu etkisi olduğu saptanmıştır.
Yüksek Lisans Yaşar 2014	Yaşlı birey	Randomize kontrollü deneysel	56 yaşlı birey (28 deney, 28 kontrol grubu)	Konfor ve Anksiyete	Kulaklık ile 21 gün boyunca 20-22 saatleri arasında 30 dk boyunca müzik dinletilmiştir.	Müziğin huzurevinde yaşayan yaşlılarda anksiyeteyi azaltırken, konfor düzeyini arttırdığı saptanmıştır
Yüksek Lisans Kurt 2014	Sözel iletişim kurabilen, tanısı konmuş psikiyatrik bir rahatsızlığı ve Demans, Alzheimer gibi bir hastalığı olmayan	Deneysel	38 yaşlı birey (19 deney, 19 kontrol grubu)	Yalnızlık	Etkinlik odasında toplu halde, oturma pozisyonunda 10 gün boyunca sabah ve akşam üzeri olmak üzere toplam 20 kez 30'ar dakika süre ile çıplak kulakla Rast makamındaki sözsüz müzik dinletilmiştir.	Müzik terapinin yalnızlık hissini azaltma üzerine olumlu etkisi olduğu saptanmıştır.
Doktora Clark 2014	Türkiye ve ABD'de farklı huzurevlerinde yaşayan yaşlı bireyler	Yarı deneysel	120 yaşlı birey (60 birey Türkiye, 60 birey ABD)	Kullanılan farklı müzik terapi yöntemlerinin etkinliği ve müzik açısından işlerliği	Enstrüman çalma, müzikle canlanan anıları resm etme, müzikle canlandırma akt. olmak üzere ort.15 dk üç farklı yöntem uygulanmıştır.	Müzik aktiviteleri sırasında yaşlıların mutlu ve istekli olduğu, ancak cinsellik konusunda kültürel farklılıklardan dolayı ABD'de eşit katılım gözlemlenirken Türkiye'de kadınların daha çekingen olduğu saptanmıştır
Yüksek Lisans Kaşlı 2018	Toplumda yaşayan, yardımcı cihaz kullanmadan yürüyebilen yaşlı bireyler	Önce-sonra ölçümlü randomize kontrollü Deneysel	52 yaşlı birey (26 deney, 26 kontrol grubu)	Ekleme açıklığı	Fizyoterapist tarafından 60 saniye boyunca, 15 saniye dinlenme araları ile gastrocnemius kasına 3 kez tekrarlanarak uygulanmıştır	Uygulamanın yaşlı bireylerde eklem hareketi değişimlerinde artışa neden olduğu ve bu etkinin 20 dakikaya kadar sürdüğü saptanmıştır.
Doktora Pehlivan 2015	Diz osteoartriti olan yaşlı bireyler	Randomize ön test-son test kontrollü Deneysel	90 yaşlı birey (30 aromaterapi masajı,30 plasebo masaj, 30 kontrol grubu)	Ağrı, fonksiyonel durum ve yaşam kalitesi	Üç haftalık sürede haftada 2 olmak üzere toplam 6 seans aromaterapi masajı uygulanmıştır.	Aromaterapinin ağrı, fonksiyonel durum ve yaşam kalitesi üzerine olumlu etkisinin olduğu saptanmıştır.
Yüksek Lisans Birer 2015	Katarakt ameliyatı yapılmak için hastane yatışı yapılan hastalar	Randomize kontrollü girişim çalışması Deneysel	114 birey (57 deney, 57 kontrol grubu)	Anksiyete ve hasta memnuniyeti (katarakt ameliyatı sırasında yaşanan)	Girişim grubundaki hastalara ameliyat esnasında 15dk süre ile terapötik dokunma uygulanmıştır	Terapötik dokunmanın hastaların anksiyetesini düşürdüğü, vital bulguları olumlu yönde etkilediği ve hasta memnuniyetini arttırdığı saptanmıştır.
Doktora Kuru 2016	Yatağa bağımlı olmayan ve günlük yaşam aktv. yerine getirebilen yaşlı bireyler	Ön test-son test kontrol gruplu yarı deneysel	65 yaşlı birey (32 deney, 32 kontrol grubu)	Yaşam Kalitesi	Haftada 2 gün toplamda 21 oturum olmak üzere gülme terapisi uygulanmıştır.	Gülme terapisinin yaşam kalitesi puanlarını anlamlı düzeyde artırdığı saptanmıştır.

Tablo 2. Yaşlılarda Farmakolojik Olmayan Uygulamalara Yönelik Türkiye'deki Mevcut Tezlerin Özellikleri (n=26) (devamı)

Tezin Türü/Yazar/yıl	Örneklemin özelliği/tanısı	Araştırma Deseni	Örneklem sayısı	İncelenen semptom(lar)	Kullanılan farmakolojik olmayan yöntem ve süresi	Uygulamanın etkisi
Doktora Ercan Şahin 2015	İletişim kurabilen, işitme sorunu olmayan, demansı ve psikiyatrik sorunu olmayan yaşlı bireyler	Tek grupta ön ve son test desenli yarı deneysel	32 yaşlı birey	Yaşam Kalitesi	Gruplara ayrılan yaşlılara 45-60 dk süreyle toplam 12 oturumluk çocukluk, arkadaşlık, evlilik vb. konularda anımsama terapisi uygulanmıştır.	Anımsama terapisi uygulaması sonrası yaşam kalitesi ölçeği alt alan ve genel skor puanlarının, ön test puanlarına göre düştüğü saptanmıştır.
Doktora Duru Aşiret 2014	Mini Mental Test sonuçları 24'ün üzeri ve 10'un altında olan yaşlı bireyler	Deneysel	62 yaşlı birey (31 deney, 31 kontrol grubu)	Bilişsel durum, Depresyon ve Günlük Yaşam Faaliyetleri	Terapi uygulaması, 4-5 kişilik gruplarla, haftada bir gün ve 30-45 dakika süre 12 hafta yapılmıştır	Girişimin bireylerin, günlük yaşam aktiviteleri üzerine bir etkisinin olmadığı, ancak iletişim, işbirliği, sosyalleşme ve huzursuzlukları üzerine olumlu etkisinin olduğu saptanmıştır.
Doktora Erdoğan 2013	Geriatrik Depresyon Ölçeği'nden 14 ve üstünde, Mini Mental Testten 21 ve üstünde pn alan; kronik ağrıya sahip olan bireyler	Randomize kontrollü, çift körlü ve deneysel	90 yaşlı birey (30 deney, 30 yalancı reiki ve 30 kontrol grubu)	Ağrı, Yaşam Kalitesi ve depresyon	Sekiz hafta boyunca haftada bir kez, 45 dk -1 saat arasında reiki uygulanmıştır.	Girişimin yaşlı bireylerin, yalancı reiki ve kontrol grubuna göre ağrı ve depresyon puanlarında anlamlı azalma, yaşam kalitesi puanlarında ise artma olduğu saptanmıştır.
Doktora Özdemir 2007	Hafif Alzheimer hastası yaşlı bireyler	Yarı deneysel	27 yaşlı birey	Depresyon ve anksiyete kognitif durumu,	Haftada 4 gün olmak üzere Müzik terapisi, nesne-canlı resmi boyama ve kişi-yer-zaman yöntemleri kullanılmıştır.	Girişimin kognitif durum, depresyon ve anksiyete üzerine olumlu etkisinin olduğu, bu etkinin müdahale bittikten 3 hafta sonra azalma eğilimi ile devam ettiği saptanmıştır.
Yüksek Lisans Turan 2015	Demans, Alzheimer ve herhangi bir ağır kronik rahatsızlığı olmayan	Deneysel	22 yaşlı birey (11 deney, 11 kontrol grubu)	Depresyon ve Anksiyete	5 haftalık süreyle toplam 10 gün yemek terapisi uygulanmıştır.	Terapi programının hem depresyon, hem de anksiyete düzeylerini düşürmede etkili olduğu saptanmıştır.
Yüksek Lisans Uzakgören 2015	Standardize Mini Mental Test sonucundan 24 puan ve üstü alan ve eğitim seviyeleri benzer bireyler	Ön-test/ son test, Kontrol ve deney gruplu Deneysel	133 yaşlı birey (66 kişinin deney, 67 kişi kontrol grubu)	Bellek performansı, Benlik saygısı, Yaşam Kalitesi	Dans eğitmenleri eşliğinde 10 dk ısınma, 25 dk salsa dansı olmak üzere 2 aylık dans eğitimi yapılmıştır.	Dans eğitiminin bellek performansına, yaşam kalitesine ve benlik saygısına olumlu etki sağladığı saptanmıştır.
Doktora Yücel 2008	DSÖ'nün önerdiği Sağlığın Uygunluk Düzeyine göre Grup 1 ve 2'de olan yaşlı bireyler	Yarı deneysel	Huzurevinde yaşayan 34, evde yaşayan 33 yaşlı birey	Fiziksel performans, depresyon, kognitif bulgular ve yaşam kalitesi	El, lokomotor ve kognitif aktiviteler olmak üzere üç grup aktivite haftada iki gün, her seans 45 dakika süre ile toplam 12 hafta uygulanmıştır	Girişim sonrasında ev grubunda fiziksel performans seviyesi ve yaşam kalitelerinin ve her iki grupta depresyon seviyelerinin azaldığı saptanmıştır.

konstipasyona yönelik; refleksoloji ve masaj yöntemlerinin uygulandığı ve tamamının konstipasyon üzerinde etkili olduğu saptanmıştır (Tablo 2).

Yaşlılarda; en fazla incelenen (n=5) bir diğer sorunun uyku sorunları ve uyku kalitesi olduğu ve bu soruna yönelik yapılan girişimler arasında; müzik terapisi, ışık tedavisi ve masaj uygulandığı ve sonuçlarının etkili olduğu belirlenmiştir (Tablo 2).

Tezlerde kullanılan farmakolojik olmayan yöntemler arasında en fazla kullanılan yöntemin müzik terapisi (n=7) olduğu görülmektedir. Müzik terapisi uygulaması ile yaşlılarda kan basıncı, solunum, nabız, oksijen saturasyonu; anksiyete ve ajitasyon; konfor ve anksiyete; yalnızlık ve aktivite katılım düzeyine etkisinin incelendiği ve etkili olduğu saptanmıştır (Tablo 2).

Çalışmada farmakolojik olmayan refleksoloji, yağ ile kompres, abdominal masaj, aroma masajı, müzikoterapinin yöntemlerinin; ağrı, anksiyete, depresyon, benlik saygısı, yaşam kalitesi gibi semptomlar üzerinde etkili olduğu belirlenmiştir.

TARTIŞMA

Dünyada yaşlı sağlığına ilişkin sorunların çözümünde farmakolojik olmayan yöntemler birçok farklı disiplin tarafından kullanılmaktadır. Bu çalışma kapsamında da incelenen 26 tezin farklı bilim dalları tarafından (hemşirelik, halk sağlığı, Türk musikisi, radyo televizyon sinema, klinik psikoloji, psikoloji, iş ve uğraş tedavisi, geriatrik fizyoterapi) yürütüldüğü görülmektedir. Tezlerin yarısından fazlasının (n=20) hemşirelik alanında yürütülmesi ise yaşlı bakımında temel rol alan hemşirelik disiplinine ilişkin önemli bir bulgudur. Yaşlılıkta artan kronik sorunlarla birlikte eş kaybı, emeklilik, ölüm korkusu, içe kapanma gibi psikososyal sorunlar da görülmektedir^{47,48}. Bu sorunlar ve sorunların çözümüne yönelik bakım gereksinimleri göz önüne alındığında yaşlılık döneminde bütüncül hemşirelik bakımının önemi ortaya çıkmaktadır. Bu çalışmada hemşirelik bakımın önemini destekler niteliktedir.

İncelenen tezlerde yaşlılıkta en fazla karşılaşılan sağlık sorunlarından biri olan konstipasyon ve beraberinde uyku bozuklukları, eklem ağrısı ve anksiyete sorunlarında masaj uygulamasının kullanıldığı ve masajın bu sorunlar üzerinde etkili olduğu saptanmıştır^{22-25,30,36}. Masaj; farmakolojik olmayan, düşük riskli, düşük maliyetli etkili bir dokunma hareketi olarak etkili olmasının yanı sıra kan ve lenfatik dolaşımı düzenleme, kas tonüsünü iyileştirebilme, kan basıncını dengeleme, ağrıyı azaltma, uykusuzluğu azaltma, hareket aralığını artırma ve demans ile ilişkili ajitasyonu iyileştirebilme, anksiyeteyi azaltma gibi birçok farklı sorunda etkili olduğu belirtilmektedir^{49,50}. Bu çalışmada da literatürle uyumlu olarak benzer sonuçlar elde edilmiştir.

Yaşlıların sıklıkla karşılaştığı bir diğer sorun olan uyku sorunlarının; incelenen tezlerde en fazla ele alınan (n=5) sorunlardan biri olduğu saptanmıştır. Uyku bozukluklarının tedavisi için; tai chi egzersizi, sanat terapisi, farkındalık uygulaması ve müzik anımsama terapisini içeren çoklu uyarıların kullanıldığı bir çalışmada yaşlılarda uyku bozukluğunun anlamlı derecede azaldığı ve bu tip

psikososyal müdahalelerin uyku bozuklukları ile baş etmede önemli farmakolojik olmayan uygulamalar olduğu belirtilmiştir⁵¹. Benzer şekilde çalışma kapsamında incelenen tezlerde uyku sorunun çözümü için müzik terapisi, ışık tedavisi ve masaj uygulandığı ve sonuçlarının etkili olduğu görülmektedir^{26,30}.

Yaşlıların karşılaştığı diğer sorunların arasında yüksek kan basıncı, ortopedi ameliyatları sonrası ağrı gibi fizyolojik sorunlar ile anksiyete, yalnızlık gibi psikolojik sorunların olduğu ve bu sorunlarla baş etmede müzik terapisinin geniş bir yelpazede kullanıldığı ve etkili olduğu belirtilmektedir⁵²⁻⁵⁵. İncelenen tezlerde de farmakolojik olmayan yöntemler arasında en fazla kullanılan yöntemin müzik terapisi olduğu ve müzik terapisinin kan basıncı, solunum, nabız, oksijen saturasyonu, anksiyete, ajitasyon; konfor ve yalnızlık düzeyine vb. semptom ve diğer faktörler üzerinde etkili olduğu görülmektedir^{26,27,31-34}. Bu sonuçların müzik terapisinin ucuz, invaziv olmayan, nonfarmakolojik ve holistik bakım girişimlerini içeren bir uygulama olmasından kaynaklı olduğu düşünülebilir.

Yaşlılarda tedavisi zor olan depresyonda farmakolojik olmayan yöntemler arasında, meditasyon, gevşeme teknikleri, egzersiz, bilişsel davranışsal terapi, problem çözme terapisi, anımsama terapisi gibi aktivitelerin yapılması önerilmektedir⁵⁶⁻⁵⁸. Bu incelemede de literatürle uyumlu olarak; depresyon, anksiyete, kaygı, yalnızlık gibi psikososyal sorunların iyileştirilmesinde anımsama terapisi, reiki, çoklu duyuşsal uyarı, yemek terapisi, çok amaçlı aktivite eğitimi uygulandığı ve bu uygulamaların depresyon üzerinde olumlu etkisinin olduğu saptanmıştır.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Yaşlılık döneminde fiziksel ve psikososyal alanlarda yaşanan sorunların çözümünde farmakolojik olmayan yöntemlerin önemli olduğu ve sıklıkla kullanıldığı bilinmektedir. Bu çalışmada incelenen tezlerde de kullanılan farklı farmakolojik olmayan uygulamaların uygulanmayla birlikte sık görülen semptomların yönetiminde olumlu etkileri olduğu ve bakımın kalitesini artırdığı belirlenmiştir. Türkiye’de yaşlılara yönelik yapılan farmakolojik olmayan uygulamalar ve uygulamaların semptomlara etkilerine yönelik yapılan tezlerin incelendiği bu çalışmada tezlerin çoğunluğunun hemşirelik alanında yürütüldüğü saptanmıştır. Bu sonuç bakım felsefesini temel alan bir meslek olan hemşirelikte farmakolojik olmayan uygulamaların önemli bir yere sahip olduğunu göstermektedir. Araştırmadan elde edilen sonuçların yapılacak olan çalışmalara yön vermesi açısından katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Bu çalışmanın teori ile uygulamayı birleştirerek farmakolojik olmayan uygulamalara bilimsel bir temel oluşturmada katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Bu çalışmadan yola çıkarak yaşlıların bakım gereksinimlerine yönelik multidisipliner yaklaşımlı kanıt dayalı randomize kontrollü çalışmalara odaklanılması önerilebilir.

Etik Kurul Onayı: Bu çalışmada, Yüksek Öğretim Kurumu ulusal tez merkezinden erişim izni olan 33 tez kullanılmış, erişim izni olmayan 7 tezin tam metnine ulaşılamadığı için çalışmaya dahil edilmemiş ve toplam 26 tez değerlendirilmiştir. Bu doğrultuda etik kurul izni alınmasına gerek duyulmamıştır.

Çıkar Çatışması: Yoktur.

Finansal Destek: Bildirilmemiştir.

Yazar katkıları:

Araştırma dizaynı: KÖ, GM

Veri toplama: KÖ, GM, GKÖ

Literatür araştırması: KÖ, GM, GKÖ

Ethics Committee Approval: In this study, 33 theses that have access permitted in the National Thesis Center of the Higher Education Institution were used. Since the full text of 7 theses without access permission was not available, they were not included in the study. A total of 26 theses were evaluated. In line with these, there was no need for an ethics committee approval.

Conflict of Interest: Not reported.

Funding: None.

Author contributions:

Study design: KÖ, GM

Data collection: KÖ, GM, GKÖ

Literature search: KÖ, GM, GKÖ

Drafting manuscript: KÖ, GM, GKÖ

KAYNAKLAR

- Saxon SV, Perkins EA, Etten MJ. Complementary, alternative, and integrative medicine. In: Physical change and aging : a guide for the helping professions. 6th ed. New York, NY: Springer Publishing Company. [Internet]. 2015 [Erişim Tarihi: 15 Temmuz 2019]. Erişim Adresi: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=e000xww&AN=835739&lang=tr&site=ehost-live>.
- World Health Organization (WHO). Global report on traditional and complementary medicine 2019;15-28.
- Effoe VS, Suerken CK, Quandt SA, Bell RA, Arcury TA. The association of complementary therapy use with prescription medication adherence among older community-dwelling adults. *J Appl Gerontol*. 2017;36(9):1054-1069.
- Ünsal A. Türk kültüründe geleneksel hasta bakımı: Anadolu örneği. *Yüzüncü Yıl Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 2017;1(2):87-98.
- Gök Metin Z, Karadas C, Özdemir L. Complementary and alternative therapies from the Turkish Physician's perspective: An embedded mixed-method study. *Complementary Therapies in Clinical Practice*. 2020;101144.
- Kutlutürkan S, Karataş T. Kemoterapiye Bağlı Kusmada Tamamlayıcı Tıp. *Bozok Tıp Dergisi*. 2014;4(3):63-65.
- Şaş S, Büyükturan Ö, Büyükturan B. Kas İskelet Sistemi Hastalıklarında Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Yöntemleri Kullanım Sıklığının Değerlendirilmesi. *Sakarya Tıp Dergisi*. 2018;8(3):481-488.
- Yazıcı SÖ, Kalaycı İ. Yaşlı Hastaların Günlük Yaşam Aktivitelerinin Değerlendirilmesi. *Mühendislik Bilimleri ve Tasarım Dergisi*. 2015;3(3):385-39.
- Erdoğan Z, Atik D, Çınar S. Kronik Böbrek Yetmezliğinde Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Yöntemlerinin Kullanımı. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*. 2014;23(4):773-789.
- Erdoğan Z, Akıncı A, Yavuz D, Tosun Z, Atik D. Huzurevinde Kalan Yaşlılarda Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Yöntemlerini Kullanma Durumu. *Kafkas Tıp Bilimleri Dergisi*. 2017;7(1):60-66.
- Dedeli Ö, Karadakovan A. Yaşlı Bireylerde İlaç Kullanımı, Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Uygulamalarının İncelenmesi. *Spatula Dergisi*. 2011;1(1):23-32.
- Sağkal T, Demiral S, Odabaş H, Altunok E. Kırsal Kesimde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Yöntemlerini Kullanma Durumları. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi*. 2013;27(1):19-26.
- Yang M, Jiang L, Wang Q, Chen H, Xu G. Traditional Chinese medicine for knee osteoarthritis: an overview of systematic review. *PloS One*. 2017;12(12):1-16.
- Caresearch Palliative Care Knowledge Network. Non Pharmacological Approaches. [Internet]. 2019 [Erişim Tarihi: 31 Ekim 2019]. Erişim Adresi: <https://www.caresearch.com.au/caresearch/ClinicalPractice/Physical/Pain/NonPharmacologicalApproaches/tabid/751/Default.aspx>
- Eliopoulos C. Integration of complementary and alternative therapies in geriatric care *Medscape Nurse*. [Internet]. 2006 [Erişim Tarihi: 18 Mayıs 2019]. Erişim Adresi: <http://www.medscape.com/viewarticle/542207>
- Ebersole P, Touhy TA. Geriatric Nursing : Growth of a Specialty. New York: Springer Publishing Company. [Internet]. 2006 [Erişim Tarihi: 5 Aralık 2019]. Erişim Adresi: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nlebk&AN=181758&lang=tr&site=ehost-live>
- Terzi H, Kitiş Y. Yaşlı bireylerde ilaç kullanımı ve tamamlayıcı alternatif terapi uygulamaları. İçinde: Bilgili N, Kitiş Y, editörler. *Yaşlılık ve Yaşlı Sağlığı*. 1 baskı. Ankara: Vize Yayıncılık; 2017;463-465.
- Complementary, alternative, or integrative health: what's in a Name? National Center on Complementary and Integrative Health-NCCIH. [Internet]. 2019 [Erişim Tarihi: 2 Nisan 2019]. Erişim Adresi: <https://nccih.nih.gov/health/integrative-health#hed5>
- İnan FŞ, Üstün B, Bademli K. Türkiye'de kuram/modele dayalı hemşirelik araştırmalarının incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2013;16(2):132-39.
- Ardahan M, Özsoy S. Türkiye'de hemşirelik araştırmalarındaki eğilimler: yüksek lisans ve doktora tezleri üzerine bir çalışma. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2015;4(4):516-34.
- Çevik K. Yaşlılarda Refleksoloji Uygulamasının Konstipasyon Üzerine Etkisi [Doktora tezi]. İzmir: Ege Üniversitesi; 2013.
- Gürol Arslan G. Yaşlılarda Karına Castor Yağı Kompresi Uygulamanın Konstipasyona Etkisinin İncelenmesi [Doktora tezi]. İzmir: Ege Üniversitesi; 2008.
- Baran A. Yaşlılarda Konstipasyon Yönetiminde Abdominal Masajın Etkisi: Randomize Kontrollü Çalışma [Doktora tezi]. İstanbul: Üsküdar Üniversitesi; 2015.

24. Lafçı D. Aroma Masajının Yaşlılardaki Konstipasyona Etkisi [Doktora tezi]. Erzurum: Atatürk Üniversitesi; 2014.
25. Olgun S. Huzurevinde Yaşayan Yaşlılarda Abdominal Masajın Kronik Konstipasyona ve Yaşam Kalitesine Etkisi [Doktora tezi]. İzmir: Ege Üniversitesi; 2013.
26. Altan N. Huzurevinde Kalan Yaşlılarda Pasif Müzikoterapinin Uyku Kalitesine Etkisi [Yüksek Lisans tezi]. İstanbul: Marmara Üniversitesi; 2011.
27. Gökalp K. Müzik Terapisinin Yaşlı Kanser Hastalarının Anksiyete Ve Uyku Kalitesi Üzerine Etkisi [Doktora tezi]. Erzurum: Atatürk Üniversitesi; 2015.
28. Akyar İ. Yaşlı Bireylerde Işık Tedavisinin Uyku Kalitesi Üzerine Etkisi [Doktora tezi]. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2010.
29. Düzgün G. Huzurevinde Kalan Yaşlılarda Parlak Işık (Doğal Güneş Işığı) Tedavisinin Uyku Sorunları ve Uyku Kalitesi Üzerine Etkisinin İncelenmesi [Doktora tezi]. İzmir: Ege Üniversitesi; 2012.
30. Yaman S. Lavanta Yağıyla Uygulanan Sırt Masajının Yaşlıların Uyku Kalitesine Etkisinin İncelenmesi [Yüksek Lisans tezi]. Elazığ: Fırat Üniversitesi; 2011.
31. Horuz D. Göğüs Hastalıkları Servisinde Yatan Hastalarda Müzik Terapisinin Anksiyete ve Bazı Klinik Bulgulara Etkisi [Yüksek Lisans tezi]. Zonguldak: Bülent Ecevit Üniversitesi; 2014.
32. Şahin Karadeniz E. Demans-Alzheimer Hastalarında Farklı Müzik Terapi Uygulamalarının Zihinsel, Psikolojik, Anksiyete ve Ajitasyon Etkileri Üzerine Karşılaştırmalı Çalışma [Doktora tezi]. İstanbul: Haliç Üniversitesi; 2017.
33. Yaşar E. Huzurevinde Yaşayan Yaşlılarda Müziğin Konfor ve Anksiyeteye Etkisi [Yüksek Lisans tezi]. İzmir: Ege Üniversitesi; 2014.
34. Kurt D. Müzik Terapisinin Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Yalnızlık Hissi Üzerine Etkisi [Yüksek Lisans tezi]. İstanbul: Marmara Üniversitesi; 2014.
35. Clark A. Görsel İşitsel Yapımlarda Müziğin Yaşlılık Terapisine Etkileri, Türkiye, Abd Örneğinde Karşılaştırmalı Uygulamaları [Doktora tezi]. İstanbul: İstanbul Üniversitesi; 2014.
36. Kaşlı K. Yaşlılarda Roller Massage (Silindir Masajı) Uygulaması İle Yapılan Miyofasyal Gevşeme Tekniğinin Ayak Bileği Eklem Açıklığına Etkisi [Yüksek Lisans tezi]. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi; 2018.
37. Pehlivan S. Diz Osteoartritli Yaşlı Bireylere Uygulanan Aromaterapi Masajının Ağrı, Fonksiyonel Durum Ve Yaşam Kalitesine Etkisi [Doktora tezi]. İzmir: Ege Üniversitesi; 2015.
38. Birer Z. Katarakt Ameliyatı Esnasında Uygulanan Terapötik Dokunmanın Anksiyete ve Hasta Memnuniyetine Etkisi [Yüksek Lisans tezi]. Manisa: Celal Bayar Üniversitesi; 2015.
39. Kuru N. Gülme Terapisinin Huzurevinde Kalan Bireylerin Yaşam Kalitesine Etkisi [Doktora tezi]. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2016.
40. Ercan Şahin N. Huzurevinde Yaşayan Yaşlılara Uygulanan Anımsama Terapisinin Yaşlıların Yaşam Kalitesine Etkisi [Doktora tezi]. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2015.
41. Duru Aşiret G. Anımsama Terapisinin Alzheimer Hastalarının Bilişsel Durumu, Depresyon ve Günlük Yaşam Faaliyetlerine Etkisi [Doktora tezi]. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2014.
42. Erdoğan Z. Huzurevinde Kalan Yaşlılarda Reikinin Ağrı, Yaşam Kalitesi ve Depresyon Üzerine Etkisi [Doktora tezi]. İstanbul: Marmara Üniversitesi; 2013.
43. Özdemir L. Hafif Alzheimer Hastalarına Uygulanan Çoklu Duyusal Uyarın Yönteminin Kognitif Durum, Depresyon ve Anksiyete Üzerine Etkisi [Doktora tezi]. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2007.
44. Turan F.G. Bir İş-Uğraş Terapisi Olarak Yemek Terapisinin Huzurevinde Yaşayan Kadın Yaşlılarda Ortaya Çıkan Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi [Yüksek Lisans tezi]. İstanbul: Beykent Üniversitesi; 2015.
45. Uzakgören P. Yaşlılarda Fiziksel Bir Aktivite Olarak Dans Eğitiminin, Bellek Performansı, Benlik Saygısı ve Yaşam Kalitesi Üzerinde Yarattığı Değişikliklerin İncelenmesi [Yüksek Lisans tezi]. İzmir: Ege Üniversitesi; 2015.
46. Yücel H. Evde ve Huzurevindeki Yaşlılarda Çok Amaçlı Aktivite Eğitiminin Etkinliğinin Karşılaştırılması [Doktora tezi]. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2008.
47. Tezel A. Yaşlanmaya bağlı fizyolojik değişimler. İçinde: Bilgili N, Kitiş Y, editörler. Yaşlılık ve Yaşlı Sağlığı. 1 baskı. Ankara: Vize Yayıncılık; 2017;76-86.
48. Er D. Psikososyal açıdan yaşlılık. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi. 2009;11(4):131-44.
49. Tusaie K. Overview of complementary/Alternative approaches. In: Tusaie K, Fitzpatrick JJ. Editors. Advanced Practice Psychiatric Nursing : Integrating Psychotherapy, Psychopharmacology, and Complementary and Alternative Approaches. New York: Springer Publishing Company. [Internet]. 2012 [Erişim Tarihi: 28 Mayıs 2019]. Erişim Adresi: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nlebk&AN=484468&lang=tr&site=ehost-live>
50. Çınar Ş, Eşer İ, Khorshid L. Huzurevinde yaşayan yaşlılarda sırt masajının yaşamsal bulgular ve anksiyete düzeyine etkisi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2009;16(2):14-21.
51. Rawtaer I, Mahendran R, Chan HY, Lei F, Kua EH. A nonpharmacological approach to improve sleep quality in older adults. Asia Pac Psychiatry. 2018;10(2):1-5.
52. Ueda T, Suzukamo Y, Sato M, Izumi, S. Effects of music therapy on behavioral and psychological symptoms of dementia: A systematic review and meta-analysis. Ageing Res. Rev. 2013;12:628-41.
53. Sari NLPDY, Rekawati E. The effect of traditional music therapy on blood pressure among elderly with hypertension: a literature review. International Journal of Nursing and Health Services (IJNHS). 2019;2(2):55-65.
54. Rubia Orti JE, Pardo MPG, Benlochi M, Drehmer E, Platero JL, Sancho D, Rodriguez MML. Music therapy decreases sadness and increases happiness in

- alzheimer patients: a pilot study. *Neuropsychiatry*. 2019;9(1):2013-20.
55. Murabayashi N, Akahoshi T, Ishimine R, Saji N, Takeda C, Nakayama H, et al. Effects of music therapy in frail elderlies: controlled crossover study. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders Extra*. 2019;9(1):87-99.
 56. Jonsson U, Bertilsson G, Allard P, Gyllensvärd H, Söderlund A., Tham A, et al. Psychological treatment of depression in people aged 65 years and over: a systematic review of efficacy, safety, and cost-effectiveness. *PloS one*. 2016;11(8):1-20.
 57. Holvast F, Massoudi B, Voshaar RCO, Verhaak PF. Non-pharmacological treatment for depressed older patients in primary care: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2017;12(9):1-20.
 58. Frost R, Bauernfreund Y, Walters K. Non-pharmacological interventions for depression/anxiety in older adults with physical comorbidities affecting functioning: systematic review and meta-analysis. *Int Psychogeriatr*. 2019;31(8):1121-1136.

Araştırma makalesi

Research article

Hemşirelerin ve Hemşirelik Öğrencilerinin Fiziksel Değerlendirme Becerilerini Kullanma Durumları: Karşılaştırmalı Bir Çalışma



Nurcan ÇALIŞKAN¹, Nevin DOĞAN², Banu CİHAN ERDOĞAN³, Nefise Cevriye SUCU ÇAKMAK⁴, Atike Nilay KUBLASHVILI⁵, Gülcan EYÜBOĞLU⁶, Evrim EYİKARA⁷

ÖZ

Amaç: Bu araştırma, hemşirelerin ve hemşirelik öğrencilerinin fiziksel değerlendirme becerilerini kullanma durumlarını belirlemek amacıyla karşılaştırmalı-tanımlayıcı tasarımda gerçekleştirilmiştir.

Gereç ve Yöntem: Bu araştırma, Ankara ve Siirt ilinde bulunan iki üniversite hastanesinin yataklı servislerinde çalışan hemşirelerle (n=148) ve iki üniversitede öğrenim gören dördüncü sınıf hemşirelik öğrencileriyle (n=381) gerçekleştirilmiştir. Veriler, araştırmacılar tarafından geliştirilen "Tanıtıcı Özellikler Formu" ve "Fiziksel Değerlendirme Beceri Formu" ile Ocak-Haziran 2018 tarihleri arasında toplanmıştır.

Bulgular: Hemşirelerin %81.8'inin fiziksel değerlendirme becerilerini bilmelerine rağmen %61.5'inin bu becerileri kullandığı, öğrencilerin %68.5'inin fiziksel değerlendirmeye ilgili ders aldığı saptanmıştır. Fiziksel değerlendirme becerilerini uygulamadaki en büyük engel olarak hemşirelerin %98'i yoğun iş yükünü, öğrencilerin %76.1'i ise öğretim elemanı desteğindeki yetersizliği belirtmiştir. Fiziksel değerlendirme becerileriyle ilgili ders alan öğrencilerin, klinik deneyim süresi 0-9 yıl olan hemşirelerin ve dahili/cerrahi yoğun bakımda çalışan hemşirelerin fiziksel değerlendirme becerilerini istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla kullandıkları saptanmıştır (p<0.05). Hemşirelerin en çok inspeksiyon yöntemini kullandıkları belirlenmiştir (p<0.05).

Sonuç: Hemşirelerin ve öğrencilerin çoğunun fiziksel değerlendirme yöntemlerini bilmesine karşın uygulamada yaygın olarak kullanamadıkları sonucuna ulaşılmıştır. Fiziksel değerlendirme becerilerinin daha yaygın kullanılabilmesi için hemşirelik müfredatında fiziksel değerlendirme dersinin zorunlu olması, öğrencilerin bu becerileri kullanmaları için öğretim elemanlarının daha fazla destek vermesi, hemşirelerin iş yüklerinin azaltılması ve hizmet içi eğitimlerde fiziksel değerlendirme yöntemlerine yer verilmesi önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: Fiziksel değerlendirme, hemşirelik, hemşirelik öğrencisi

ABSTRACT

The Use of Physical Examination Skills by Nurses and Nursing Students: A Comparative Study

Aim: This descriptive-comparative research was conducted to determine the use of physical examination skills by nurses and nursing students.

Material and Methods: This study was conducted with nurses (n=148) working in the inpatient services of two university hospitals and senior nursing students (n=381) studying at two universities in Ankara and Siirt. The data were collected between January and June 2018 by using "Demographic Characteristics Form" and "Physical Examination Skill Form" developed by the researchers.

Results: Although 81.8% of the nurses knew about physical examination skills, 61.5% of them used these skills and 68.5% of the students took a course on physical examination. 98% of the nurses stated the intensive workload as the biggest barrier in applying physical examination skills and 76.1% of the students stated the lack of support from the instructors. Students who took a course on physical examination skills, nurses with 0-9 years of clinical experience, and nurses working in the internal/surgical intensive care unit were found to use physical examination skills statistically higher (p<0.05). It was determined that the most frequently used method by the nurses was inspection (p<0.05).

Conclusion: It has been concluded that most of the nurses and students know the physical assessment methods but do not use them widely in practice. In order for physical assessment skills to be used more widely, it is recommended that the physical assessment course be compulsory in the nursing curriculum, instructors provide more support for students to use these skills, reduce the workload of nurses, and include physical assessment methods in in-service training.

Keywords: Nursing, nursing student, physical examination

¹Doç. Dr., Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı , Türkiye, E-mail: yildirim.nurcan@gmail.com , Tel: 0 312 2162623, ORCID: 0000 0001 9804 3030

²Arş.Gör., Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Türkiye, E-mail: nevin-blg@hotmail.com , Tel: 0 312 2162623, ORCID: 0000 0002 4447 9469

³Hemşire, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Türkiye, E-mail: banuchan_09@hotmail.com , Tel: 0312 5962000, ORCID: 0000 0001 8850 7460

⁴Öğr. Gör., Çankırı Karatekin Üniversitesi, Eldivan Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Türkiye, E-mail: nefisem-sucu@hotmail.com , Tel: 0376 3112043/4531, ORCID: 0000 0003 1845 9525

⁵Doktora Öğrencisi, Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Türkiye, E-mail: nilkar33@gmail.com, Tel: 0 312 2162623, ORCID: 0000 0002 4439 5564

⁶Arş.Gör., Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Türkiye, E-mail: gulcanboke@gmail.com, Tel: 0 312 2162989, ORCID:0000 0002 5978 3957

⁷Arş.Gör., Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Türkiye, E-mail: evrimyikara@gmail.com, Tel: 0 312 2162623, ORCID: 0000 0003 1334 4243

Geliş Tarihi: 13 Kasım 2019, Kabul Tarihi: 2 Haziran 2020

Atıf/Citation: Çalışkan N, Doğan N, Cihan Erdoğan B, Sucu Çakmak NC, Kublashvili AN, Eyüboğlu G, Eyikara E. Hemşirelerin ve Hemşirelik Öğrencilerinin Fiziksel Değerlendirme Becerilerini Kullanma Durumları: Karşılaştırmalı Bir Çalışma. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2020; 7(3): 206-214. DOI: 10.31125/hunhemsire.834028

GİRİŞ

Günümüzde sağlık bakım sisteminde yaşanan değişimler, nitelikli hemşire yetiştirmeye ilişkin artan talep göz önünde bulundurulduğunda hemşirelerin mesleki anlamda yetkin olmaları gerekmektedir. Bu yetkinlik alanlarından birisi de sağlığın değerlendirilmesidir¹. Profesyonel hemşirelik rolünün ve bütüncül hemşirelik yaklaşımının önemli bir bileşeni olan sağlığın değerlendirilmesi; sağlık öyküsünün alınması, fiziksel değerlendirme yapılması, sağlık kayıtlarından diğer verilerin elde edilmesi ve saptanan verilerin kaydedilmesi basamaklarını içermektedir². Hemşirelik sürecinin ilk adımı olan sağlığın değerlendirilmesi; evrensel bir yaklaşım olarak kabul edilir ve klinik kararları doğrulayabilmek açısından önemlidir^{3,4}.

Sağlığın değerlendirilmesi sürecinin önemli bir basamağını oluşturan fiziksel değerlendirme; doğrudan ortaya çıkan veya inspeksiyon, palpasyon, perküsyon ve oskültasyon gibi yöntemlerden elde edilen verilerin sistematik olarak bir araya getirilmesidir⁵. Hemşireler fiziksel değerlendirme becerilerini kullanarak hastanın mevcut sağlık durumunu belirlemek, hastanın durumundaki olumlu veya olumsuz değişimleri tanımlamak gibi önemli sorumluluklara sahiptir. Dolayısıyla sağlığın değerlendirilmesi ve fiziksel muayene, güvenli ve yetkin hemşirelik bakımı sağlayabilen ilk adımdır⁶. Hemşirelerin fiziksel değerlendirme becerilerini kullanması; subjektif verileri doğrulama, sistematik bakımı kolaylaştırma, hemşire-hasta iletişimini sağlayarak güven ilişkisini güçlendirme, bakımın sürekliliğini sağlama, hemşirenin özerkliğini güçlendirme gibi katkılar sağlamaktadır⁷⁻⁹. Buna rağmen literatürde fiziksel değerlendirmenin hemşireler tarafından iş yoğunluğu, zaman yetersizliği, rol belirsizlikleri, diğer sağlık profesyonellerine ve teknolojik araçlara daha çok güvenme, bilgi ve beceri eksikliği, kaynak yetersizliği, fiziksel değerlendirmenin hasta bakım kalitesine önemli bir katkısının olmadığına inanma, özgüven eksikliği gibi nedenlerle göz ardı edilebildiği^{2,3,10} ve bu nedenle hemşirelerin fiziksel değerlendirme becerilerini kullanma sıklığının düşük olduğu saptanmıştır¹¹.

Klinik uygulamalarda hemşirelerin yanı sıra hemşirelik öğrencilerinin de fiziksel değerlendirme yapması beklenmektedir. Ancak hemşirelik eğitim programlarında fiziksel değerlendirmenin genellikle seçmeli bir ders olması, öğrencilerde özgüven eksikliği, zaman yetersizliği gibi nedenlerle öğrencilerin de istedik düzeyde fiziksel değerlendirme yapmadıkları belirtilmektedir^{12,13}. Giddens ve Eddy (2009) tarafından yapılan çalışmada, klinik uygulamada fiziksel değerlendirme becerilerinin daha çok kullanılabilmesi için hemşirelik eğitim programlarının derinlemesine gözden geçirilmesi gerektiği bildirilmiştir¹⁴. Fiziksel değerlendirme hemşirelik uygulamalarının ayrılmaz bir parçası olmasına rağmen, klinik kullanımına ilişkin ülkemizde sınırlı sayıda araştırma bulunmaktadır ve araştırmalar çoğunlukla hemşireler ile yapılmıştır¹⁵⁻¹⁷. Ülkemizde fiziksel değerlendirmenin hemşireler ve hemşirelik öğrencileri tarafından kullanımını karşılaştıran bir araştırmaya rastlanmamıştır. Gözlemlerimiz, hemşirelik eğitim programlarında öğretilen fiziksel değerlendirme

becerilerinin klinik ortamda oldukça sınırlı kullanıldığı yönündedir. Dolayısıyla, fiziksel değerlendirme becerilerinin hemşireler ve hemşirelik öğrencileri tarafından uygulamadaki yansımalarının belirlenmesi ve güncel bilimsel veriler ile karşılaştırılması, teorik eğitimin klinik uygulamaya aktarımını değerlendirmek açısından önemlidir. Araştırma sonucunda elde edilen verilerin hemşirelik eğitim programlarında ders içeriklerinin geliştirilmesine ve hemşirelere konuyla ilgili hizmet içi eğitimlerin geliştirilmesine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, hemşirelerin ve hemşirelik öğrencilerinin fiziksel değerlendirme becerilerini kullanma durumlarını belirlemek ve iki grubu karşılaştırmak amacıyla yapılmıştır.

GEREKÇ ve YÖNTEM

Araştırmanın Türü

Bu araştırma, hemşirelerin ve hemşirelik öğrencilerinin fiziksel değerlendirme becerilerini kullanma durumlarını belirlemek amacıyla karşılaştırmalı-tanımlayıcı türde yapılmıştır.

Araştırma Evren ve Örneklemi

Bu araştırmanın iki evreni vardır. Birinci evrenini; Türkiye'nin farklı bölgelerinde bulunan iki üniversitenin dördüncü sınıf hemşirelik öğrencileri oluşturmuştur (Ankara n=293, Siirt n=220). İkinci evrenini ise bu eğitim kurumlarında bulunan öğrencilerin uygulamaya çıktığı hastanelerde çalışan hemşireler oluşturmuştur (Ankara n=440, Siirt n=148). Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiştir. Araştırmaya katılmaya gönüllü olan ve veri toplama formunu eksiksiz dolduran, hastanenin tüm yataklı servislerinde çalışan 148 hemşire ve 381 hemşirelik öğrencisi örneklem grubunu oluşturmuştur. Araştırmaya katılım oranı öğrencilerde %74.26 ve hemşirelerde %25.17'dir.

Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri araştırmacılar tarafından geliştirilen "Tanıtıcı Özellikler Formu" ve "Fiziksel Değerlendirme Beceri Formu" ile toplanmıştır. Hemşirelere uygulanan Tanıtıcı Özellikler Formu; hemşirelerin sosyodemografik özellikleri ve fiziksel değerlendirme becerileriyle ilişkili on sorudan, hemşirelik öğrencilerine uygulanan form ise altı sorudan oluşmuştur.

Fiziksel Değerlendirme Beceri Formu, Giddens (2007) ve Giddens ve Eddy (2009) tarafından oluşturulan ve hemşirelerin en sık kullandıkları fiziksel değerlendirme becerileri temel alınarak araştırmacılar tarafından hazırlanmıştır^{10,14}. Bu form, altılı likert tipte ve 29 maddeden oluşmaktadır. Formda yer alan her bir maddeye hemşirelerin ve öğrencilerin 0 ile 5 puan arasında bir işaretleme yapması istenmiştir. Maddeler "Ben bu tekniğin nasıl yapıldığını bilmiyorum (0 puan)", "Ben bu tekniğin nasıl yapılacağını biliyorum fakat benim klinik uygulamamın bir parçası değil (1 puan)", "Nadiren bu tekniği gerçekleştiririm (2 puan)", "Bu tekniği bazen gerçekleştiririm (3 puan)", "Klinik uygulamamda bu tekniği sık sık gerçekleştiririm (4 puan)", "Klinik uygulamamda düzenli olarak bu tekniği gerçekleştiririm (5 puan)" şeklinde puanlandırılmıştır. Formdan alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan 145'tir. Elde edilen puanın artması, fiziksel değerlendirme

becerilerinin klinik uygulamada kullanım sıklığının arttığını göstermektedir.

Araştırmanın Ön Uygulaması

Araştırmanın ön uygulaması Aralık 2017’de, Ankara’daki üniversitenin üçüncü sınıfındaki 10 hemşirelik öğrencisi ve üniversiteye bağlı hastanede çalışan 10 klinik hemşiresi ile yapılmıştır. Ön uygulamadan sonra veri toplama formlarında herhangi bir değişiklik yapılmasına gerek duyulmamıştır. Ayrıca ön uygulama sonucunda elde edilen veriler örneklem grubuna dahil edilmemiştir.

Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Araştırmanın verileri Ocak-Haziran 2018 tarihleri arasında araştırmacılar tarafından toplanmıştır. Hemşirelerin verileri toplanırken ilk olarak klinik sorumlu hemşirelerine ve klinikte çalışan hemşirelere araştırma hakkında bilgi verilmiştir. Araştırmaya katılmayı kabul eden hemşirelere veri toplama formu dağıtılmıştır ve doldurulan formlar mesai saatlerinden sonra teslim alınmıştır. Hemşirelik öğrencilerinin verileri ise öğrencilerin ders saatleri dışında bir zaman diliminde ve sınıf ortamında toplanmıştır. Her bir formun doldurulması yaklaşık 10 dakika sürmüştür.

Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmanın verileri Statistical Packages for Social Science (SPSS 21.0) paket programı ile sayısallaştırılmıştır. Tanımlayıcı istatistiklerde sayısal veriler ortalama ve standart sapma değerleriyle; kategorik yapıdaki veriler sayı ve yüzde ile ifade edilmiştir. Normal dağılım gösteren verilerin değerlendirmesinde t-testi, normal dağılım göstermeyen verilerin karşılaştırılmasında ise Kruskal-Wallis varyans analizi kullanılmıştır. İki grup ortalamalarının karşılaştırılmasında ki-kare testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi olarak $p < 0.05$ kabul edilmiştir.

Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın uygulanmasına başlamadan önce Gazi Üniversitesi Etik Komisyonu’ndan etik komisyon izni (Karar No: E.147531, Karar Tarihi: 17.10.2017) ve kurumlardan yazılı izin alınmıştır. Araştırmaya katılan öğrencilerin ve hemşirelerin ise yazılı onamları alınmıştır.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmaya katılım oranının hemşireler için %25.17 olması araştırmanın sınırlılığıdır. Hemşirelerin araştırmaya katılımının düşük olmasının başlıca nedenleri, iş yüklerinin fazla olması ve araştırmaya katılma konusunda çoğunlukla isteksiz davranmalarıdır.

BULGULAR

Araştırmadan elde edilen bulgulara göre; hemşirelerin yaş ortalaması 32.63 ± 7.21 , %89.9’u kadın, %33.8’i cerrahi kliniklerinde görev yapmakta, %33.8’i 5-9 yıldır çalışmaktadır. Hemşirelerin %81.8’inin fiziksel değerlendirme becerilerini bildiği, %58.1’inin fiziksel değerlendirme becerilerini temel hemşirelik eğitiminde öğrendiği, %61.5’inin fiziksel değerlendirme becerilerini klinik uygulamalarda kullandığı belirlenmiştir. Hemşireler fiziksel değerlendirme becerilerini uygulamada karşılaştıkları başlıca engelleri; iş yükü (%98), fiziksel değerlendirme için yeterli zaman olmaması (%66.9), yeterli bilgi ve beceriye sahip olmama (%64.9), fiziksel

değerlendirmenin hemşirenin görevi olarak düşünülmemesi (%52) olarak belirtmişlerdir (Tablo 1).

Tablo 1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri

Tanıtıcı özellikler		
Yaş	X±SS= 32.63±7.21 (min:20, maks:55)	
Cinsiyet	n	%
Kadın	133	89.9
Erkek	15	10.1
Eğitim durumu		
Lise	27	18.2
Önlisans	22	14.9
Lisans	91	61.5
Lisansüstü	8	5.4
Görev yapılan hastanenin yer aldığı il		
Ankara	101	68.2
Siirt	47	31.8
Görev yapılan birim		
Cerrahi klinik	50	33.8
Dahili klinik	43	29.1
Yoğun bakım	16	10.8
Diğer*	39	26.4
Klinik deneyim süresi		
0-4 yıl	41	27.7
5-9 yıl	50	33.8
10-19 yıl	45	30.4
20 yıl ve üzeri	12	8.1
FD** becerilerini uygulamayı bilme durumu		
Bilen	121	81.8
Bilmeyen	27	18.2
FD becerilerini öğrenme kaynağı		
Temel hemşirelik eğitimi	86	58.1
Hizmet içi eğitim	22	14.9
Lisansüstü eğitim	5	3.4
Kurs, kongre	4	2.7
Diğer***	5	3.4
FD becerilerini kullanma durumu		
Kullanan	91	61.5
Kullanmayan	57	38.5

Tablo 1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri (devamı)

Hemşirelerin FD becerilerini uygulamada karşılaştığı engeller****		
İş yükü	145	98.0
FD yapmak için yeterli zaman olmaması	99	66.9
Yeterli bilgiye ve beceriye sahip olmama	96	64.9
Hemşirenin görevi olarak düşünülmemesi	77	52.0
Kendine güven eksikliği	71	48.0
İşini iyi yapmak için gerekli görülmemesi	71	48.0
Hastaların FD yapılmasını kabul etmemesi	71	48.0
Hekimlerin desteklememesi	71	48.0
Meslektaşların FD yapmayı desteklememesi	67	45.3
Yöneticilerin desteklememesi	66	44.6
FD'nin yetişkin hastada yanlış algılanması	1	0.7

*Acil servis, Pediatri, Psikiyatri

**FD: Fiziksel değerlendirme

** *internet

***Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin yaş ortalaması 22.56±1.54 ve %72.4'ü kadındır. Öğrencilerin %68.5'i fiziksel değerlendirmeyle ilgili ders aldığını, %66.1'i fiziksel değerlendirme becerilerini klinik uygulamalarda kullandığını belirtmiştir. Öğrenciler fiziksel değerlendirme becerilerini uygulamada karşılaştıkları başlıca engelleri; öğretim elemanının öğrencilerin fiziksel değerlendirme becerilerini uygulamasını desteklememesi (%76.1), hemşirelik eğitim programlarında fiziksel değerlendirme becerilerini içeren dersin bulunmaması (%62.7), hastaların fiziksel değerlendirme yapmayı kabul etmemesi (%54.1), hemşirelik eğitim programlarında fiziksel değerlendirme becerilerini içeren dersin seçmeli olması (%53.5) olarak belirtmiştir (Tablo 2).

Tablo 2. Öğrencilerin Tanıtıcı Özellikleri

Tanıtıcı özellikler		
Yaş	X±SS= 22.56±1.54 (min:20, maks:32)	
Cinsiyet	n	%
Kadın	276	72.4
Erkek	105	27.6
Öğrencisi oldukları üniversitenin bulunduğu il		
Ankara	230	60.4
Siirt	151	39.6

Tablo 2. Öğrencilerin Tanıtıcı Özellikleri (devamı)

FD* becerileri konusunda daha önce ders alma durumu		
Ders alan	261	68.5
Ders almayan	120	31.5
FD becerilerini kullanma durumu		
Kullanan	252	66.1
Kullanmayan	129	33.9
Öğrencilerin FD becerilerini uygulamada karşılaştığı engeller**		
Öğretim elemanının öğrencileri desteklememesi	290	76.1
Hemşirelik eğitim programlarında FD becerilerini içeren ders bulunmaması	239	62.7
Hastaların FD yapılmasını kabul etmemesi	206	54.1
Hemşirelik eğitim programlarında FD becerilerini içeren dersin seçmeli olması	204	53.5
Hekimlerin öğrencileri desteklememesi	195	51.2
Öğrenci hemşirenin görevi olarak düşünülmemesi	174	45.7
Kendine güven eksikliği	165	43.3
Yeterli bilgi ve becerinin olmaması	161	42.3
Hemşirelerin öğrencileri desteklememesi	151	39.6

*FD: Fiziksel değerlendirme

**Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Tablo 3'te öğrencilerin fiziksel değerlendirme becerilerini kullanma puan ortalamaları ile istatistiksel analizlerde anlamlı olan demografik özelliklerine göre dağılımı verilmiştir. Ankara'da öğrenim gören öğrencilerin fiziksel değerlendirme becerilerini kullanmaya ilişkin puan ortalamaları, diğer üniversitenin öğrencilerine göre istatistiksel olarak anlamlıdır. Fiziksel değerlendirme dersini alan öğrencilerin bu becerileri kullanma puan ortalamaları arasındaki fark, dersi almayan öğrencilere göre istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0.05) (Tablo 3). Öğrencilerin yaş ve cinsiyete göre fiziksel değerlendirme becerilerini uygulama puanları istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0.05).

Tablo 4'te hemşirelerin fiziksel değerlendirme becerilerini kullanma puan ortalamaları ile istatistiksel analizlerde anlamlı olan demografik özelliklerine göre dağılımı verilmiştir. Hemşirelerden eğitim seviyesi lisans ve lisansüstü olanların, klinik deneyim süresi 0-4 yıl / 5-9 yıl olanların, dahili, cerrahi ve yoğun bakım kliniklerinde çalışan hemşirelerin fiziksel değerlendirme becerilerini uygulama puanları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir (p<0.05) (Tablo 4). Hemşirelerin yaş ve cinsiyete göre fiziksel değerlendirme becerilerini uygulama puanları istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0.05).

Tablo 3. Öğrencilerin Fiziksel Değerlendirme Becerilerini Kullanma Puan Ortalamaları ve Bazı Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Fiziksel Değerlendirme Becerileri	Yanıtların Genel \bar{X} (SS)	0-1 yanıtının %	Okuduğu üniversite	FD dersini alma durumu
Hareket ve duyu yönünden yüz değerlendirilmesi	2.71 (1.66)	27.6	* a	** b
Göz değerlendirmesi	2.65 (1.52)	25.2	* a	** b
Eksternal gözlerin inspeksiyonu	1.99 (1.61)	40.9	* a	** b
Oral kaviteninin inspeksiyonu	2.14 (1.65)	39.1	* a	** b
Eforlu nefes değerlendirilmesi	2.26 (1.62)	34.4	* a	** b
Konuşma değerlendirilmesi	3.03 (1.60)	21.3	* a	** b
Göğüs şeklinin inspeksiyonu	2.53 (1.57)	28.1	* a	** b
Omurga inspeksiyonu	2.16 (1.49)	34.9	* a	** b
Meme inspeksiyonu	2.07 (1.44)	37.5	* a	** b
Boyut ve simetri açısından kas,ekstremitte inspeksiyonu	2.22 (1.55)	34.6	* a	** b
Ten rengi ve kıl büyümesi için ekstremitte inspeksiyonu	2.10 (1.54)	37.3	* a	** b
Hassasiyet yönünden ekstremitte palpasyonu	2.42 (1.53)	28.1	* a	** b
Ödem yönünden ekstremitte inspeksiyonu, palpasyonu	2.96 (1.64)	21.8	* a	** b
Ekstremitelerin ısınının palpasyonu	2.73 (1.68)	26.0	* a	** b
Kas gücü değerlendirilmesi	2.67 (1.65)	26.8	* a	** b
Eklem hareketlerinin gözlenmesi	2.77 (1.60)	22.8	* a	** b
Kalbin seslerinin oskültasyonu	2.62 (1.58)	26.2	* a	** b
Akciğer seslerinin oskültasyonu	2.45 (1.61)	30.4	* a	** b
Abdomen inspeksiyonu	2.37 (1.62)	33.9	* a	** b
Hassasiyet, distansiyon yönünden abdomen palpasyonu	2.29 (1.56)	35.2	* a	** b
Bağırsak seslerinin abdomenden oskültasyonu	2.35 (1.61)	32.3	* a	** b
Kapiller dolum palpasyonu ve inspeksiyonu	2.33 (1.71)	35.4	* a	** b
Dolaşım için distal atımların palpasyonu	2.17 (1.68)	39.9	* a	** b
Gaitanın incelenmesi ve inspeksiyonu	1.64 (1.46)	52.5	* a	** b
Genel cilt renginin inspeksiyonu	2.94 (1.61)	21.3	* a	** b
Deri lezyonlarının inspeksiyonu	2.88 (1.61)	22.8	* a	** b
Yaraların inspeksiyonu	2.86 (1.62)	23.4	* a	** b
Glasgow koma ölçeği değerlendirilmesi	2.75 (1.75)	27.3	* a	** b
Yürüyüşün değerlendirilmesi	3.19 (1.63)	18.1	* a	** b

0-1 yanıtın yüzdesi= "Ben bu tekniğin nasıl yapıldığını bilmiyorum" ve "Ben bu tekniğin nasıl yapılacağını biliyorum fakat benim klinik uygulamamın bir parçası değil"

(*) t testi p<0.05 (a) Ankara'daki üniversitede öğrenim gören öğrencilerin lehine anlamlı

(**) t testi p<0.05 (b) Fiziksel değerlendirme becerileri dersini alan öğrencilerin lehine anlamlı

Tablo 4. Hemşirelerin Fiziksel Değerlendirme Becerilerini Kullanma Puan Ortalamaları ve Bazı Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Fiziksel Değerlendirme Becerileri	Yanıtların Genel X (SS)	0-1 yanıtının %	Eğitim seviyesi	Klinik deneyim süresi	Çalıştığı birim
Hareket ve duyu yönünden yüz değerlendirilmesi	2.87 (1.74)	31.1			*** c1
Göz değerlendirilmesi	2.64 (1.69)	29.1			*** c1
Eksternal gözlerin inspeksiyonu	1.86 (1.67)	49.3	* a1		*** c2
Oral kaviteninin inspeksiyonu	2.11 (1.66)	38.5	* a2		
Eforlu nefes değerlendirilmesi	2.39 (1.81)	41.9			*** c1
Konuşma değerlendirilmesi	2.72 (1.68)	29.7			*** c2
Göğüs şeklinin inspeksiyonu	2.26 (1.68)	40.5			
Omurga inspeksiyonu	1.70 (1.55)	58.1			
Meme inspeksiyonu	1.64 (1.48)	59.5			
Boyutu ve simetri durumu açısından kas,ekstremitte inspeksiyonu	1.69 (1.55)	56.1			*** c2
Ten rengi ve kıl büyümesi için ekstremitelerin inspeksiyonu	2.00 (1.69)	46.6			*** c2
Hassasiyet yönünden ekstremitte palpasyonu	2.70 (1.65)	27.7			*** c1
Ödem yönünden ekstremitte inspeksiyonu ve palpasyonu	2.99 (1.51)	19.6	* a3	** b	*** c1
Ekstremitelerin ısınının palpasyonu	2.99 (1.60)	22.3			*** c2
Kas gücü değerlendirilmesi	2.62 (1.59)	29.1	* a4		*** c2
Eklem hareketlerinin gözlenmesi	2.29 (1.65)	36.5			
Kalbin seslerinin oskültasyonu	1.78 (1.68)	52.0			
Akciğer seslerinin oskültasyonu	1.84 (1.60)	50.0			*** c1
Abdomen inspeksiyonu	1.93 (1.51)	43.9			
Hassasiyet, distansiyon yönünden abdomen palpasyonu	1.82 (1.52)	48.6			*** c3
Bağırsak seslerinin abdomenden oskültasyonu	1.89 (1.59)	47.3			
Kapiller dolum palpasyonu ve inspeksiyonu	2.05 (1.74)	48.0			
Dolaşım için distal atımların palpasyonu	2.36 (1.75)	37.2			
Gaitanın incelenmesi ve inspeksiyonu	1.98 (1.66)	46.6			*** c2
Genel cilt renginin inspeksiyonu	2.95 (1.65)	23.0			*** c2
Deri lezyonlarının inspeksiyonu	2.84 (1.65)	24.3			*** c2
Yaraların inspeksiyonu	2.84 (1.70)	27.0			*** c2
Glasgow koma ölçeği değerlendirilmesi	3.05 (1.83)	29.1			*** c2
Yürüyüşün değerlendirilmesi	3.35 (1.61)	20.9			*** c2

0-1 yanıtın yüzdesi= "Ben bu tekniğin nasıl yapıldığını bilmiyorum" ve "Ben bu tekniğin nasıl yapılacağını biliyorum fakat benim klinik uygulamamın bir parçası değil"

(*) KW testi p<0.05 (a1) Eğitim durumu ön lisans olanlara göre lise ve lisansüstü olanların lehine anlamlı,

(a2) Eğitim durumu lise, ön lisans ve lisans olanlara göre lisansüstü olanların lehine anlamlı

(a3) Eğitim durumu ön lisans olanlara göre lisansüstü olanların lehine anlamlı

(a4) Eğitim durumu ön lisans olanlara göre lise, lisans ve lisansüstü olanların lehine anlamlı

(**) KW testi p<0.05 (b) Klinik deneyim süresi 10-19 yıl olanlara göre 0-4 yıl ve 5-9 yıl olanların lehine anlamlı

(***) KW testi p<0.05(c1) Diğer birimlerde çalışanlara göre dahili ve cerrahi birimlerde çalışanların lehine anlamlı

(c2) Diğer birimlerde çalışanlara göre dahili, cerrahi ve yoğun bakım birimlerinde çalışanların lehine anlamlı

(c3) Diğer birimlerde çalışanlara göre dahili ve yoğun bakımda çalışanların lehine anlamlı

Tablolarda yer almamakla birlikte, öğrencilerin ve hemşirelerin fiziksel değerlendirme becerilerine verdikleri yanıtlar karşılaştırıldığında; hemşirelerin hareket ve duyu yönünden yüz değerlendirmesi ($\chi^2=30,888$; $p=0,000$), eforlu nefes değerlendirmesi ($\chi^2=25,309$; $p=0,000$), ekstremite ısısının palpasyonu ($\chi^2=11,961$; $p=0,035$), kas gücü değerlendirmesi ($\chi^2=21,358$; $p=0,001$), eklem hareketlerinin inspeksiyonu ($\chi^2=22,878$; $p=0,000$) ve glaskow koma ölçeğini kullanma ($\chi^2=25,932$; $p=0,000$) becerilerini öğrencilere göre daha fazla yaptıkları saptanmıştır. Öğrencilerin ise göz değerlendirmesi ($\chi^2=17,866$; $p=0,003$), konuşma değerlendirmesi ($\chi^2=13,147$; $p=0,022$), omurga inspeksiyonu ($\chi^2=29,852$; $p=0,000$), meme inspeksiyonu ($\chi^2=23,931$; $p=0,000$), boyut ve simetri açısından kas ve ekstremiteelerin inspeksiyonu ($\chi^2=23,396$; $p=0,000$), hassasiyet yönünden ekstremite palpasyonu ($\chi^2=24,852$; $p=0,000$), kalp seslerinin oskültasyonu ($\chi^2=40,859$; $p=0,000$), akciğer seslerinin oskültasyonu ($\chi^2=21,891$; $p=0,001$), abdomen inspeksiyonu ($\chi^2=13,838$; $p=0,017$), hassasiyet ve distansiyon yönünden abdomen palpasyonu ($\chi^2=11,473$; $p=0,043$), bağırsak seslerinin oskültasyonu ($\chi^2=16,442$; $p=0,006$), kapiller dolum palpasyon ve inspeksiyonu ($\chi^2=18,872$; $p=0,002$), gaitanın incelenmesi ve inspeksiyonu ($\chi^2=12,537$; $p=0,028$), yaraların inspeksiyonu ($\chi^2=16,474$; $p=0,006$) ve yürüyüşün değerlendirilmesi ($\chi^2=17,891$; $p=0,003$) becerilerini hemşirelere göre daha fazla yaptıkları belirlenmiştir.

TARTIŞMA

Hemşirenin hastayla karşılaştığı ilk andan itibaren eksiksiz ve objektif veri toplama, hemşirelik süreci için oldukça önemlidir^{18,19}. Hemşireler veri toplarken ve bakımı yönetirken fiziksel değerlendirme becerilerini etkin bir şekilde kullanmak durumundadır^{19,20}. Hemşirelerin ve hemşirelik öğrencilerinin fiziksel değerlendirme becerilerini kullanma durumlarını belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada, hemşirelerin büyük kısmının fiziksel değerlendirme becerilerini bildiği ve bu becerileri kullandığı belirlenmiştir. Çevik ve ark. (2018) tarafından yapılan çalışmada da, hemşirelerin fiziksel değerlendirme becerileri konusunda yeterli bilgi sahibi olduğu ve bu becerilerini kullandığı belirtilmiştir¹⁷. Çalışmamızda hemşireler fiziksel değerlendirme konusunda yeterli bilgi sahibi olsa bile bunu uygulamaya aktarma konusunda sorun yaşadıklarını, klinik iş yüklerinin fazla olması nedeniyle fiziksel değerlendirmeye yeterli zaman ayıramadıklarını belirtmişlerdir. Öğrencilerin ise büyük kısmının lisans eğitiminde fiziksel değerlendirme dersi aldığı ve yarısından fazlasının fiziksel değerlendirme becerilerini klinik uygulamada kullandığı belirlenmiştir. Bu bulgu literatürdeki araştırma sonuçlarıyla da benzerdir^{12,13}. Hemşirelik öğrencilerinin fiziksel değerlendirme becerileriyle ilgili bilgilerinin yeni ve güncel olması, bilgilerini uygulamaya aktarmak konusunda daha istekli olmaları, klinik uygulamada fiziksel değerlendirme becerilerini daha fazla kullanmalarını sağlamaktadır. Hemşirelik eğitiminde yer

verilen fiziksel değerlendirme becerileri, hasta bakım kalitesini olumlu yönde etkilemektedir^{10,21}.

Araştırmamızda hemşireler fiziksel değerlendirme becerilerini uygulamada karşılaştıkları veya algıladıkları başlıca engelleri; iş yükü, zaman yetersizliği, yeterli bilgi ve beceriye sahip olmadığını düşünmek, fiziksel değerlendirme becerilerini uygulamayı hemşirenin görevi olarak düşünmemek olarak bildirmiştir. Literatürde de benzer şekilde hemşirelerin fiziksel değerlendirme becerilerini uygulamada karşılaştıkları engeller; bilgi eksikliği, hemşirelerin ağır iş yükü^{3,16}, fiziksel değerlendirmenin hekimin görevi olduğu görüşü, hasta sayısının fazla olması, hemşire sayısının yetersiz olması¹⁶, zaman yetmezliği^{3,21} olarak belirtilmiştir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin yarısından fazlasının fiziksel değerlendirme becerilerini klinikte uyguladıkları saptanmıştır. Öğrenciler fiziksel değerlendirme becerilerini uygulamaya ilişkin karşılaştıkları veya algıladıkları başlıca engelleri ise öğretim elemanının fiziksel değerlendirme becerileri uygulamalarını desteklememesi, hastaların fiziksel değerlendirme becerilerinin yapılmasını kabul etmemesi, hekimler tarafından öğrencilerin fiziksel değerlendirme becerilerinin uygulanmasının desteklenmemesi olarak bildirmiştir. Bu sonuçlarla paralel olarak literatürde de öğrencilerin fiziksel değerlendirme becerilerini uygulamada karşılaştıkları engeller; becerileri uygulayacak uygun ortam olmaması, kendilerini geliştirme fırsatı bulamamaları¹², zaman yetersizliği¹⁴, hemşirelik eğitim programlarının heterojenliği²², güven eksikliği, fiziksel değerlendirmeyi doğru yapamama endişesi ve hasta bakımı üzerinde kendisinin bir katkısının olmadığını düşünmesidir^{13,23}. Bu bulgular, hemşirelik lisans eğitiminde yer alan temel hemşirelik derslerinde fiziksel değerlendirmeye yeterince önem verilmediğini düşündürmektedir. Üstelik fiziksel değerlendirme dersinin çoğu zaman seçmeli olması veya müfredatta ders olarak yer almaması, dersin pratik uygulamasını yapacak ekipmanlara veya laboratuvar imkanlarına her okulun sahip olmaması da önemli bir sınırlılıktır.

Fiziksel değerlendirmenin uygulamasında yeterli ve kaliteli eğitimin ne kadar önemli olduğu, bu araştırmanın sonuçlarına da yansımıştır. Fiziksel değerlendirme dersini alan öğrencilerin, dersi almayanlara göre fiziksel değerlendirme becerilerini daha fazla kullandıkları belirlenmiştir. Bu bağlamda, öğrencilerin fiziksel değerlendirmeyle ilgili ayrıntılı ders almaları, bu becerilerin uygulamaya aktarılmasını kolaylaştırabilmektedir. Hemşirelerin ise eğitim seviyesi yükseldikçe fiziksel değerlendirme becerilerini kullanma durumlarının arttığı tespit edilmiştir.

Araştırmada klinik deneyim süresi az olan hemşirelerin, klinik deneyim süresi daha fazla olanlara göre fiziksel değerlendirme becerilerini daha çok kullandıkları saptanmıştır. Bu durumun fiziksel değerlendirme

becerilerinin kazandırıldığı derslere son yıllarda daha çok önem verilmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Cicolini ve ark. (2015) tarafından yapılan araştırmada, yeni mezun hemşireler ve deneyimli hemşirelerin gerçekleştirdiği rutin becerilerin, birkaç teknik dışında, niteliğinde ve niceliğinde anlamlı fark bulunmadığı bildirilmiştir²².

Bu araştırmada dahili, cerrahi ve yoğun bakım kliniklerinde çalışan hemşirelerin diğer birimlerde çalışan hemşirelere göre birçok beceriyi daha fazla kullandıkları belirlenmiştir. Cicolini ve ark. (2015) tarafından yapılan araştırmada da benzer şekilde yoğun bakımda ve bakım evlerinde çalışan hemşirelerin fiziksel değerlendirme becerilerini daha çok kullandıkları saptanmıştır²². Dolayısıyla hastalara uzun süreli bakım ve takip gereken kliniklerde çalışan hemşirelerin fiziksel değerlendirme becerilerini kullanmayla ilgili deneyimlerinin daha fazla olduğu söylenebilir.

Araştırmamızda hemşirelerin ve öğrencilerin klinik ortamda en sık kullandığı fiziksel değerlendirme becerileri birbirinden farklıdır. Koç ve Sağlam (2012) tarafından yapılan bir araştırmada hemşirelerin en sık kullandıkları fiziksel değerlendirme becerileri yaşamsal bulguların ölçülmesi, periferik nabız değerlendirilmesi, bilinç değerlendirmesidir. Uygulama yapmadıkları beceriler ise tiroid bezleri, kraniyal sinirlerin ve derin tendon reflekslerinin değerlendirilmesidir¹⁶. Cicolini ve ark. (2015) tarafından yapılan araştırmada her muayenede en çok uygulanan beceriler; ekstremitelerin, cilt lezyonlarının ve genel cilt renginin inspeksiyonu olarak bildirilmiştir²². Douglas ve ark. (2015) tarafından yapılan araştırmada ise hemşirelik öğrencileri 126 beceriden ortalama olarak yalnızca beş tanesini her uygulamalarında yaptıklarını ve becerilerin büyük kısmının klinik ortamlarda hiç uygulanmadığını belirtmişlerdir¹². Aynı araştırmada öğrencilerin yaptıkları fiziksel değerlendirmenin genel değerlendirme ve gözlemeden ibaret olduğu ve palpasyon, perküsyon, oskültasyon becerilerini kullanmadıkları saptanmıştır.

Araştırmamızda hemşirelerin inspeksiyon yöntemini daha çok kullandıkları belirlenmiştir. İnspeksiyonun daha fazla kullanılma nedeni, daha az beceri gerektirmesi ve daha kolay öğrenilip uygulanması olabilir. Literatürde de kapsamlı fiziksel değerlendirme becerilerinin hepsinin günlük yapılmadığı, hemşirelerin fiziksel değerlendirme becerilerini uygularken kendini genel olarak rahat hissetmediği bildirilmektedir^{10,21,24}. Araştırmamızda hemşirelerin omurga muayenesini ve bazı oskültasyon uygulamalarını (kalp, abdomen ve akciğer sesleri) yapmadığı saptanmıştır. Bunun nedeni ise üst düzey yetkinlik gerektirdiği düşünülerek hemşirelik uygulamasının bir parçası olarak görülmemesi ve daha sık hekimler tarafından uygulanması gerektiğinin düşünülmesi olabilir. Literatürde pek çok araştırmada hemşirelerin fiziksel değerlendirme becerilerini düzenli olarak kullanma konusunda yetersiz oldukları belirtilmiştir^{10,11,21,24}. Öğrenciler açısından baktığımızda ise

inspeksiyon yönteminin yanı sıra bazı oskültasyon (kalp, akciğer, bağırsak sesleri) becerilerinin hemşirelere göre daha fazla yapıldığı görülmektedir. Bunun nedeni ise öğrencilerin yeni edindikleri becerileri uygulamaya aktarma konusunda daha istekli olmaları olabilir. Literatürde hemşirelik öğrencilerinin fiziksel değerlendirme dersinde öğrendikleri becerileri klinikte eksik uyguladıkları ifade edilmiştir^{12,13,25}. Dolayısıyla hemşirelerin ve öğrencilerin fiziksel değerlendirme becerilerini uygulamada karşılaştığı pek çok engel, kliniklerde yeterli uygulama yapmalarına yol açabilmektedir.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Hemşirelerin ve hemşirelik öğrencilerinin fiziksel değerlendirme becerilerini kullanma durumlarını belirlemek amacıyla yapılan bu araştırmada, hemşirelerin ve öğrencilerin çoğunun fiziksel değerlendirme yöntemlerini bilmesine karşın, iş yükü, yeterli zaman bulamama, yeterli bilgi ve beceriye sahip olmadığını düşünme gibi bazı nedenlerden dolayı fiziksel değerlendirme becerilerini daha az kullandıkları sonucuna ulaşılmıştır. Hem öğrencilerin hem de hemşirelerin fiziksel değerlendirme becerilerinden en çok inspeksiyonu kullandığı belirlenmiştir. Hemşirelerin iş yükünün azaltılması ve hizmet içi eğitim programlarında yeterli desteğin sağlanması ile hemşirenin özerkliğinin ve profesyonelliğinin güçleneceği, sistematik bakımın kolaylaşacağı, hemşire-hasta güven ilişkisinin desteklenerek daha kaliteli bakım sağlanacağı düşünülmektedir.

Fiziksel değerlendirme yapılmasına ilişkin karşılaşılan veya algılanan engellerin ortadan kaldırılmasında; hemşirelik lisans eğitimine fiziksel değerlendirme dersinin ve/veya konusunun eklenmesi, hemşirenin rol ve sorumluluklarının ayrıntılı anlatılması, hemşirelere konuyla ilişkili hizmet içi eğitimler planlaması, hemşirelerin ve hemşirelik öğrencilerinin fiziksel değerlendirme becerilerini kullanmalarının desteklenmesi ve fiziksel değerlendirmeye yeterli zaman ayrılabilmesi için çalışan hemşire sayısının artırılması gibi faktörlerin önemli olduğu düşünülmektedir.

Etik Kurul Onayı (Kurul adı, tarih ve sayı no): Gazi Üniversitesi Etik Komisyonu, 17.10.2017– E.147531

Çıkar Çatışması: Bildirilmemiştir.

Finansal Destek: Yoktur.

Katılımcı Onamı: Katılımcılardan sözlü ve yazılı onam alınmıştır.

Yazar katkıları

Araştırma dizaynı: NÇ, ND, BCE

Veri toplama: NÇ, ND, BCE, GE, EE

Literatür araştırması: NÇ, ND, BCE

Makale yazımı: NÇ, ND, BCE, NCSC, ANK, GE, EE

Teşekkür: Araştırmamıza katılmaya gönüllü olan hemşire ve hemşirelik öğrencilerine teşekkür ederiz.

*Bu çalışma, 29 Kasım – 1 Aralık 2018 tarihlerinde Ankara’da gerçekleştirilen 3. Uluslararası Sağlık Bilimleri kongresinde sözel bildiri olarak sunulmuştur.

Ethics Committee Approval: Gazi University Ethics Committee, 17.10.2017– E.147531

Conflict of Interest: Not reported.

Funding: None.

Exhibitor Consent: Verbal and informed consent was obtained from the participants.

Author contributions

Study design: NÇ, ND, BCE

Data collection: NÇ, ND, BCE, GE, EE

Literature search: NÇ, ND, BCE

Drafting manuscript: NÇ, ND, BCE, NCSÇ, ANK, GE, EE

Acknowledgement: We would like to thank all the nurses and nursing students who volunteered to participate to the study.

* This study was presented as an oral presentation at the 3rd International Health Sciences Congress held in Ankara on 29 November - 1 December 2018.

KAYNAKLAR

- Anderson B, Nix E, Norman B, McPike HD. An evidence based approach to undergraduate physical assessment practicum course development. *Nurse Educ Pract.* 2014;14: 242-6.
- Eyüboğlu G, Çalışkan N. Hemşirelerin fiziksel muayene becerilerini kullanmalarındaki engeller. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi.* 2019;8(2):57-61.
- Fennessey A, Wittmann Price RA. Physical assessment: A continuing need for clarification. *Nursing Forum.* 2011;46(1):45-50.
- Görgülü RS. Hemşireler için fiziksel muayene yöntemleri. 1. Baskı. İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık; 2014.
- Lynn P. *Taylor's Clinical Nursing Skills: A Nursing Process Approach.* 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2011.
- Potter PA, Perry AG, Stockert P, Hall A. *Fundamentals of Nursing.* 9th ed. Canada: Elsevier Health Sciences; 2016.
- Jarvis C. *Physical Examination and Health Assessment.* 8th ed. E-Book: Elsevier Health Sciences; 2019.
- Ellen M, Estes Z. *Health Assessment and Physical Examination.* 5th ed. USA: Cengage Learning; 2013.
- Taylor L, Lillis C, Lemone P. *Fundamentals of Nursing: The Art and Science of Nursing.* 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2010.
- Giddens JF. A survey of physical assessment techniques performed by RNs: Lessons for nursing education. *J Nurs Educ.* 2007;46(2):83-7.
- Osborne S, Douglas C, Reid C, Jones L, Gardner G. The primacy of vital signs acute care nurses' and midwives' use of physical assessment skills: A cross sectional study. *Int J Nurs Stud.* 2015;52:951-962.
- Douglas C, Windsor C, Lewis P. Too much knowledge for a nurse? Use of physical assessment by final-semester nursing students. *Nurs Health Sci.* 2015;17:492-9.
- Alamri MS, Almazan JU. Barriers of physical assessment skills among nursing students in Arab Peninsula. *Int J Health Sci.* 2018;12(3):58-66.
- Giddens JF, Eddy L. A survey of physical examination skills taught in undergraduate nursing programs: Are we teaching too much? *J Nurs Educ.* 2009;48(10):24-9.
- Aydın D, Dörtbudak Z. Hemşirelerin hasta tanılama kapsamında fizik muayene bilgi ve uygulamaları –pilot çalışma. *HEAD.* 2004;1(1):29-33.
- Koç Z, Sağlam Z. Determination of physical assessment skills used by nurses in Turkey. *HealthMed.* 2012;6(3):765-73.
- Çevik B, Uğurlu Z, Akyüz E, Kav S, Ersayın A. Hemşirelerin fiziksel değerlendirme becerileri ve uygulamaya ilişkin görüşleri. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi.* 2018;5(1):39-48.
- Potter P, Perry AG, Stockert PA, Hall AM. *Fundamentals of Nursing.* 8th ed. Canada: Elsevier Inc; 2013.
- Craven RF, Hirnle JC, Jensen S. *Fundamentals of Nursing: Human Health and Function.* 7th. ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2013.
- Ramont RP, Niedringhaus DM. *Fundamental Nursing Care.* 2th ed. New Jersey: Pearson; 2007.
- Birks M, Cant R, James A, Chung C, Davis J. The use of physical assessment skills by registered nurses in Australia: Issues for nursing education. *Collegian.* 2013;20:27-33.
- Cicolini G, Tomietto M, Simonetti V, Comparcini D, Flacco MA, Carvello M, et al. Physical assessment techniques performed by Italian registered nurses: A quantitative survey. *J Clin Nurs.* 2015;24:3700-6.
- Sharif F, Masoumi S. A qualitative study of nursing student experiences of clinical practice. *BMC Nurs.* 2005;4:6.
- Giddens J. Comparing the frequency of physical examination techniques performed by associate and baccalaureate degree prepared nurses in clinical practice: does education make a difference. *J Nurs Educ.* 2006;45:136-9.
- Wilson SF, Giddens JF. *Health Assessment for Nursing Practice.* 6th ed. E-Book: Elsevier Health Sciences; 2016

Araştırma makalesi Research article

Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Hastanede Kullanılan Hemşirelik Bakım Planını İyileştirme Konusundaki Görüş ve Önerileri: Karma Modelde Bir Çalışma



İlkay YURTSEVER¹, Şerife KARAGÖZOĞLU²

Öz

Amaç: Çalışma, bir üniversite hastanesinin kliniklerinde kullanılan hemşirelik bakım planını iyileştirmeye yönelik görüş ve önerilerin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma, nicel-nitel araştırma yöntemlerinin birlikte kullanıldığı karma modelde tasarlanmış olup, tanımlayıcı niteliktedir. Araştırmanın örneklemini, bir üniversite hastanesinde bakım planı ile çalışan 226 hemşire oluşturmuştur. Araştırmanın nitel boyutunda 3 ayrı grupta odak grup görüşmesi yapılmıştır. Nicel boyutunda ise odak grup görüşmeleri ve literatür doğrultusunda oluşturulan anket formları bakım planı ile çalışan hemşirelere uygulanmıştır. Nitel verilerin değerlendirilmesinde içerik analizi, nicel verilerin değerlendirmesinde ise tanımlayıcı istatistiksel yöntemler (sayı, yüzde) kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmanın nitel boyutunda odak grup görüşmesine katılan hemşireler genel olarak hemşirelik bakım planı ile çalışmanın yararlı olduğunu ifade etmiş, ancak bakım planı kullanımının birçok faktörün etkisiyle yeterince etkin yapılamadığını bildirmiştir. Araştırmanın nicel boyutunda ise; katılımcıların %70.8'i çalıştıkları kliniklerde bakım planlarının etkin kullanılmadığını belirtmiştir.

Sonuç: Çalışmanın uygulandığı üniversite hastanesinde hemşirelerin hemşirelik bakım planlarını etkin olarak kullanamadıkları ve buna birçok faktörün neden olduğu tespit edilmiştir. Etkili, hedefe dönük ve bireyselleştirilmiş bakım planının hayata geçirilmesini sağlamada, olumsuz kurumsal faktörlerin ortadan kaldırılması ve hemşirelerin iyileştirmeye yönelik çözüm önerilerinin dikkate alınması yararlı olacaktır.

Anahtar kelimeler: Hemşirelik, hemşirelik bakım planı, iyileştirme

ABSTRACT

The Views and Suggestions of Nurses Working at a University Hospital on Improving the Nursing Care Plan Used in the Hospital: A Mixed-Model Study

Aim: The study was conducted with the aim of determining views and suggestions for improving the nursing care plan used in the clinics of a university hospital.

Material and Methods: The research design was mixed method using both quantitative and qualitative methods. The sample of the study consisted of 226 nurses working with the care plan in a university hospital. Focus group discussions were conducted with three different groups in the qualitative dimension of the study. In the quantitative dimension, questionnaire forms created in line with the focus group interviews and the literature were applied to the nurses working with the care plan. Content analysis was used for the evaluation of qualitative data whilst descriptive statistical methods (number, percentage) were employed for the analysis of quantitative data.

Results: In the qualitative part of the research, the nurses participating in the focus group discussions stated that working with a nursing care plan was generally beneficial, but reported that the use of care plan could not be done efficiently due to many factors. In the quantitative part of the research, 70.8% of participants reported that the care plans were not used effectively in the clinics they worked.

Conclusion: It was found that nurses failed to use nursing care plans effectively at the university hospital where the study was conducted and this was caused by many factors. In order to ensure the use of an effective, target-oriented and individualized care plan, it would be beneficial to eliminate negative institutional factors and consider the nurses' suggestions for improvement.

Keywords: Improvement, nursing, nursing care plan

¹Hemşire, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Hemovijlans Birimi, Sivas, Türkiye, E-mail: ilkayyurtsever@hotmail.com, Tel: 0 532 6882766, ORCID: 0000-0001-5460-6137

²Prof. Dr., Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Sivas, Türkiye, E-mail: serifekaragozoglul@gmail.com, Tel: 0 532 7427059, ORCID: 0000-0002-9558-0786

Geliş Tarihi: 21 Kasım 2019, Kabul Tarihi: 19 Haziran 2020

*Bu çalışma, 02-05 Mayıs 2018 tarihlerinde Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi'nde gerçekleştirilen 1. Uluslararası Sağlık Bilimleri ve Yaşam kongresinde sözel bildiri olarak sunulmuştur.

Atıf/Citation: Yurtsever İ, Karagözoğlu Ş. Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Hastanede Kullanılan Hemşirelik Bakım Planını İyileştirme Konusundaki Görüş ve Önerileri: Karma Modelde Bir Çalışma. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2020; 7(3): 215-225. DOI: 10.31125/hunhemsire.834055

GİRİŞ

Hemşirelik süreci sağlıklı/hasta bireyin sağlık bakım gereksinimlerinin tanımlanması ve bireye özgü bakım verilmesinde kullanılan bilimsel bir yaklaşım ve sistematik bir yöntemdir^{1,2}. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) hemşirelik sürecini, hemşirelik bakımında bilimsel problem çözümüyle yönteminin sistemli bir biçimde kullanılması olarak tanımlamıştır³. Hemşirelik uygulamalarının temelini oluşturan hemşirelik süreci, bireyin ve ailenin bakım gereksinimlerinin belirlenmesi, gerekli hemşirelik girişimlerinin planlanması, uygulanması ve sonucunun değerlendirilmesi aşamalarından oluşur^{1,4}. Hemşirelik süreci kavramı ilk kez Lydia Hall tarafından, 1955 yılında bir makalede kullanılmış, daha sonra Johnson (1959), Orlando (1961) ve Wiedenbach (1963) tarafından bir kavram olarak ele alınmıştır. 1967'de Yura ve Walsh hemşirelik sürecinin dört aşamasını belirlemiştir². Bu tarihten sonra bazı lider hemşireler ve hemşirelik kuruluşları, hemşirelik süreci aşamalarını benzer yaklaşımla, fakat farklı adımlarla ele almışlardır⁴.

Birçok sanat, meslek ve disiplinde olduğu gibi hemşirelik de hem mesleki gelişmeleri hem de artan toplumsal beklentileri karşılayabilmek için vazgeçilmez bir ölçüt olan bilimselliği temel almaktadır⁴. Hemşireler bakımın sistematigi için bilimsel bir araç olarak hemşirelik sürecini kullanır⁴. Hemşirelik bakımında hemşirelik sürecinin kullanılmasının birçok yararı vardır. Hemşirelik süreci kullanılarak planlanan bakım; veri toplama, plan yapma, uygulama ve sonuçları değerlendirme yoluyla birey merkezli yaklaşımı ve bilgiye dayalı uygulamaları esas alarak, kaliteli hizmet sunumunu sağlar^{1,4-6}. Hasta bakımının görünürlüğü, kanıtlanabilirliğini artırır^{1,5,6}. Hemşirelik süreci, eleştirel düşünmenin ışığında hastanın sorunlarını sistematik bir biçimde saptama, bunların çözümü için plan yapma, planı uygulamaya koyma, yapılan planı tanımlama ve sorunların çözümündeki etkisinin derecesini değerlendirmeyi sağlayarak, hemşirenin karar verme, araştırma, savunma, değişim, liderlik, yardım etme ve eğitim gibi rollerini kullanmasına fırsat verir^{5,7}. Bakımın kayıt edilmesini kolaylaştırır, hastaya verilen bakımın daha objektif olarak değerlendirilmesini sağlar^{1,5,6}.

Dünyada birçok ülkede profesyonel hemşirelik bakımının sunumunda hemşirelik süreci yaklaşımı kullanılmaktadır. Ülkemizde ise Hemşirelik Kanunu (2007) ile hemşirelerin hemşirelik süreci doğrultusunda birey ve toplumun sağlık gereksinimlerini belirleme, hemşirelik bakımını planlama, uygulama ve değerlendirmesi, diğer bir anlamda bilimsel problem çözme yöntemi olan hemşirelik süreci ile bakım vermesi kanunlaştırılmıştır⁸. Öte yandan hemşirelik süreci ile çalışmanın Sağlık Hizmet Kalite Standartları Hasta Bakım Hizmetleri' nde zorunlu bir uygulama olması birçok hastanede hemşirelik süreci yaklaşımının klinik uygulamalarda kullanımının yaygınlaşmasını sağlayacak birtakım girişimlerin hayata geçirilmesine neden olmuştur⁹. Hemşirelik sürecinin kullanımında; hemşirelik mesleğine ve bakım kalitesine olan olumlu katkıları ve yasal düzenlemelerin etkisiyle artış olmuştur ancak hemşirelerin çeşitli nedenlerden dolayı (Klinik uygulama alanlarında kısıtlı

zaman, fazla iş yükü, personel ve malzeme yetersizliği, bilgi ve eğitim eksikliği, hemşireler tarafından iş yükü olarak görülmesi) uygulamada hemşirelik sürecini yeterince kullanmadığı da bilinen bir gerçektir¹⁰. Nitekim bu konuda yapılan araştırmalar, hemşirelik sürecinin kullanımı ile ilgili güçlüklerin (Yüksek oranda iş yükü, hasta sayısının fazla olması, sistem/alt yapı eksikliği, eleman yetersizliği, zaman yetersizliği, yeterli bilgi ve donanıma sahip olmama, bakım planı ile çalışmayı iş yükü olarak görme) yaşandığını ortaya koymakta bu güçlüklerle karşın, kliniklerde hemşirelik sürecinin uygulanabilirliğini sağlanmaya yönelik öneriler sunmaktadır¹⁰⁻²¹. Bu kapsamda ele alındığında bu çalışmada bir üniversite hastanesinde, hemşirelik süreci doğrultusunda oluşturulan bakım planlarının uygulanmasına yönelik güçlüklerin tespit edilmesi ve mevcut uygulamanın iyileştirilmesine yönelik görüş ve önerilerin belirlenmesi hedeflenmiştir.

Araştırmanın Amacı

Çalışmadan elde edilecek sonuçlar ile hemşirelik süreci yaklaşımıyla hazırlanan bakım planlarının klinik ortamlarda etkin kullanımını engelleyen faktörlerin açığa çıkarılmasını sağlamaktır.

GEREÇ ve YÖNTEM

Araştırmanın Türü

Araştırma nicel-nitel araştırma yöntemlerinin birlikte kullanıldığı karma modelde tasarlanmış olup, tanımlayıcı niteliktedir. Çalışma iki aşamada yürütülmüştür. Birinci aşamada odak grup görüşmeleri yapılmış, ikinci aşamada odak grup görüşmeleri ve ilgili literatür^{1,6,10-14,16-19} doğrultusunda oluşturulan anket formu örneklem grubuna uygulanmıştır.

Araştırma Evren ve Örneklemi

Çalışmanın gerçekleştirildiği üniversite hastanesinde, hemşirelik bakım planının kullanılmasına ilişkin çalışmalar 2013 yılı Nisan ayı itibarıyla hastane başhemşireliği tarafından başlatılmıştır. Başhemşirelik tarafından Kuzey Amerika Hemşirelik Tanılama Birliği (NANDA) tanıları incelenerek bu tanılardan 89 tanesini içeren standart bakım planları oluşturulmuştur. Oluşturulan standart bakım planları bilgisayarda aynı formatta yazılmış ve Hastane Kalite Birimi ile iletişime geçilerek form doküman numarası alınmıştır. Formlar tüm birimlerde ünite bilgisayarlarına "Ortak klasör" adıyla ana ekrana tanımlanmıştır. Hemşireler hastanın tanımlayıcı özelliklerine takip edecekleri (taniya göre düzenlenmiş) planı bilgisayardan kâğıt çıktısı şeklinde alarak doldurmakta ve dosyalamaktadır.

Her hemşirelik tanısı için ayrı bir form düzenlenmiştir. Formlar hastada bulunan tanımlayıcı özellikleri yazmak için ayrılmış bir alan içermektedir. Aynı form üzerinde hemşirelik tanısına yönelik yapılabilecek tüm hemşirelik uygulamaları numara verilerek sıralanmıştır. Hemşire formun hemşirelik uygulamaları alanına yaptığı uygulamanın numarasını sayı olarak her shift kaydetmektedir. Hasta bakım süreci hasta yatışı ile başlamakta, değişen durumlarda yeni tanımlar için yeni çıktı alınmaktadır. Oluşturulan bakım planları hastane genelinde uygulanmaya başladıktan sonra hemşireler tarafından bakım planı ile çalışmada yaşanan zorluklar ifade

edilmeye ve kullanılan formatın daha uygun hale getirilmesi konusunda öneriler sunulmaya başlanmıştır.

Birinci Aşama

Nitel araştırmanın örnekleme amaçlı örnekleme yöntemlerinden benzeşik (Homojen) örnekleme yöntemi ile seçilmiştir. Hastanede halen kullanılmakta olan bakım planı formatının geliştirilmesine katkı sağlayan 5 hemşire birinci görüşme grubunu, bakım planlarının düzenli olarak kullanıldığı dahili ve cerrahi kliniklerin sorumluluğunu yürüten 10 hemşire ikinci görüşme grubunu, bakım planlarının düzenli olarak kullanıldığı dahili ve cerrahi kliniklerde vardiyada görev yapan 10 hemşire üçüncü görüşme grubunu oluşturmuştur. 3 ayrı gruba görüşme yapılmasının amacı, kurumda hemşirelik bakım planını oluşturan, klinik yöneticisi olarak görev yapan ve bakım planını uygulayan hemşireler açısından farklı bakış açılarıyla kullanılan hemşirelik bakım planına yönelik sorunları ve çözüm önerilerini tespit etmektir.

İkinci Aşama

Nicel araştırmanın evrenini, bir üniversite hastanesinde 1 Şubat- 31 Temmuz 2017 tarihleri arasında hemşire olarak görev yapan ve hemşirelik süreci doğrultusunda bakım planı ile çalışan 304 hemşire oluşturmuştur. Hastanede hemşirelik bakım planı sadece yatan hastalara uygulanmaktadır. Odak grup görüşmeleri sonrasında oluşturulan anket formunun ön uygulamasına dahil edilen 15 hemşire, araştırmanın yapıldığı tarihte izinli ya da raporlu olan 35 hemşire, veri toplama formunda hata tespit edilen 6 hemşire, araştırmaya katılmayı kabul etmeyen 15 hemşire ve hemşire dışında görev yapan 7 ebe araştırma kapsamı dışında bırakılmış ve 226 hemşire örnekleme alınmıştır.

Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri, odak grup görüşmeleri ve literatür^{1,6,10-14,16-19} doğrultusunda oluşturulan anket formu ile toplanmıştır.

Veri Toplama Araçları

Anket Formu

Çalışmanın ikinci aşamasında kullanılan anket formunda sorular üç bölüm halinde oluşturulmuştur. Formun birinci bölümünde, hemşirelerin bazı bireysel ve mesleki tanıtıcı özellikleri (17 soru), ikinci bölümünde bakım planı sürecinin kullanması sırasında yaşanan güçlükleri belirlemeye yönelik (14 soru) çoktan seçmeli sorular sorulmuştur. Üçüncü bölümünde ise odak grup görüşmeleri sonucunda belirlenen bakım planı sürecinin kullanması sırasında yaşanan güçlüklerle yönelik çözüm önerilerini sıralanmış ve kendilerine uygun olan önerileri işaretlemeleri istenmiştir.

Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Birinci Aşama: Nitel Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

1 Şubat- 31 Mart 2017 tarihleri arasında üç ayrı gruba her biri 60-75 dakika süren ikişer odak grup görüşmesi yapılmıştır. Görüşme günleri grupta bulunan hemşirelerin çalışma listeleri de göz önüne alınarak planlanmıştır. Gruplara ayrılan hemşirelere araştırmanın tarihi, saati ve yeri hakkında bilgi verilmiştir. Belirlenen tarihler ve saatlerde U oturma düzeninin oluşturulduğu hastane kalite birimi toplantı salonunda, bir moderatör ve bir raportör ile

görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Odak grup görüşmeleri, birbirinden ayrı üç gruba gerçekleştirilmiş, katılımcılardan izin alınarak video kamera ve ses kayıt cihazı kullanılarak kayıt altına alınmıştır. Görüşmeler için yapılandırılmış 10 açık uçlu soru hazırlanmış ve her gruba aynı sorular sorulmuştur. Görüşmelerde mevcut bakım planlarının geliştirilme süreci, standart bakım planının farklı kliniklerde uygulanabilirliği ve etkinliği, bakım planı ile çalışmanın getirdiği avantajlar, dezavantajlar ele alınmıştır.

İkinci aşama: Nicel Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Odak grup görüşmelerinden elde edilen veriler ve ilgili literatür^{1,6,10-14,16-19} kapsamında oluşturulan anket formu, 1 Nisan- 31 Temmuz 2017 tarihleri arasında bakım planı ile çalışan ve araştırmaya katılmayı kabul eden tüm hemşirelere uygulanmıştır. Araştırmaya katılan hemşirelere çalışma hakkında sözel bilgi verilip yazılı onamları alınmıştır. Veriler, hemşireler ile yüz yüze görüşme yöntemiyle, ortalama 15 dakika görüşülerek elde edilmiştir.

Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın uygulanabilmesi için araştırmanın yapılacağı hastanenin yönetiminden yazılı izin ve Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onam alınmıştır (2017- 01/24). Araştırmaya katılan tüm hemşirelere bilgilendirilmiş onam formu okunarak, sözlü ve yazılı izinleri alınmıştır.

Verilerin Analizi

Birinci Aşama

Nitel Verilerin Analizi

Odak grup görüşmelerinde kayıt altına alınan nitel veriler araştırmacılar tarafından içerik analizi ile değerlendirilmiştir. Kayıtlar yazılı ortama aktarılarak, benzer ifadeler alt alta eklenmiş, özetleyici içerik analizi yöntemi kullanılarak özetlenmiştir. Elde edilen veriler üzerinde yapılan inceleme sonucunda uzman görüşü alınarak temalar belirlenmiştir. Bu uzmanların hepsi Hemşirelik Esasları alanında doktora yapmış olup, üçü akademik alanda, üçü ise klinik alanda görev yapmaktadır. Veriler üç anahtar tema (Engeller, Öneriler, Yararlar) altında toplanmıştır. Odak grup görüşmelerinden elde edilen veriler, anket formunun oluşturulması sürecinde kullanılmıştır.

İkinci aşama

Nicel Verilerin Analizi

Verilerin analizinde SPSS 16 versiyonu kullanılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel yöntemler (sayı, yüzde) kullanılmıştır.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma, verilerin toplandığı üniversite hastanesinde görev yapmakta olan hemşirelerle sınırlıdır. Bu nedenle sonuçlar yorumlanırken bu sınırlılığın dikkate alınması gerekmektedir. Bu çalışmanın bir sınırlılığı da araştırmaya katılan hemşirelerin kendi bildirimine dayanmasıdır. Dolayısıyla sonuçlar, araştırma kapsamına alınan hemşirelerin vermiş oldukları yanıtlarla sınırlıdır.

BULGULAR

Birinci Aşama

Odak grup görüşmesine katılan hemşirelerin bazı mesleki özellikleri Tablo 1'de belirtilmiştir.

Hemşireler ile yapılan görüşmeler sonunda üç ana tema belirlenmiştir: (1) Yararlar: Hemşirelik bakım planı ve yararlarına ilişkin görüşler, (2) Engeller: Hemşirelik bakım planı eğitimi ve hastanede kullanılan hemşirelik bakım planına ilişkin görüşler, (3) Öneriler: Hastanede kullanılan hemşirelik bakım planının daha etkin hale getirilmesine ilişkin görüşler.

Tema 1. Bakım Planı Uygulamasının Yararları

Gruplarda yer alan katılımcılar hemşirelik süreci doğrultusunda hemşirelik bakım planı ile çalışmanın yararlı ve hemşireliğin olmazsa olmaz çalışma yöntemi olduğunu, hemşirelik bakımını görünür kıldığını, bilgi ve deneyimi yansıtan bir evrak niteliğinde olduğunu, çalışanlara rehberlik ettiğini, hastaya bireysel bakım vermeyi sağladığını, çalışanı yasal anlamda korumak için kullanılması gereken zorunlu bir yöntem olduğunu, hastaya ancak bu yöntem ile bütüncül bir bakım verilebileceğini ifade etmişlerdir. Bu kapsamda katılımcıların konuya ilişkin ifadeleri şöyledir:

"Bakım planının olması bakımın sistematik olmasını sağlıyor, bakımın atlanmasını önüyor, hastanın öncelikli sorunlarını fark etmeyi sağlıyor, olması gerekir, geç kalınmış. Çok form dolduruluyor ama hemşirelik bakımını gösteren aslında bakım planıdır, hemşire sorunları ilk fark eder ama bu görünmüyordu. Olmazsa olmaz. Bakım planı hemşirelik hizmetlerinin görünür olmasını sağlıyor, aynı zamanda yasal dayanaktır." (K1, Yüksek Lisans, 33 yaş, Birinci Görüşme Grubu)

"Hemşirelikte bakımın sanata dönüştürülmesidir..." (K2, Lisans, 43 yaş, İkinci Görüşme Grubu)

"Hekim nasıl anamnez alıp tanı koyuyorsa, ben de anamnez alıp, hemşirelik tanısı koyabilmeliyim. Kâğıt işi gibi algılanıyor, bu kadar elemanla bunu yapmak zor ama belli bir aşamaya geldiğinde daha iyi olacağını, kendiliğinden yapılacağını, bu kurumda çalışan hemşirelerin bu iş için avantaj olduğunu düşünüyorum. Zaman olarak 40 hastaya birer tanı koymayı yapabiliyoruz. Hasta açısından yapmamız gereken, zaman alan çok işler var. Olmalı ama eklenecek şeyler var." (K1, Lisans, 41 yaş, İkinci Görüşme Grubu)

"Bakım planı etkin kullanıldığında hemşirenin pusulasıdır. Ne yaptığımızı ne ettiğimizi ne yapacağımızı gösterir. Bunun yanında hemşirelik mesleğinin sadece enjeksiyon yapmadan ya da tansiyon ölçmeden ibaret olmadığını gösteren resmi bir evraktır. Etkin kullanıldığında bizim mesleğimiz eşittir bakım planı diyebiliriz." (K3, Lisans, 31 yaş, Üçüncü Görüşme Grubu)

Tema 2. Bakım Planının Uygulanmasında Yaşanan Engeller

Katılımcılar genel olarak; gerekliliğine inanmakla birlikte bakım planını isteksiz ve zorunlu olarak yaptıklarını, yapılan bakım planının etkin olmadığını ve bu duruma birçok faktörün neden olduğunu bildirmiştir. Katılımcılar bakım planının uygulanmasında birçok sorunla karşılaştıklarını belirtmiş ve bu sorunları şu şekilde sıralamıştır: Kliniklerde hemşire sayısının yetersiz olması, bakım verilen hasta sayısının fazla olması, zaman yetersizliği, bakım planı ile çalışmaya başlamadan önce tüm uygulayıcıların kapsamlı ve sistematik bir eğitim sürecinden geçmemesi, basılı formların dosyalarda çok yer kaplaması, kâğıt israfının yaşanması,

doldurulması gereken çok fazla formun bulunması, bakım kaydı ve kabul formundaki bazı bilgilerin birden çok yere yazılması gerekliliği, dosyalama sisteminin standart ve uygun olmaması, kliniklere özgü tanılamamanın yapılamaması, yetersiz veri toplanması, hastanın gereksinimlerine yanıt verecek bireyselleştirilmiş bakım planının uygulanmaması, öğrencilik döneminde yaşanan olumsuz deneyimler ve iş yükü olarak görülmesi. Bu kapsamda katılımcıların konuya ilişkin ifadeleri şöyledir:

"Bakım planının yapılması gerekiyor ama öğrencilikte sürekli yapıldığı için çalışırken insan sıkılabiliyor. Meslek hayatında 2-3 değil, 15 hastaya bakım planı yapıyoruz. Bu nedenle bakım planı yapmak zaman kaybı gibi gelebiliyor." (K4, Yüksek Lisans, 43 yaş, Birinci Görüşme Grubu)

"İtiki formunu kullanmak zorunlu deniyor, bakım planında travma riski de var. Aynı formların sürekli doldurulması gereksiz. Örneğin dekübit formu ve bakım planındaki yara bakımının birlikte doldurulması, kabul formundaki bazı bilgilerin birçok yere yazılması gereksiz iş yükü." (K3, Lisans, 41 yaş, Birinci Görüşme Grubu)

"Teknoloji çağındayız, yeni nesil neden elden dolduruyoruz diyor. Neden bilgisayar olmuyor. Örneğin dijital... Bakım planı dijital olmadığı için daha az tanı konulabiliyor. Hasta odalarına bir dijital neden yapıştırmıyor bu noktaya gelmesinde çok büyük emekler var. Daha farklı olabilirdi en başta online olacaktı ama sistemsel paket yüzünden yapamadık." (K1, Yüksek Lisans, 33 yaş, Birinci Görüşme Grubu)

"Dosyalar açısından sıkıntı var. Delgeçle hepsini tek tek delmek zaman alıyor. Bunu muhafaza edecek güzel bir dosya olması gerekiyor ama kullanıma uygun dosya olmadığı için hemşire açısından sıkıntı. Uygun dosyalama sisteminde sorun oluyor." (K5, Lisans, 33 yaş, İkinci Görüşme Grubu)

"Ben klinikte ve hastanede veri toplama konusunda eksiklik olduğunu düşünüyorum. Bu konuda eğitim alabiliriz diye düşünüyorum. Veri olmadan bakım planının anlamı olmadığını düşünüyorum." (K5, Lisans, 31 yaş, Üçüncü Görüşme Grubu)

"Hastaya faydası olmuyor, zaten uygulamaları yapıyoruz, kaydediyoruz. Yaptık mı yaptık... Hastaya da bana kattığı bir şey olmadığından bir dezavantaj olarak görüyorum. Vakit kaybına neden oluyor." (K3, Lisans, 31 yaş, Üçüncü Görüşme Grubu)

Tablo 1. Odak Grup Görüşmesi Yapılan Grupların Bazı Mesleki Özelliklerine Göre Dağılımı

GÖRÜŞME GRUPLARI						
Özellikler	Bakım Planını Geliştiren Grup n=5		Klinik Sorumlusu Grubu n=10		Mesai / Vardiya Grubu n=10	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yaş						
19-25 yaş	-	-	-	-	1	10
26-32 yaş	-	-	-	-	6	60
33-39 yaş	1	20	5	50	3	30
40 yaş ve üzeri	4	80	5	50	-	-
Eğitim Durumu						
Lisans Mezunu	3	60	9	90	10	100
Lisansüstü Mezunu	2	40	1	10	-	-
Çalışılan Klinik						
Cerrahi Klinik	2	40	2	20	4	40
Dahili Klinik	2	40	5	50	5	50
Acil Servis	-	-	1	10	-	-
Yoğun Bakım	-	-	2	20	1	10
Başhemşirelik	1	20	-	-	-	-
Çalışma Süresi						
5 yıl ve altı	-	-	-	-	4	40
6-10 yıl	-	-	-	-	4	40
11-15 yıl	1	20	5	50	2	20
16 yıl ve üzeri	4	80	5	50	-	-
Toplam	5	100	10	100	10	100

Tema 3. Hastanede Kullanılan Hemşirelik Bakım Planının Daha Etkin Hale Getirilmesine İlişkin Öneriler

Katılımcılar genel olarak kurumda kullanılmakta olan hemşirelik bakım planının geliştirilmesi ve daha etkin hale getirilmesine yönelik şu önerilerde bulunmuşlardır:

Format ile ilgili olarak; bakım planının bilimsel dayanaklar ile yeniden yapılandırılması, farklı birimlerin kendilerine özel tanımlar koyabilmesi ve bu konuda alanında uzman kişilerden görüş alınması, basılı formda veri kaydı, bakımın değerlendirilmesi ve imza için yeterli, uygun alanların bulunması, değerlendirme alanının çek atılabilir şekilde düzenlenmesi, **kurumsal olarak;** çalışan sayısının artırılması, bakım planının bilgisayar tabanlı kayıt sistemi çerçevesinde yeniden yapılandırılması ve bunun üst yönetim tarafından desteklenmesi, tüm bakım kayıtlarının bakım planı kapsamında yer alması, bakım planının performans ödemelerine yansıtılması, yöneticiler tarafından kurumda çalışanların motivasyonunu artıracak girişimlerin hayata geçirilmesi ve çalışma koşullarının iyileştirilmesi, **eğitimle ilgili olarak;** bakım planı eğitimlerinin yıllık eğitim hedeflerine konulması, kurumda verilecek eğitimlerin kliniklere özel olarak, periyodik aralıklarla yapılması ve dijital kayıt yapan hastanelerin ziyaret edilmesi. Katılımcıların konuya ilişkin ifadeleri aşağıda verilmiştir:

"Bakım planı dijital olsa daha iyi olur. Bazı hastanelerde bunun yapıldığı sistemler varmış. Bir çek atılıp gidilmesi çok büyük kolaylık. Bakım planı hastane kalite sistem denetiminde 25 puan getiren bir uygulama. Bu nedenle kurum; bu uygulamanın daha etkin hale getirilmesi konusunda gerekli her tür katkı ve desteği sağlamalı." (K1, Yüksek Lisans, 33 yaş, Birinci Görüşme Grubu)

"Hem hemşire gözlem kağıdına yazıp hem de bakım planı yapıyoruz. Her ikisinde de yazmak zaman alıyor. Ekip, hemşire gözleme tekrar yazmayalım diyor. Ağız, göz bakımı hem gözlemede var hem de bakım planlarında var. Örneğin beslenme her ikisinde de var. Gözlem hemşirenin sadece not düşeceği yer olsun. Bakımlar bakım planında olsun. Tek birine not düşülmesi gerekir." (K1, Lisans, 41 yaş, İkinci Görüşme Grubu)

"Mevcut bakım planları servislere özel değil. Bölümlerde birimlere özel çalışmalar yapılabilir. Örneğin; Psikiyatri, Göğüs Hastalıkları, Kadın Doğum alanlarında özel çalışmalar olabilir. Genel bir çalışma yapılmış; şimdi de her bölüme özel bakım planı çalışmaları yapılabilir. Örneğin, Göğüs Hastalıklarına yönelik tanımlar yetersiz, buna yönelik çalışılması gerekir." (K9, Lisans, 39 yaş, Üçüncü Görüşme Grubu)

İkinci Aşama

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin yaş ortalamasının 30 ± 4.23 (min: 26, maks: 42) olduğu, %77.9'sinin kadınlardan oluştuğu görülmektedir. %73.0'ı lisans mezunu, %67.7'si kadroludur. Hemşirelerin %41.6'sı 5 yıl ve altında meslekte çalışma süresine sahip olup, %41.6'sı dahili kliniklerde, %79.2'si 8 saatlik vardiyalar şeklinde çalışmaktadır. Hemşirelerin %77,9'u haftalık 41 saat ve üzerinde çalışmakta, %34.1'i günlük ortalama 21 ve üzeri sayıda hastaya bakım vermektedir. Katılımcıların %65.9'u mesleğini isteyerek seçtiğini, %51.8'i mesleğinden memnun olduğunu belirtmiş olup, %76.5'inin mesleki dernek üyeliği bulunmamaktadır (Tablo 2).

Tablo 2. Hemşirelerin Bazı Demografik ve Çalışma Özelliklerine Göre Dağılımı (n=226)

Tanıtıcı Özellik	Sayı	%
Yaş		
19-25 yaş	54	23.9
26-32 yaş	108	47.8
33-39 yaş	40	17.7
40 yaş ve üzeri	24	10.6
Cinsiyet		
Kadın	176	77.9
Erkek	50	22.1
Medeni durum		
Evli	95	42.0
Bekar	131	58.0
Eğitim durumu		
Lise	27	11.9
Önlisans	16	67.1
Lisans	165	73.0
Yüksek lisans ve üzeri	18	8.0
Meslekte toplam çalışma süresi		
5 yıl ve altı	94	41.6
6-10 yıl	74	32.7
11-15 yıl	24	10.6
16 yıl ve üzeri	34	15.0
Kadro durumu		
Kadrolu	153	67.7
Sözleşmeli	73	32.3
Çalışılan klinik		
Dahili klinik	94	41.6
Cerrahi klinik	64	28.3
Acil servis	16	7.1
Yoğun Bakım	52	23.0

Tablo 2. Hemşirelerin Bazı Demografik ve Çalışma Özelliklerine Göre Dağılımı (n=226)

Tanıtıcı özellik	Sayı	%
Klinikteki görevi		
Klinik sorumlusu	34	15.0
Klinik hemşiresi	192	85.0
Çalışma sistemi		
Gündüz mesai	47	20.8
Vardiya	179	79.2
Haftalık çalışma süresi		
40 saat	50	22.1
41 saat ve üzeri	176	77.9
Günlük bakım verilen hasta sayısı		
1-10 hasta	75	33.2
11-20 hasta	74	32.7
21 ve üzeri sayıda hasta	77	34.1
Mesleği isteyerek seçme durumu		
Evet	149	65.9
Hayır	77	34.1
Mesleğinden memnun olma durumu		
Memnun	117	51.8
Memnun değil	109	48.2
Mesleki dernek üyeliği		
Var	53	23.5
Yok	173	76.5
Toplam	226	100.0

Tablo 3’de araştırma kapsamına alınan hemşirelerin bakım planı kullanımına ilişkin bilgilerini yeterli bulma durumları ve bilgi kaynaklarına göre dağılımı sunulmuştur. Tabloda, sağlık profesyonellerinin %65.9’unun bakım planı kullanımına ilişkin bilgilerini yeterli bulduğunu görülmektedir. Hemşirelerin klinik bakım planı kullanımına ilişkin bilgi edindikleri kaynaklar mezuniyet öncesi örgün eğitim programları (%88.1), klinik sorumlusu (%14.2) ve meslektaşlar (%5.8) olarak sıralanmaktadır.

Katılımcıların %70.8’i çalıştıkları kliniklerde bakım planlarının etkin kullanılmadığını belirtmiştir. Katılımcıların (n=226) bakım planlarının etkin kullanımına engel olduğunu düşündükleri durumlar arasında ilk üç sırada; iş yükünün fazlalığı (%66.8), sağlık personelinin sayısal azlığı (%66.4) ve zaman yetersizliğinin (%63.3) geldiği görülmektedir (Tablo 4).

Tablo 3. Hemşirelerin Bakım Planı Kullanımına İlişkin Teorik Bilgilerini Yeterli Bulma Durumları ve Bilgi Kaynaklarına Göre Dağılımı (n=226)

	Sayı	%
Teorik Bilgiyi Yeterli Bulma Durumu		
Yeterli	149	65.9
Yetersiz	77	34.1
Toplam	226	100.0
Bilgi Kaynakları*		
Mezuniyet öncesi örgün eğitim programı	199	88.1
Klinik sorumlusu	32	14.2
Meslektaş	13	5.8

*Birden fazla yanıt olduğu için yüzdeler n üzerinden alınmıştır.

Tablo 4. Hemşirelerin Çalıştıkları Kliniklerde Bakım Planını Etkin Kullanma Durumları ve Bakım Planı Kullanımına Yönelik Engellerinin Dağılımı (n=226)

	Sayı	%
Evet	66	29.2
Hayır	160	70.8
Toplam	226	100.0
Engeller *		
İş yükünün fazla olması	151	66.8
Sağlık personelinin sayısal azlığı	150	66.4
Zaman yetersizliği	143	63.3
Hasta sayısının fazla olması	140	61.9
İş merkezli çalışma	95	42.3
Bilgisayar tabanlı veri toplama ve bakım planı sisteminin olmaması	95	42.0
Bakım planının iş yükü olarak görme	91	40
Malzeme yetersizliği	80	35.4
Bilgi eksikliği	38	16.8

* Birden fazla yanıt olduğu için yüzdeler n üzerinden alınmıştır.

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin önerileri arasında ilk sırada sağlık personeli sayısının artırılması (%96.9) yer almaktadır. Bu öneriyi bakım planı kullanımına ilişkin periyodik hizmet içi eğitimlerin verilmesi (%94.2) ve hasta bakımı kaydında kullanılan form sayısının azaltılması (bası yarası, düşme riski formları vb.) (%93.4) gibi öneriler izlenmektedir (Tablo 5).

Tablo 5. Hemşirelerin Bakım Planı Kullanımının İyileştirilmesine İlişkin Çözüm Önerilerinin Dağılımı (n=226)

Öneriler	Katılıyorum		Katılmıyorum	
	Sayı	%	Sayı	%
Kurumsal Öneriler				
Hemşire sayısının artırılması	219	96.9	7	3.1
Hasta bakımı kaydında kullanılan form sayısının azaltılması (Bası yarası, düşme riski, gibi formların kaldırılması)	211	93.4	15	6.6
Bakım planlarının bilgisayar tabanlı kayıt sistemi ile yeniden yapılandırılması için fiziki koşulların hazırlanması	205	90.7	21	9.3
Hasta kabul formlarında bulunan ama kullanılmayan bazı alanların kaldırılması	192	85.0	34	15.0
Bası yarası ve düşme riski ile ilgili formların risk derecelendirmeye yönelik olarak ön yüzünde bulunan alanların bulunması ancak hemşirelik bakımına yönelik diğer kayıtlarının bakım planından takip edilmesi	202	89.4	24	10.6
Kurumda bakım planları için standart dosyalama sisteminin olması	202	89.4	24	10.6
Bakım planı uygulamasının performans ödemelerine yansıtılması	203	89.8	23	10.2
Çalışan motivasyonunun artırılması	199	88.1	27	11.9
Gözlem notlarının ya da bakım planlarının kayıta kullanılması (Hemşire gözlemlerin arka sayfasında bulunan not bölümünün kaldırılması ve hemşire vardiya değişimlerinde teslimlerin bakım planı kayıtları üzerinden verilmesi)	192	85.0	34	15.0
Hasta eğitimleri ile ilgili kayıtların bakım planından yapılması	193	85.4	33	14.6
Hastane yönetimi tarafından fiziki koşulların oluşturulması (Gerekli malzeme, araç- gereç desteğinin sağlanması)	168	74.3	58	25.7
Eğitim ile İlgili Öneriler				
Bakım planı kullanımına ilişkin periyodik hizmet içi eğitimler verilmesi	213	94.2	13	5.8
Bakım Planı Formatı ile İlgili Öneriler				
Kliniklere özgü sık kullanılan tanıların belirlenip bir formda yer alacak şekilde birleştirilmesi (Mevcut bakım planı formatının bu şekilde revize edilmesi)	205	90.7	21	3.3
Tanımlara yönelik değerlendirme kriterlerinin bakım planı formlarına eklenmesi ve çentik atılabilir şekilde düzenlenmesi	205	90.7	21	9.3
Tanı ve uygulamaların ilgili alanda uzman kişilerle çalışılarak artırılması, kliniklere özgü ve bireyselleştirilmiş formata dönüştürülmesi	203	89.8	23	10.2
Klinik bilgisayarlarında hastaların tıbbi tanısına yönelik konulabilecek tanıların ayrı klasörler altında toplanması	190	84.1	36	15.9
Mevcut formda hemşirenin imza atacağı bir alan oluşturulması	177	78.3	49	21.7
Bakım planında bulunan değerlendirme alanının genişletilmesi	154	68.1	72	31.9
Bakım planı formlarına verilerin kayıt edilebilmesi için alan eklenmesi	172	76.1	54	23.9

* Birden fazla yanıt olduğu için yüzdeler n üzerinden alınmıştır.

TARTIŞMA

Bir üniversite hastanesinde hemşirelik süreci doğrultusunda oluşturulan bakım planlarının uygulanmasına yönelik güçlüklerin tespit edilmesi ve mevcut uygulamanın iyileştirilmesine yönelik görüş ve önerilerin belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmada, odak grup görüşmesine katılan hemşirelerin, genel olarak hemşirelik bakım planı ile çalışmayı yararlı bulduğu, ancak bakım planlarını birçok faktörün etkisiyle yeterince etkin kullanamadıkları sonucuna ulaşılmıştır. Çalışmamızın nitel verileri kapsamında katılımcılar tarafından hemşirelik bakım planı uygulamasına yönelik yaşadıkları güçlükler; kliniklerde hemşire sayısının yetersiz olması, bakım verilen hasta sayısının fazla olması, zaman yetersizliği, bakım planı ile çalışmaya başlamadan önce tüm uygulayıcıların kapsamlı ve sistematik bir eğitim sürecinden geçmemesi, kağıt çıktısı alınması nedeniyle dosyalama ve kayıt sırasında yaşanan zorluklar ve iş yükü olarak görülmesi şeklinde sıralanmıştır. Çalışmamızda bakım planının uygulanmasına yönelik tespit edilen güçlükler, literatürde yer alan çok sayıda çalışma ile benzerlik göstermektedir¹⁰⁻²⁰. Hemşireler tarafından ifade edilen bu güçlükler nedeniyle kurumda hemşirelik sürecinin etkin olarak kullanamadığı sonucuna varılmıştır. Bu bağlamda profesyonel bakım hizmetinde hemşirelik sürecinin etkin kullanımı için olumsuz kurumsal faktörlerin ortadan kaldırılması, hemşirelik hizmetleri yöneticilerinin hemşirelik sürecinin gerekliliği, önemi hakkında sağlık profesyonellerini yönlendirmesi ve onlara uygulamada danışmanlık etmelerinin önemli olduğu düşünülmektedir.

Araştırmanın nicel boyutunda elde edilen verilere göre, araştırmamız kapsamında yer alan hemşirelerin yarısından fazlası bakım planı hazırlama ile ilgili sahip oldukları teorik bilgiyi yeterli bulduğunu ve bu bilgiyi mezuniyet öncesi örgün eğitim programı ile kazandığını ifade etmiştir (Tablo 3). Örgün eğitim döneminde alınan bilgilerin, okul hastane iş birliği sağlanarak çalışma yaşamı içinde hizmet içi eğitimlerle güncellenmesi önemlidir. Teorik bilgi kaynağı olarak mezuniyet öncesi örgün eğitim programlarının gösterilmesi ise beklenen bir sonuçtur. Nitekim hemşirelik eğitiminin ilk yılından itibaren bakım planı kullanarak çalışma becerisinin geliştirilmesi geleceğin profesyonel hemşirelerinin yetiştirilmesinde önemsenen bir durumdur. Bu bağlamda hemşirelik eğitiminde bakım planı uygulamasının vaka çalışmaları ile somut hale getirilmesi, tüm mesleki derslerde ortak bir dil kullanılarak verilerin yorumlanması ve problemlerin tanılanması, bakım planı uygulamasının ödev ve not verme aracı olarak değil, bakımın bilimsel temellere dayandırılmasında önemli bir araç olduğunun öğrenciye fark ettirilmesinde eğitimcilere büyük sorumlulukların düştüğü söylenebilir.

Bakım planı ile çalışmanın bakımın niteliğine katkı sağladığı bilinmesine rağmen, klinikte etkin kullanımına engel oluşturan birçok durum yaşanmaktadır. Bu çalışmada, katılımcıların yaklaşık 2/3'ü çalıştıkları kliniklerde bakım planının etkin kullanılmadığını düşünmektedir (Tablo 3). Katılımcıların bakım planlarının etkin kullanımına engel olduğunu düşündükleri durumlar arasında ilk dört sırada sırasıyla; iş yükünün fazla olması, sağlık personelinin sayisal

azlığı, zaman yetersizliği ve hasta sayısının fazla olmasının geldiği belirlenmiştir (Tablo 3). Çalışmamızda katılımcılar tarafından bakım planının uygulanmasına engel olan diğer durumlar şu şekilde sıralanmıştır: Bilgisayar tabanlı veri toplama ve bakım planı sisteminin olmaması, iş merkezli çalışma, bakım planının iş yükü olarak görülmesi, malzeme yetersizliği ve bilgi eksikliği (Tablo 3). Literatürde yer alan ulusal ve uluslararası çalışmalarda araştırma bulgularımızla benzer şekilde yüksek oranda iş yükü, hasta sayısının fazla olması, sistem/alt yapı eksikliği, eleman yetersizliği, zaman yetersizliği, yeterli bilgi ve donanıma sahip olmama, bakım planı ile çalışmayı iş yükü olarak görmenin bakım planı kullanımına engel olan en önemli ve öncelikli engeller olduğu bildirilmiştir¹⁰⁻²⁰.

Çalışmamızda sağlık profesyonellerinin neredeyse tamamının uygulanmakta olan bakım planının iyileştirilmesine ilişkin çözüm önerileri arasında ilk sırada sağlık personeli sayısının artırılması gelmektedir (Tablo 5). Uluslararası bir çalışmada ancak yeterli sayıda personel ile etkili, verimli ve sistematik hemşirelik uygulamalarının gerçekleştirilebileceği, bunun için sağlık bakanlığının harekete geçmesi gerektiğine vurgu yapılmıştır¹³. Çalışmamızda yer alan katılımcılar bakım planının daha etkin hale getirilmesi için; bakım planının bilimsel dayanaklar ve üst yönetimin desteği ile yeniden yapılandırılması ve bireyselleştirilmiş bakım planı formatına dönüştürülmesi, bilgisayar tabanlı kayıt sistemi ve bakım planı uygulamasına geçilmesi, tüm bakım kayıtlarının bakım planı kapsamında yer alması, farklı klinik ve birimlerin kendilerine özel tanımlar koyabilmesi ve bu konuda alanında uzman kişilerden destek alınması, uygulamalarda ortaklaşmak adına tüm hemşirelerin bakım planı eğitimlerinin güncellenmesi ve mevcut basılı bakım planı formunda veri kaydı, bakımın değerlendirilmesi ve imza için yeterli/ uygun alanların bulunması önerilerinde bulunmuştur (Tablo 5). Bu bağlamda hem ulusal^{10,16-20} hem de uluslararası¹¹⁻¹⁵ literatürde bakım planının iyileştirilmesine yönelik benzer önerilerin yer aldığı görülmüştür. Bununla birlikte birçok klinikte bakım girişimleri ilaç verme, hasta takiplerini yapma ve bireyin yalnızca biyolojik gereksinimleri üzerine yoğunlaşmakta, profesyonel bilgi eksikliği, süreci tanımama, zaman eksikliği, aşırı iş yükü ve bürokratik engeller gibi etkenler nedeniyle bakım planları klinikte etkili biçimde uygulanamamaktadır. Veriler yukarıda belirtilen birçok durumun kliniklerde bakım planı ile çalışmak isteyen donanımlı ve istekli profesyoneller için engel oluşturduğu şeklinde yorumlanabilir.

Literatür^{14,19,22,23} ve araştırmamızda yer alan katılımcıların önerileri doğrultusunda hastanede kullanılmakta olan mevcut kâğıt tabanlı bakım planı formatının bilgisayar tabanlı bakım planı formatına dönüştürülmesinin kuşkusuz çalışanlar için önemli bir revizyon olacağı, bu düzenleme ile birlikte kliniklere özgü bireyselleştirilmiş bakımın gerçekleştirilebileceği öngörülmektedir. Aynı zamanda bu revizyon ile hemşirelik ve tıbbi kayıt sistemi arasında entegrasyon sağlanabilecek ve hemşirelik bakımı daha görünür hale gelebilecektir. Profesyonel yaşamdaki başarıda

hemşirelerin yeni yaklaşım ve uygulamalara uyumlandırılmasının da önemli faktör olduğu söylenebilir. Bu bağlamda periyodik aralıklarla alanın uzmanları tarafından gerçekleştirilecek hizmet içi eğitim programlarının hemşirelik sürecinin önemi ve gereğine yönelik farkındalık, duyarlılık ve motivasyonun artışına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Araştırmadan elde edilen nitel ve nicel veriler doğrultusunda çalışmanın uygulandığı hastanede hemşirelerin hemşirelik bakım planlarını etkin olarak kullanamadıkları ve buna birçok faktörün neden olduğu tespit edilmiştir. Etkili, hedefe dönük ve bireyselleştirilmiş bakım planının hayata geçirilmesini sağlamada; standardize edilmiş formlar yerine kliniklere özel, kolay uygulanabilir bakım planı formlarının geliştirilmesi, kliniklerde hastaya özgü doldurulması gereken formların bakım planı ile bütünleştirilmesini sağlayacak çalışmaların yapılması, eksiksiz ve hatasız kayıt olarak kayıt yapabilmeye aynı zamanda kliniklere özel bireyselleştirilmiş bakım planlarının yapılabilmesine olanak sağlayan bilgisayar tabanlı kayıt sisteminin geliştirilmesi ve kullanılabilmesi önerilmiştir.

Etik Kurul Onayı: Araştırmanın uygulanabilmesi için Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay alınmıştır (Karar numarası: 2017- 01/24).

Çıkar çatışması: Bildirilmemiştir.

Finansal destek: Alınmamıştır.

Katılımcı Onamı: Araştırmaya katılan tüm hemşirelere bilgilendirilmiş onam formu okunarak, sözlü ve yazılı izinleri alınmıştır.

Yazar katkıları

Araştırma dizaynı: ŞK, İY

Veri toplama: İY

Literatür araştırması: İY, ŞK

Makale yazımı: İY, ŞK

Teşekkür: Bu çalışmanın yürütülmesi sürecinde sağladıkları iş birliği için Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi yöneticileri ve idari çalışanlarına teşekkür ederiz.

Ethics Committee Approval: Approval was obtained from Cumhuriyet University Non-Invasive Clinical Research Ethics Committee (Decision number: 2017-01/24).

Conflict of Interest: Not reported.

Funding: None.

Exhibitor Consent: Verbal and written consents were obtained by reading the informed consent form of all the nurses participating in the study.

Author contributions:

Study design: ŞK, İY

Data collection: İY

Literature search: İY, ŞK

Drafting manuscript: İY, ŞK

Acknowledgement: We would like to thank the directors and administrative staff of Cumhuriyet University Research and Application Hospital for their cooperation during the execution of this study.

KAYNAKLAR

1. Birol L. Hemşirelik süreci: Hemşirelik bakımında sistematik yaklaşım. 10.bs. İzmir: Berke Ofset Matbaacılık; 2013. Bölüm 3, Hemşirelik Süreci; s.95-100.
2. Delaune SC, LadnerPK. Fundamentals of Nursing Standards & Practice. Second Edition. Delmar Thomsan Learning; 2002. Chapter 5, Critical Thinking and the Nursing Process ; p.83.
3. World Health Organization. Lemon Learning Material on Nursing. Chapter 4: Nursing Processand Documentation [Internet]. 2009 [Erişim Tarihi: 20.05.2020]. Erişim adresi: <http://www.who.int/topics/nursing/en/>.
4. Kaya N. Hemşirelik süreci/ Hemşirelik tanılması. Atabek T, Karadağ A, Editörler. Hemşirelik Esasları. İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık; 2014.
5. Yıldırım B, Özkahraman Koç Ş. Eleştirel düşünmeyi hemşirelik sürecinde uygulama. Electronic Journal of Vocational College. 2013;3(3):29-35.
6. Ay FA. Temel hemşirelik: Kavramlar, ilkeler, uygulamalar. Ay FA, Editör. Hemşirelik süreci. İstanbul: Medikal Yayıncılık; 2008. s.61-72.
7. Erer MT, Akbaş M, Yıldırım G. Hemşirelik sürecinin evrimsel gelişimi hemşirelik süreci. Lokman Hekim Dergisi. 2017;7(1):1-5.
8. Resmî Gazete. Hemşirelik Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun [Internet]. 2007 [Erişim Tarihi: 10.09.2019]. Erişim Adresi: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2007/05/20070502-3.html>
9. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı [Internet]. 2020 [Erişim Tarihi: 19.05.2019]. Erişim Adresi: <https://kalite.saglik.gov.tr/TR,64476/sks-hastane-surum-6-yayinlandi.html>
10. Zaybak A, Günay İsmailoğlu E, Özdemir H. Hemşirelerin hemşirelik süreci uygulamasında yaşadıkları güçlüklerin incelenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2016;19(4):269-277.
11. Fernández-Sola C, Granero-Molina J, Aguilera-Manrique G, Peredo-de Gonzales MH, Castro-Sánchez AM, Pérez Galdeano A. Strategies to develop the nursing process and nursing care plans in the health system in Bolivia. International Nursing Review. (in press). <http://dx.doi.org/10.1111/j.1466-7657.2011.00884.x>
12. Neco KKS, Costa RA, Feijão AR. Systematization of nursing care in health institutions in Brazil: An integrative review. Journal of Nursing UFPE on line. (in press). <http://dx.doi.org/10.5205/reuol.6817-60679-1-ED.0901201527>
13. Mahmoud MH, Bayoumy HM. Barriers and facilitators for execution of nursing process from nurses' perspective. Int J Adv Res. 2014;2(2):300-315.
14. Zamanzadeh V, Valizadeh L, Tabrizi FJ, Behshid M, Lotfi M. Challenges associated with the implementation of the nursing process: A systematic review.

- Iran J Nurs Midwifery Res. (in press).
<http://dx.doi.org/10.4103/1735-9066.161002>
15. Baraki Z, Girmay F, Kidanu K, Gerensea H, Gezehgne D, Teklay H. A cross sectional study on nursing process implementatio NANDA ssociatedf actors among nurses working in selected hospitals of Central and North West Zones, Tigray Region, Ethiopia. BMC Nurs. 2017;16:1–9
 16. Fesci H, Doğan N, Pınar G. İç hastalıkları kliniklerinde çalışan hemşirelerin hasta bakımında karşılaştıkları güçlükler ve çözüm önerilerinin belirlenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2008;11(3):40-50.
 17. Andsoy II, Güngör T, Dikmen Y, Nabel EB. Hemşirelerin bakım planını kullanırken yaşadıkları güçlükler. Journal of Contemporary Medicine. 2013;3(1):7-11.
 18. Kaplan F. Bir kamu hastanesinde çalışan hemşirelerin hemşirelik sürecine ilişkin bilgi düzeyleri ve hemşirelik sürecini kullanmalarını etkileyen faktörler. [Yüksek Lisans Tezi]. Erzurum: Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2016.
 19. Ağaçdiken S, Özdelikara A, Yılmaz Güven D, Keskin Göksel A, Çakan A. Hemşirelik bakım planı ve hemşirelik sürecinin hemşirelik bakımında etkin kullanımı [Internet]. 2016 [Erişim Tarihi: 10.09.2019]. Erişim Adresi:
<https://www.saglikaktuel.com/d/file/7f420beaca0d4bd3a4954470ebb7a5f8.pdf>
 20. Akansel N, Palloş. A. Hemşirelik öğrencilerinin bakım planı hazırlamada yaşadıkları güçlüklerin kök nedenlerinin incelenmesi. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2020;11(2):269-275.
 21. Olmaz D, Karakurt P. Hemşirelerin Bakım Verirken Hemşirelik Sürecini Bilme ve Uygulama Durumları. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 2019, 12(1): 3-14
 22. Dikmen Y, Ak B, Yorgun S. Teorikten pratiğe: Bilgisayar destekli hemşirelik süreci uygulaması. J hum rhythm. 2015;1(4):162-167.
 23. Ay FA. Uluslararası elektronik hasta kayıt sistemleri, hemşirelik uygulamaları ve bilgisayar ilişkisi. Gülhane Tıp Dergisi.2009;51(2):131-136.

Araştırma makalesi

Research article

The Effect of Cold Application on Drain-Related Pain Control After Thyroidectomy



Zeynep TEMİZ¹, Aylin AYDIN SAYILAN², Yalçın KANBAY³, Cevher AKARSU⁴

ABSTRACT

Aim: To determine the effect of cold application on pain experienced and analgesic requirement frequency in patients with post-thyroidectomy drains.

Material and Methods: This randomized controlled trial was carried out in a Training and Research Hospital General Surgery Department in Istanbul between 15 May and 20 November, 2016. Fifty-nine patients with drains inserted post-thyroidectomy were randomly divided into two groups. Cold application was performed on the experimental group three times, 3 hours after analgesic administration on post-operative day 0, and immediately before drain removal on post-operative day 1. A cold gel pad was placed on the neck area for 20 minutes. Pain severity was measured 15 minutes after the cold application. The control group did not receive cold therapy, but pain severity was also measured.

Results: The patients in the experimental group had less pain on post-operative day 0, although the difference was not statistically significant ($p>0.001$). The severity of pain experienced after the removal of the drain on post-operative day 1 was significantly lower in the experimental group ($p<0.001$). Analgesic requirement frequencies among patients in the experimental group were significantly lower on post-operative days 0 and 1 ($p\leq 0.001$).

Conclusion: Cold application reduced drain-related pain along with analgesic requirements. It can contribute to the healing process by reducing pain.

Keywords: Cold application, drain, pain, thyroidectomy

ÖZ

Tiroidektomi Sonrası Drenle İlişkili Ağrı Kontrolü Üzerine Soğuk Uygulamanın Etkisi

Amaç: Çalışmanın amacı, tiroidektomi sonrası dreni olan hastaların yaşadığı ağrı ve analjezik gereksinim sıklığı üzerine soğuk uygulamanın etkisini belirlemektir.

Gereç ve Yöntem: Randomize kontrollü deneysel bir tasarım olan bu çalışma, Mayıs-Kasım 2016 tarihinde, İstanbul'da bir Eğitim Araştırma Hastanesinin genel cerrahi servisinde yürütüldü. Tiroidektomi sonrası dren takılan 59 hasta ile yapıldı. Hastalar randomize bir şekilde iki gruba ayrıldı. Soğuk uygulama, ameliyat sonrası 0. gün analjezik uygulamalarından 3 saat sonra toplam 3 kere uygulandı. Ameliyat sonrası 1. gün ise dren çıkartılmadan hemen önce uygulama yapıldı. Soğuk jel ped boyun bölgesinde drenin üzerine yerleştirilerek, 20 dakika boyunca soğuk uygulama yapıldı. Ağrı şiddeti soğuk uygulamadan 15 dakika sonra ölçüldü. Kontrol grubuna herhangi bir girişim uygulanmadı, sadece ağrı şiddeti ölçüldü.

Bulgular: Deney grubundaki hastaların ağrı şiddeti, ameliyat sonrası 0. gün daha azdı ancak, istatistiksel bir fark bulunmadı ($p>0.001$); ameliyat sonrası 1. günde dren çıkarıldıktan sonraki ağrının şiddeti deney grubunda anlamlı derecede düşük bulundu ($p<0.001$). Deney grubundaki hastaların analjezik gereksinim sıklığı ameliyat sonrası 0. ve 1. günlerde anlamlı olarak düşük bulundu ($p\leq 0.001$).

Sonuç: Soğuk uygulamanın, drenle ilişkili ağrı ile beraber analjezik gereksinimini azalttığı bulundu. Soğuk uygulama ağrıyla azaltarak iyileşme sürecine katkıda bulunabilir.

Anahtar kelimeler: Ağrı, dren, soğuk uygulama, tiroidektomi

¹Assist. Prof., Artvin Coruh University Faculty of Health Sciences Nursing Department, Artvin, Turkey, E-mail: erzeynep_@artvin.edu.tr, Tel: +90 466 2151063/2134, ORCID: 0000-0001-7053-3046

²Assist. Prof., Kırklareli University Faculty of Health Sciences Nursing Department, Kırklareli, Turkey, E-mail: aylin.sayilan@klu.edu.tr, Tel: 05079404527, ORCID: 0000-0003-0576-8732

³Assoc. Prof., Artvin Coruh University Faculty of Health Sciences Nursing Department, Artvin, Turkey, E-mail: yalcinkanbay@artvin.edu.tr, Tel: 05309273728, ORCID: 0000-0002-8025-9877

⁴Assoc. Prof., Bakirkoy Dr. Sadi Konuk Training and Research Hospital, General Surgery Service, Istanbul, Turkey, E-mail: cevher.akarsu@gmail.com, Tel: 05321770834, ORCID: 0000-0003-1650-8805

Geliş Tarihi: 27 Eylül 2019, Kabul Tarihi: 28 Temmuz 2020

Atıf/Citation: Temiz Z, Aydın Sayılan A, Kanbay Y, Akarsu C. The Effect of Cold Application on Drain-Related Pain Control After Thyroidectomy. Journal of Hacettepe University Faculty of Nursing 2020; 7(3): 226-231. DOI: 10.31125/hunhemsire.834077

INTRODUCTION

Although numerous clinical studies have reported that there is no need for routine drain use after thyroid surgery¹⁻⁴, drains are commonly used for the early detection of postoperative bleeding^{5,6}. However, drain use is a controversial subject⁵. The presence of a drain is also painful and frustrating for patients⁶⁻⁸, and 90% require analgesics in the first 24 hours after thyroidectomy⁹. Duman, Cetin, Yigit, & Erem (2014) reported usually administering pain relief medication twice a day to patients with drains¹⁰. Colak et al. (2008) reported high postoperative first day VAS values in a group using drains, and that analgesic requirements were higher in the postoperative period⁷.

Alleviation of pain caused by painful interventions is usually required administration of opioids and nonsteroidal anti-inflammatory drugs¹¹. However, these drugs are also reported to suppress cyclooxygenase inhibition and platelet aggregation, thereby creating a tendency to bleed risk, and they should therefore be used with caution for providing analgesia¹².

Much research is taking place aimed at reducing pain severity and dosages of analgesic drugs, using non-pharmacological methods^{11,13,14}. Non-pharmacological methods are relatively inexpensive and safe¹⁵. These may be classified as (i) psychological interventions (including distraction, stress management, hypnosis, and other cognitive behavioral interventions), (ii) acupuncture and acupressure, (iii) transcutaneous electrical nerve stimulation, and (iv) physical therapies (including massage, heat/cold, physiotherapy, osteopathy, and chiropractic)¹⁶. Cold application, one of these methods, is frequently employed for reasons such as simplicity, low cost, and ease of implementation. Cold application slows down tissue metabolism and local nerve conduction rates, and exhibits vasoconstrictive, anti-inflammatory and analgesic effects^{17,18}. Cold application increases the pain threshold and reduces the use of analgesic¹⁹. Post-traumatic cold application reduces permeability at the microvasculature level by affecting the vascular endothelium adhesion of leukocytes in tissue, lowers edema by reducing the extracellular release of macromolecules, and consequently reduces hemorrhage and hematoma formation. In addition, it reduces the severity of local tissue damage by lowering the metabolic activity of the tissue, provides analgesia by slowing the pain transmission rate in post-traumatic efferent nerves, and also reduces analgesic requirements. Cold has also been reported to play a role in suppressing the tension reflex at the spinal level and in reducing muscle spasm²⁰.

Previous studies have investigated the effect of cold application on reducing pain caused by painful interventions^{11,21,22}. Drain-related pain has been reported after thyroidectomy^{5,6,23}, but no studies have investigated the effect of non-pharmacological methods on reducing pain. However, it has been suggested that cold application may be useful in reducing drain-related pain. Cold application, an inexpensive and simple method for relieving pain, one of the drain-related problems after thyroidectomy, was therefore selected in the present study.

The quality of nursing care can be improved if nurses monitor the advances in cold application methods.

Study Aim

In this study, we aimed to determine the efficacy of cold gel pad application in relieving drain-related pain and possibly reducing the frequency of requests for analgesia in the postoperative period.

Research Hypotheses

H0: Cold application has no effect on pain severity or frequency of requests for analgesia.

H1: Patients in the cold application group will have significantly lower drain-related pain severity than those in the control group.

H2: Patients in the cold application group will make significantly fewer requests for analgesia than those in the control group.

MATERIAL and METHODS

Study Design

This study was conducted as a prospective, single-center, parallel, two arm (1:1), randomized controlled trial.

Study Sample

The study population consisted of 72 patients who underwent total thyroidectomy at a Training and Research Hospital General Surgery Department between May 15 and November 20, 2016. This hospital is one of the largest and oldest in Istanbul.

The inclusion criteria were as follows:

- Absence of cold allergy (the patient being asked),
- Age 18 or above,
- Absence of peripheral vascular disease,
- Absence of swelling in the neck region,
- Ability to understand and speak Turkish and willing to participate in the study,
- Minivac drain is placed for all patients, and
- Being on postoperative days 0 and 1

All patients were evaluated by the researchers before and after thyroidectomy in terms of the inclusion criteria.

G*Power 3.1 software was used to calculate the sample size. The severity of drain-related pain was considered the main parameter. In Deveci et al. (2013) study, mean pain severity was 4.95 ± 1.05 among patients with drains and 3.64 ± 1.06 in the group without drains²⁴. When the alpha level was set at 0.05 and the expected power of the study was 80%, the minimum size calculated based on the mean pain severity was 30 patients for both the experimental group and the control group. Simple randomization was used. In order to ensure randomization, patients were included in the study via the closed envelope method and a table of random numbers. White envelopes were used for intervention and black envelopes for control. Randomization was performed using computer software (<https://www.randomizer.org/>). After baseline assessment, participants were randomly allocated into one of two groups, Group 1 being the control group participants who received no intervention for pain relief (n=33), while Group 2 received cold therapy (n=33). However, four patients in the experimental group wished to leave the study, and three patients in the control group dropped out because of

hemodynamic instability. Figure 1 depicts the flowchart of the study participants. The data analyst and outcome assessor were blinded to the study groups.

Data Collection Tools

A patient evaluation form, cold gel pad and Thermoflash were used for data collection.

Patient evaluation form was consisting of two parts. The first part of the form included questions concerning descriptive characteristics such as patient's age, sex, diagnosis, type of surgery, duration of the surgery and requests for analgesia on postoperative days 0 and 1. The second part of the form included the chart on which control and experimental group pain severity data were recorded using a Visual Analog Scale (VAS). The VAS used to assess pain levels consisted of a 10-cm vertical line, one end of which represented 0, no pain, while the other end represented 10, signifying the worst possible pain²⁵.

The cold gel pack was 13x13 cm in size. The cold gel packs cooled to -14 °C. It is kept in the deep freeze for approximately 2 hours before use. The cold gel packs used immediately after removing from deep freeze and wrapped in sterile gauze before use. Separate gel packs were used for each patient.

A Thermoflash LX-26 thermometer was used to measure skin temperature. The ThermoFlash had a 5-second measurement time and was capable of measuring temperatures of 0-60 °C with an accuracy of $\pm 0.2^{\circ}\text{C}$. The device was calibrated, and temperature was measured with the thermometer at a distance of 5-15 cm from the skin.

Data Collection

The researchers used the patient evaluation form and the face-to-face interview method. The entire study process was conducted in cooperation with the nurses in the clinic. The patients in both groups were asked to use the VAS to measure the severity of drain-related pain on postoperative day 0 (three times) and day 1 (once). The patient's analgesic requirement status was recorded (Figure 1).

A: Cold application group: All the patients in the experimental group were interviewed before the first cold application, at which the first part of the patient evaluation form was completed. Patients received dexketoprofen 50 mg three times per day on postoperative day 0 within the unit routine. Since the elimination half-life ranges between 1 and 2.7 hours, cold application was administered 3 hours after each analgesic administration (day 0, three cold applications). In order for the application to be effective, the cold gel pad was applied to the neck area (the cold gel pack being placed over the drain) for 20 minutes and wrapped with a sterile gauze. Following the cold application, the skin surface temperature around the drain was measured by the researcher using a digital thermometer was assessed and recorded. On the first postoperative day, cold application was administered to the neck area for 20 minutes immediately before the drain was removed, the physician removing the drain once the application had finished. Pain severity in the experimental group was measured with the VAS 15 minutes after drain removal (Figure 1).

B: Control group: The first part of the patient evaluation form was completed using the control group data. Patients received analgesics three times per day on day 0 within the normal unit routine. Pain severity was measured with the VAS 3 hours after each analgesic administration. On the first postoperative day, pain severity was assessed and recorded approximately 15 minutes after drain removal (Figure 1).

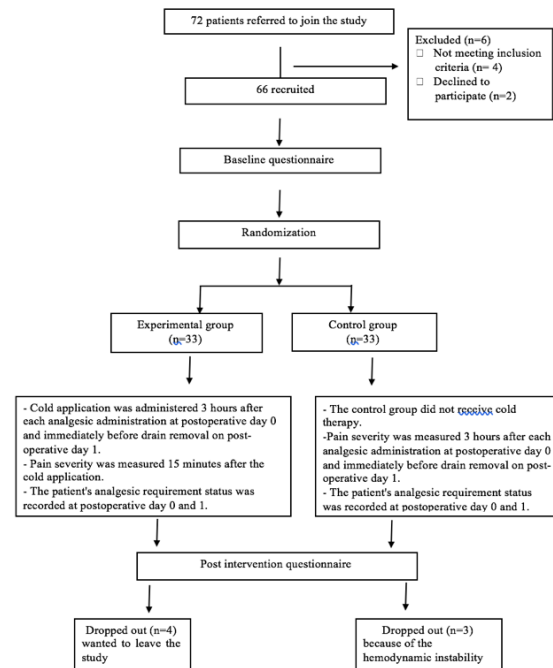


Fig.1. Recruitment Flow

Data Analysis

Statistical analysis performed on Statistical Package for the Social Sciences for Windows 16 software (SPSS, Chicago, IL, USA). Number, percentage, median, mean and standard deviation were used for descriptive statistics, and chi-square analysis (Pearson) was employed to compare the similarity / homogeneity of groups in terms of their descriptive characteristics. The difference between the groups' mean pain scores and frequency of requests for analgesia on postoperative days 0 and 1 were evaluated using the Mann Whitney-U test. The results were evaluated at a confidence interval of 95% and a significance level of $p < 0.001$.

Ethical Consideration

Before the study commenced, permission was granted by the Training and Research Hospital General Surgery Department, and ethical approval was obtained from the Training and Research Hospital Local Ethics Committee (Decision No. 2016/03/08, Dated 11.04.2015). Informed consent was obtained from patients once they had been explained about the study purpose and content.

Limitations

This study has several limitations. Since pain and the patient's desire for analgesia are subjective phenomena, their assessment was based on participant statements.

Since we encountered no previous studies investigating the efficacy of any method for reducing draining-related pain after thyroidectomy, the cold application was examined in the light of studies investigating similar situations.

RESULTS

Baseline comparisons

The study was completed with 59 patients (Figure 1). Demographic data were compared between the experimental and control groups using the Pearson chi-square test. No significant statistical difference was observed between the groups in terms of demographic characteristics. The mean age of the patients was 50.07 ± 1.55 years, and 54.2% were female. Papillary-anaplastic thyroid carcinoma was diagnosed in 55.9% of patients, and total thyroidectomy intervention was performed on 79.6% of these. The mean operative time was 113.2 min. The groups were similar in terms of descriptive characteristics ($p > 0.001$).

Primary Outcome-Pain severity

Median pain severity scores in the experimental and control groups were similar at postoperative day 0, but the patients in the experimental group experienced lower drain-related pain severity than the control group at postoperative day 1. Analysis of the distribution of changes in the experimental and control groups in terms of pain scores by evaluation times revealed no statistically significant difference between the groups on postoperative day 0 ($p > 0.001$, Table 1). However, a statistically significant difference was observed between the groups on postoperative day 1 (fourth measurement) ($p \leq 0.001$, Table 1).

Table 1. Comparison of Mean Scores of Pain According to Measurement Times of Patients in the Experimental and Control Groups

Groups	Control (n=30)	Experimental (n=29)	Test value <i>p</i>
1st measurement M±SD Median (Min-Max)	6.03±2.51 5 (1-10)	6.55±1.86 7 (2-10)	MW-U:356.00 $p > 0.001$
2nd measurement M±SD Median (Min-Max)	5.20±2.00 5 (2-10)	4.41±1.42 5 (1-7)	MW-U:352.00 $p > 0.001$
3rd measurement M±SD Median (Min-Max)	4.50±1.81 4 (2-8)	3.86±1.66 4 (1-8)	MW-U:365.50 $p > 0.001$
4th measurement (Postoperative 1st day) M±SD Median (Min-Max)	3.00±1.46 3 (0-6)	1.62±1.17 2 (0-4)	MWU: 285.50 $p \leq 0.001$

M:Mean, SD: Standard deviation, MW-U: Mann Whitney U test. The Mann Whitney-U test was used for assessment.

Secondary Outcome-Analgesia requests

The median frequency of requests for analgesia was lower in the cold application group than in the control group. In terms of time points, a statistically significant difference was determined between the groups on postoperative days 0 and 1 ($p \leq 0.001$, Table 2).

Table 2. Comparison of Analgesic Request Frequency Averages on Day 0th and Day 1st of Patients in the Experimental and Control Groups

Analgesic request	Control (n=30)	Experimental (n=29)	Test value <i>p</i>
0th day analgesic request M±SD Median (Min-Max)	2.69±0.71 3 (2-4)	2.03±0.18 2 (2-3)	MW-U: 207.500 $p \leq 0.001$
1st day analgesic request M±SD Median (Min-Max)	1.83±1.00 2 (1-4)	0.67±0.47 1 (1-2)	MW-U: 140.000 $p \leq 0.001$

M:Mean, SD: Standard deviation, MW-U: Mann Whitney U test. The Mann Whitney-U test was used for assessment

DISCUSSION

The key finding of this study, that cold application reduced pain on day 1 postoperatively, will contribute to the literature by providing evidence-based information concerning the effect of the cold application on pain and frequency of analgesic requirements in patients with post-thyroidectomy drains. The study findings sufficiently show that cold application reduced drain-related pain along with the specific need for analgesics.

In the present study, it was found that pain severity was similar in the experimental and control groups on the postoperative day 0 and that cold application decreased pain severity in the experimental group on the postoperative day 1. Kalemera Ssenyondo et al.'s (2013) from an East African hospital titled "Whether the drain should be used after thyroid surgery or not" determined that patients with drain in the post-operative period mostly experienced pain and infection²⁶. Numerous studies from Turkey have also reported that patients with drains have higher VAS scores on postoperative day 0^{8,24}. Another studies reported that patients undergoing thyroidectomy experienced drain related pain after 12 h, 24 h and 48 h.^{27,28}. Finding of this study confirmed that drain is still a frustrating procedure for patients. Perception of pain is a complex phenomenon that is affected by emotional conditions²⁹. Knowing that patients are in the experimental group can cause anxiety, and this situation may have affected their pain severity. Anxiety may be the reason for the groups' similar intensity of pain on postoperative day 0. Although numerous studies have demonstrated the efficacy of cold application methods in reducing pain associated with surgical incision and chest tube removal^{11,21}, to the best of the present authors' knowledge, this is the first study on the effects of cold application in reducing drain-related pain after thyroidectomy. Our results support the findings of previous studies and suggests that the local effect of the

cold application on the nerves increases over time, resulting in a significant decrease in VAS values.

In the present study, cold application in pain control reduced the need for analgesia at postoperative days 0 and 1. Previous studies reported an increased need for analgesic drugs on the day of surgery and postoperative day 1 after drain insertion following thyroid surgery^{7,30}. The pain experienced after thyroidectomy can be controlled by nonsteroidal anti-inflammatory agents or opioids. The importance of pain management after traumatic procedures and of a multimodal approach involving analgesic, pharmacological and non-pharmacological techniques applied by nurses after surgery has also been emphasized in the literature³¹. Also, the literature states that a combination of pharmacological and non-pharmacological methods has a 23% success rate in pain management³². The American Academy of Healthcare Policy and Research Agents' Acute Pain Management Guidelines suggest that non-pharmacological methods should be used in order to reduce the rate of analgesic use, together with analgesic combinations for pain experienced in the post-operative period, and to improve quality of life by reducing pain as much as possible following surgical interventions³³. Non-pharmacological pain relief methods have become increasingly popular because of their lower side-effects³⁴. Haynes³⁵ reported that cold application, a non-pharmacological method for use in painful situations, reduce pain levels determined using VAS, and increases tolerance as a result. Colak et al. (2008) reported that patients with drains had higher VAS values on postoperative days 0 and day 1, and that analgesic requirements were also higher in the postoperative period in this group of patients⁷. The finding of this study suggested that cold application increased pain tolerance, thus significantly reducing the demand for analgesia. This result confirms the H2 hypothesis and supports the findings of previous studies.

CONCLUSIONS

Cold application was not effective on day 0 after surgery, but was effective on day 1. Since the severity of pain experienced decreased, analgesic requirements also decreased.

Cold application in patients without cold allergy may be appropriate for reducing pain associated with the drain and removal procedure. We, therefore, think that further studies with larger numbers of patients are now needed.

Etik Kurul Onayı: Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu (Karar no: 2016/03/08, Tarih: 11.04.2015)

Çıkar Çatışması: Bildirilmemiştir.

Finansal Destek: Bu araştırma, Artvin Çoruh Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri tarafından desteklenmiştir.

Katılımcı Onamı: Hastalardan bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

Yazar katkıları:

Çalışma tasarımı: ZT, AAS, CA

Veri toplama: AAS, CA

Veri Analizi: ZT, YK

Literatür Araştırması: ZT, YK, AAS

Makalenin hazırlanması: ZT, AAS, YK

Teşekkür: Bu çalışma, 16-18 Ekim 2017 tarihinde Antalya/Türkiye'de, 1.Uluslararası Hemşirelik Kongresi'nde sözel bildiri olarak sunuldu. Çalışmaya katılan tüm hastalara teşekkür ederiz.

Ethics Committee Approval: Bakırköy Dr. Sadi Konuk Training and Research Hospital Clinical Research Ethics Committee (Decision No: 2016/03/08, Date:11.04.2015)

Conflict of Interest: We have no conflicts of interest on the subject and during the process of the paper.

Funding: This research was supported by the Artvin Çoruh University Scientific Research Projects

Exhibitor Consent: Informed consent was obtained from patients.

Author contributions

Study design: ZT, AAS, CA

Data collection: AAS, CA

Data analysis: ZT, YK

Literature search: ZT, YK, AAS

Drafting manuscript: ZT, AAS, YK

Acknowledgement:

This study was presented as an oral presentation at the First International Nursing Congress held in Antalya, Turkey on October 16-18, 2017. We would like to thank all the participants.

REFERENCES

1. Al-Qahtani, Ali S., and Tarek Abouzeid Osman. Could post-thyroidectomy bleeding be the clue to modify the concept of postoperative drainage? A prospective randomized controlled study. *Asian J Surg*. 2018;41(5):511-16.
2. Pothier DD. The use of drains following thyroid and parathyroid surgery: a meta-analysis. *J Laryngol Otol*. 2005;119:669-71.
3. Herranz J, Latorre J. Drainage in thyroid and parathyroid surgery. *Acta Otorrinolaringol Esp*. 2007;58(1):7-9.
4. Samraj K, Gurusamy KS. Wound drains following thyroid surgery. *Cochrane database Syst Rev*. 2007;17(4):CD006099. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006099.pub2>
5. Nawaz S, Naeem A, Zeb A. Thyroid surgery: drain versus no drain. *J Postgrad Med Inst*. 2015;29(2):101-04.
6. Portinari M, Carcoforo P. The application of drains in thyroid surgery. *Gland Surg*. 2017;6(5):563-73.
7. Colak T, Akca T, Turkmenoglu O, Canbaz H, Ustunsoy B, Kanik A, Aydın S. Drainage after total thyroidectomy or lobectomy for benign thyroidal disorders. *J Zhejiang Univ Sci B*. 2008;9(4):319-23.
8. Ersoz F, Celik G, Bektas H, Sari S, Gunes E, Ozcan O. Drain Usage in Noncomplicated Thyroidectomies. *İstanbul Med J*. 2009;1:9-11.
9. Blasto ER, Waintrop C, Mourey DF, Landru PJ, Eurin GB, Jacob PL. Intravenous Ketoprofen in Thyroid and Parathyroid Surgery. *Anesth Analg*. 2001;92:1052-7.
10. Duman K, Cetin B, Yigit G, Erem HH. A Retrospective Analysis of Thyroidectomy Cases Without Drain Usage:

- Is It Really Necessary to use Drainage Routinly in Thyroidectomy?. *Gülhane Med J.* 2014;56:143-46.
11. Mohammadi N, Pooria A, Yarahmadi S, Tarrahi MJ, Najafizadeh H, Abbasi P, & Moradi B. Effects of cold application on chest tube removal pain in heart surgery patients. *Tanaffos.* 2018;17(1):29-36.
 12. Felfernig M, Salat A, Kimberger O, Gradisek P, Müller MR, Felfernig D. Preemptive analgesia by lornoxicam--an NSAID-significantly inhibits perioperative platelet aggregation. *Eur J Anaesthesiol.* 2008;25(9):726-31.
 13. Castro J, Cooney MF. Intravenous Magnesium in the Management of Postoperative Pain. *J Perianesth Nurs.* 2017;32(1):72-6.
 14. Imani FA, Hasani V, Bazargani B, Entezari SR, Mirdehghan MH. Evaluation of oral gabapentin premedication on postoperative pain after thoracotomy. *RJMS.* 2009;16(62):73-9.
 15. Mwanza E, Gwisai RD, & Munemo C. Knowledge on Nonpharmacological Methods of Pain Management among Nurses at Bindura Hospital, Zimbabwe. *Pain Res Treat.* (in press). 2019. <https://doi.org/10.1155/2019/2703579>
 16. Pak SC, Micalos PS, Maria SJ, & Lord B. Nonpharmacological interventions for pain management in paramedicine and the emergency setting: a review of the literature. *Evid Based Complement Alternat Med.* 2015. 2015(873039): <http://dx.doi.org/10.1155/2015/873039>
 17. Berman AT, Synder S, GERALYN FRANDSEN ED. Kozier & Erb's Fundamentals of Nursing. 10th edition. Pearson Education; 2015.
 18. Potter PA, Perry AG, Stockert P, Hall A. Fundamentals of Nursing- E-Book. 8th Edition. Missouri: Elsevier Health Sciences; 2013.
 19. Pishkar MZ, Navidian A, Azadi AC, Aliahmadi E. Effect of cryotherapy on the severity of thoracic pain in patients undergoing coronary artery bypass grafting (CABG) surgery. *Med. Surg. Nurs. J.* 2016;5(1):25-31.
 20. Hsieh, Ling-Yu, Yi-Rong Chen, and Mei-Chun Lu. Efficacy of cold application on pain during chest tube removal: a randomized controlled trial: A CONSORT-compliant article. *Medicine.* 2017;96(46):1-7.
 21. Ertug N, Ulker S. The effect of cold application on pain due to chest tube removal. *J Clin Nurs.* 2012;21(5-6):784-90.
 22. Babajani S, Babatabar H, Ebadi A, Mahmoudi H, Nasiri E. The effect of foot reflexology massage on the level of pain during chest tube removal after open heart surgery. *Iran J Crit Care Nurs.* 2014;7(1):15-22.
 23. Schietroma M, Pessia B, Bianchi Z, De Vita F, Carlei F, Guadagni S., ... & Clementi M. Thyroid surgery: to drain or not to drain, that is the problem-a randomized clinical trial. *ORL.* 2017;79(4):202-11.
 24. Deveci U, Altintoprak F, Sertan KM, et al. Is the use of a drain for thyroid surgery realistic? A prospective randomized interventional study. *J Thyroid Res.* 2013;2013: 285768. <https://doi.org/10.1155/2013/285768>
 25. Aslan EF. Ağrı Doğası ve Kontrolü. Ankara:Akademisyen Kitabevi; 2014.
 26. Kalemera Ssenyondo E, Fualal J, Jombwe J, Galukande M. To drain or not to drain after thyroid surgery: a randomized controlled trial at a tertiary Hospital in East Africa. *Afr Health Sci.* 2013;13(3):748-55.
 27. Künzli BM, Walensi M, Wilimsky J, et al. Impact of drains on nausea and vomiting after thyroid and parathyroid surgery: a randomized controlled trial. *Langenbecks Arch Surg.* 2019;404(6):693-701.
 28. Fregoli L, Materazzi G, Miccoli M, Papini P, Guarino G, Wu HS, Miccoli P. Postoperative Pain Evaluation After Robotic Transaxillary Thyroidectomy Versus Conventional Thyroidectomy: A Prospective Study. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A* 2017;27(2):146-50.
 29. Çöçelli LP, Bacaksız BD, Ovayolu N. Ağrı tedavisinde hemşirenin rolü. *Gaziantep Tıp Dergisi.* 2008;14:53-58.
 30. Memon ZA, Ahmed G, Khan SR, Khalid M, Sultan N. Postoperative use of drain in thyroid lobectomy - a randomized clinical trial conducted at Civil Hospital, Karachi, Pakistan. *Thyroid Res.* 2012; 5:<https://doi.org/10.1186/1756-6614-5-9>
 31. Erden S, Şenol Celik, S. Postthoracotomy Pain and Nurse's Role on the Use of Analgesia Methods. *Journal of Ankara Health Sciences.* 2013;2(1-2-3):11-24.
 32. Jafari H, Emami Zeydi A, Khani S, Esmaeili R, Soleimani A. The effects of listening to preferred music on pain intensity after open heart surgery. *Iran J Nurs Midwifery Res.* 2012;17(1):1-6.
 33. Ettrich U, Seifert J, Scharnagel R, Günther KP. A multimodal and multidisciplinary postoperative pain management concept. *Orthopade.* 2007;36(6):546-51.
 34. Ganji Z, Shirvani MA, Rezaei-Abhari F, & Danesh M. The effect of intermittent local heat and cold on labor pain and child birth outcome. *Iran J Nurs Midwifery Res.* 2013;18(4):298-303.
 35. Haynes JM. Randomized controlled trial of cryoanalgesia (ice bag) to reduce pain associated with arterial puncture. *Respir Care.* 2015;60(1):1-5.

Araştırma makalesi**Research article****Leuven Kemoterapi Hasta Bilgi Ölçeğinin Türkçe Geçerlik ve Güvenirliğinin Değerlendirilmesi****Serpil SU¹, Şule ECEVİT ALPAR²****Öz**

Amaç: Araştırma, Leuven Kemoterapi Hasta Bilgi Ölçeği (L-KHBÖ)'nin geçerlik ve güvenirligini değerlendirmek amacıyla gerçekleştirildi.

Gereç ve Yöntem: Metodolojik tipte olan araştırmanın evrenini Konya ilindeki iki hastanenin ayaktan kemoterapi ünitelerinde kemoterapi uygulanan tüm hastalar, örneklemini ise Mart-Temmuz 2014 tarihleri arasında kemoterapi tedavisi uygulanan 239 hasta oluşturdu. Araştırmanın verileri Hasta Bilgi Formu, L-KHBÖ kullanılarak toplandı.

Bulgular: L-KHBÖ'nin geçerlik-güvenirlik çalışması doğrultusunda Cronbach Alpha'sı 0.86; maddelerin toplam puan korelasyonu rs=0.25 ile 0.58 arasında; uyum indeksleri Ki-kare:151.83 (p<0.001), Serbestlik Derecesi:100. RMSEA:0.047, SRMR:0.061, CFI:0.90, NNFI:0.88, GFI:0.93, AGFI: 0.90 olarak; test ve tekrar test korelasyonu r:0.71, p<0.001 olarak bulundu.

Sonuç: L-KHBÖ'nin Türkçe formunun geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu belirlendi.

Anahtar kelimeler: Bilgi düzeyi, geçerlik, güvenilirlik, kemoterapi

ABSTRACT

Reliability and Validity Assessment of the Turkish Version of the Leuven Questionnaire on Patient Knowledge of Chemotherapy

Aim: The research was conducted in order to evaluate the validity and reliability of the Leuven Questionnaire on Patient Knowledge of Chemotherapy (L-PaKC).

Material and Methods: The population of the study, which is a methodological type, consisted of all patients who received chemotherapy in outpatient chemotherapy units of two hospitals in Konya, and the sample consisted of 239 patients who received chemotherapy between March and July 2014. The data of the study were collected using Patient Information Form, L-PaKC and analyzed using the SPSS 20.0 package program.

Results: As a result of the validity-reliability study of L-PaKC, Cronbach Alpha was 0.86, the total score correlation of the items was between rs:0.25 and 0.58, fit index was Chi-Square:151.83 (p<0.001), Degrees of Freedom:100, RMSEA:0.047, SRMR:0.061, CFI:0.90, NNFI:0.88, GFI:0.93, AGFI:0.90, and test and re-test correlation was found as r:0.71, p<0.001.

Conclusion: It was determined that the Turkish version of L-PaKC is a valid and reliable scale.

Keywords: Chemotherapy, level of knowledge, reliability, validity

¹Dr. Öğr. Üyesi, Necmettin Erbakan Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Konya, Türkiye, E-mail: suserpil@gmail.com, Tel: 0-332-3204049, ORCID: 0000-0001-9263-6046

²Prof. Dr., Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İstanbul, Türkiye, E-mail: salpar@marmara.edu.tr, Tel: 0-216-3302070, ORCID: 0000-0003-0951-0106

Geliş Tarihi: 22 Ağustos 2019, Kabul Tarihi: 5 Ağustos 2020

*Bu çalışma, 15-18 Kasım 2016 tarihlerinde A Coruna/İspanya'da gerçekleştirilen 20. Uluslararası Hemşirelik Araştırmaları Kongresi'nde sözel bildiri olarak sunulmuştur.

Atıf/Citation: Su S, Ecevit Alpar Ş. Leuven Kemoterapi Hasta Bilgi Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirliğinin Değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2020; 7(3): 232-239. DOI: 10.31125/hunhemsire.834093

GİRİŞ

Özellikle hızlı ve kontrolsüz çoğalan hücrelere karşı seçici öldürücü etkisi olan kemoterapi tedavisi^{1,2,3} sadece anormal hücreyi değil aynı zamanda kemik iliği, saç ve mukoza gibi hızlı çoğalan normal hücreleri de etkileyerek hastada kanama, yorgunluk, enfeksiyon, alopesi, stomatit ve diyare gibi farklı komplikasyonların gelişmesine neden olmaktadır^{1,4,5}. Günümüzde kemoterapi tedavilerinin büyük bir bölümünün ayakta kemoterapi ünitelerinde veya kısa süre hastanede kalınarak uygulanmasından dolayı hastalar bu komplikasyonları evde yalnız yönetmek durumunda kalmaktadır^{6,7}. Bu konudaki çalışmalar kanser hastalarının yetersiz semptom desteği aldığını^{8,9} ve semptomları ile başa çıkmak için yalnız kaldıklarını göstermektedir¹⁰. Bu nedenle kemoterapi ile ilişkili semptomları önlemede veya tedavi etmede hastaların öz bakım yönetimini sağlayabilmesi ve bu yönde teşvik edilmesi kanser bakımının önemli bir parçası haline gelmiştir^{6,7,11}. Ancak kanser hastalarının semptomları kendi başlarına yönetmede birçok zorluk ve engelle karşılaştığı, bu zorluk ve engellerden birisinin de hastalara yeterli bilgi ve tavsiyenin verilmemesi olduğu belirtilmektedir¹². Kemoterapi tedavisi uygulanan hastaları tedaviye hazırlamak, tedaviye katılımlarını teşvik etmek, tedaviye bağlılıklarını ve hastalıkla başa çıkma yeteneklerini artırmak amacıyla hastaların bilgilendirilmesi oldukça önemlidir^{6,13,14}. Literatürde kemoterapi eğitimi verilen hastalarda; hasta memnuniyetinin, tedavi ve bakım önerilerine bağlılığın, hastalığa bağlı semptomlar ile baş etmenin, öz-bakımın arttığı ve semptomlardan kaynaklı rahatsızlığın azaldığı belirtilmektedir¹⁴⁻²¹.

Kemoterapi tedavisi uygulanan hastaların tedavi komplikasyonları ve semptom yönetimi konusunda bilgi sahibi olmasının önemine vurgu yapılmasına⁴⁻⁷ rağmen ülkemizdeki sağlık kurumlarında verilen kemoterapi eğitimi istendik düzeyde değildir. Ayrıca hastaların kemoterapi bilgisini değerlendiren bir ölçme aracı bulunmamaktadır.

Araştırmanın Amacı

Bu çalışmada Leuven Kemoterapi Hasta Bilgi Ölçeği (L-KHBÖ)'nin ülkemiz için geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yapmak amaçlanmıştır.

GEREÇ ve YÖNTEM

Araştırmanın Türü

Metodolojik tipte bir araştırmadır.

Araştırma Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Konya ilindeki iki üniversite hastanesinin Tıbbi Onkoloji Polikliniği'nde ayakta kemoterapi tedavisi uygulanan tüm hastalar oluşturdu. Ölçek uyarlaması yapılırken gerekli olan örneklem büyüklüğünün hesaplanmasında yaygın görüş bir ölçeğin madde sayısı göz önüne alınarak madde sayısının 5-10 katı arasında vaka alınmasıdır^{22,23}. Bu doğrultuda L-KHBÖ 20 maddeden oluştuğu için en az 200 hastaya ulaşılması hedeflendi ve çalışma en az bir kür kemoterapi tedavisi alan, aynı zamanda radyoterapi tedavisi almayan, görme ve işitme problemi olmayan, 18 yaş ve üstünde olan, okur yazar olan, genel durumu stabil olan, çalışmaya katılmaya gönüllü olan 239 hasta ile tamamlandı.

Veri Toplama Araçları

Hasta Bilgi Formu

Form kişisel özellikler (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek, gelir düzeyi, yaşadığı yer, kiminle yaşadığı) ve hastalığa ilişkin özellikler (tanı, kür numarası, kemoterapi protokolü, sağlık sigortası, kronik hastalık, tedaviye ilişkin açıklama yapıldı durumu, tedavinin etki ve yan etkilerini bilme) olmak üzere toplam 18 sorudan oluştu.

Leuven Kemoterapi Hasta Bilgi Ölçeği (L-KHBÖ)

Leuven Kemoterapi Hasta Bilgi Ölçeği (L-KHBÖ) (Leuven Questionnaire on Patient Knowledge of Chemotherapy (L-PaKC)), Coolbrandt ve arkadaşları tarafından 2013 yılında kemoterapi tedavisi uygulanan hastalarının bilgisini değerlendirmek amacıyla Belçika'da geliştirilmiştir. Çoktan seçmeli ve Doğru/Yanlış soru tiplerini içeren ölçek 13 soru ve 20 maddeden oluşmaktadır. 12 madde genel kemoterapi bilgisini ve 8 madde hastanın tedavisine özgü bilgileri kapsamaktadır.

Dört faktörlü ölçekte, **Faktör 1:** Kemoterapi tedavisinin genel özellikleri (S1, S3, S4), **Faktör 2:** Tedavi ile ilgili olumsuz olaylar, tedaviye bağlı yan etkiler, komplikasyonlar ve riskler (S5a, S5c, S5d, S6, S7b, S8), **Faktör 3:** Bilgi kaynakları (S9a, S9b, S9c), **Faktör 4:** Oral kemoterapinin alınması (S10, S11, S12, S13) ile ilgili soruları kapsamaktadır.

Ölçeğin puanlandırılmasında her bir soruya verilen yanlış cevapta "0" puan, doğru cevapta "1" puan verilir. Birden fazla madde içeren soruların puanlanmasında, her bir maddeye verilen puanlar toplanıp madde sayısına bölünür ve böylece soru puanı elde edilir (Soru 5, 7 ve 9). Ölçek toplam puanı, cevap verilen soruların puanlarının toplanarak cevap verilen soru sayısına bölünmesi ve daha sonra 100 ile çarpılması ile elde edilir. Ölçekten alınan toplam puan hastanın cevabına göre 0-100 puan arasında değişir ve bireylerin ölçekten aldıkları puan arttıkça kemoterapi hakkındaki bilgileri artar.

Soru 1 ve 2'nin puanlaması yapılırken tedavi protokolü, tümör tipi ve/ya da tedavinin amacı; soru 3'ün puanlaması yapılırken tedavi protokolü ve/ya da tedavinin amacı, soru 6, 10, 11, 12, 13'ün puanlaması yapılırken tedavi protokolü dikkate alınarak puan verilir. Soru 9'daki 3 alt soruda "hayır" seçeneğini işaretleyen hastaların açıkladıkları cevap sağlık profesyoneli tarafından "yeterli (doğru) uygulama" olarak değerlendirilir ise 1 puan verilir¹⁹.

Ölçek, hasta ile araştırmacı tarafından ya da hastanın kendisinin doldurması ile uygulanmaktadır. Coolbrandt ve arkadaşlarının çalışmasında 0.67 bulunan ölçeğin Cronbach alfa kat sayısı¹⁹, bu araştırmada 0.86 bulundu.

Dil Eşdeğerliği-Kültürel Uyarlamaya Yönelik Uygulamalar

Dil eşdeğerliliğinin sağlanması için üç dil uzmanı tarafından Türkçe'ye çevirisi yapılan ölçeğin her iki dili anlayan ve bilen başka bir dil uzmanı tarafından İngilizce'ye geri çevirisi yapıldı. Orjinal ölçek ile geri çevirisi yapılan ölçekteki maddeler karşılaştırıldı ve ölçeği geliştiren Coolbrandt'a gönderilerek değerlendirmesi istendi, böylece anlam bütünlüğü sağlanarak dil geçerliği tamamlandı. Uzmanlardan gelen öneriler doğrultusunda ölçek maddelerinde ifade bütünlüğü sağlandı. Ölçeğin

düzenlenmiş son hali, Türkçe okunabilirlik ve anlaşılabilirliği açısından örnekleme dahil edilmeyen 10 hasta ile pilot uygulama yapılarak değerlendirildi.

Kapsam-İçerik Geçerliğine Yönelik Uygulamalar

Ölçeğin kapsam geçerliği için 9'u hemşire, 1'i onkoloji hekimi olmak üzere 10 öğretim üyesinden uzman görüşü alındı. Uzmanlardan maddelerin uygunluğuna göre; "1 puan= madde uygun değil, 2 puan= maddenin uygun şekilde değiştirilmesi gerekiyor, 3 puan= madde uygun, ancak ufak değişiklik gerekiyor, 4 puan= madde çok uygun" olarak değerlendirme yapmaları istendi. Ölçeğin kapsam-İçerik geçerliği açısından uygunluğunu belirlemede Kapsam Geçerlilik İndeksi-KGİ (Content Validity Index- CVI) kullanıldı.

Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Mart-Temmuz 2014 tarihleri arasında yapılan araştırmanın verileri ayaktan kemoterapi ünitesine gelen hastalardan aydınlatılmış onam alındıktan sonra yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak yaklaşık 15 dakikalık sürede toplandı. Ölçeğin test-tekrar test analizleri için hastalara kemoterapi ilacı verilmeden önce ön test uygulandı. Birinci uygulamaya katılan 30 hastaya kemoterapi ilacı bitiminden hemen sonra yardımcı araştırmacı tarafından son test uygulandı²³⁻²⁵. Ölçeğin güvenilirlik analizinde, kemoterapi uygulanan hastaların kür sayıları arttıkça yaşadıkları semptom sayısı ve semptom şiddeti değişeceği için aralıklı test-tekrar test yöntemi yerine (en az 2 hafta ara) aralıksız test-tekrar test yöntemi kullanıldı²² ve sonuçları karşılaştırıldı.

Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmanın verileri bilgisayar ortamına aktarıldıktan sonra SPSS paket programı kullanılarak analiz edildi. Demografik özellikler ve ölçek cevapları sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma kullanılarak değerlendirildi. Kapsam geçerliği için Kapsam Geçerlilik İndeksi (KGİ) kullanıldı. Yapı geçerliği doğrulayıcı faktör analizi ile iç tutarlılık Cronbach Alfa güvenilirlik analizi ile ve madde toplam puan korelasyonu Spearman Korelasyon analizi ile değerlendirildi. Test-tekrar test güvenilirliği için bağımlı örnekleme t testi ve sınıf içi korelasyon analizi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi p<0.05 olarak kabul edildi.

Araştırmanın Etik Boyutu

L-KHBÖ'yü geliştiren Coolbrandt ile internet üzerinden yazılı iletişim kurularak, ölçeğin Türkçeye uyarlanması için gerekli izin ve işbirliği sağlandı. Araştırmanın uygulanabilmesi için Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Değerlendirme Etik Kurulu'ndan onay (2013/326) ve ilgili hastanelerden yazılı izin alınmıştır. Hastalara görüşme öncesi açıklama yapılarak sözlü ve Bilgilendirilmiş Onam Formu kullanılarak yazılı izinleri alındı.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Sonuçlarımızın araştırma örnekleme ile sınırlı olması, örnekleme oral kemoterapi tedavisi alan hasta sayısının az olması araştırmanın sınırlılıklarıdır.

BULGULAR

Araştırmaya katılan hastaların %56.1'inin kadın, %61.9'unun ilköğretim mezunu, %84.1'inin evli, %71.5'inin çalıştığı, %46.4'ünün eşi ve çocukları ile birlikte yaşadığı, %52.7'sinin ilde yaşadığı, %75.3'ünün ekonomik durumunun orta

düzeyde olduğu, yaş ortalamalarının 54.56±12.50 yıl ve kür sayılarının ortalama 4.18±2.33 olduğu görüldü.

Geçerlik ile İlgili Bulgular

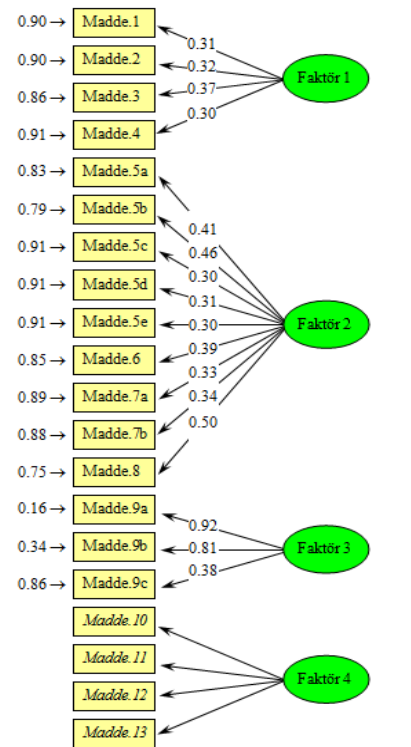
Kapsam-İçerik Geçerliği

Ölçeğin kapsam geçerlilik indeksi (CVI) %100 olarak bulundu. Uzman görüşlerinden elde edilen veriler sınıf içi korelasyon katsayısı yöntemiyle incelendi. Ölçeğin sınıf içi korelasyon katsayısı (ICC) 0.91 bulunarak kapsam-İçerik geçerliği tamamlandı.

Yapı Geçerliği

Yapı geçerliği için faktörlerin uyumunu doğrulamak amacıyla doğrulayıcı faktör analizi yapıldı. 4 faktörlü olan ölçeğin ilk 3 faktörü analize alınırken 4. Faktörü (oral kemoterapi) oluşturan soruları yalnız 9 hasta cevap vermiş olması nedeniyle örneklem az olduğu için doğrulayıcı faktör analizine alınmadı.

Doğrulayıcı faktör analizi sonucunda uyum indeksleri Ki-kare:151.83 (p<0.01), Serbestlik Derecesi:100, RMSEA:0.047, SRMR:0.061, CFI:0.90, NNFI:0.88, GFI:0.93, AGFI:0.90 olarak bulundu. Bu ölçeğin doğrulayıcı faktör analizinde tüm maddelerinin elde edilen yükleri 0.30 ve üzerinde bulundu (Şekil 1), (Tablo 1).



Şekil 1. Leuven Kemoterapi Hasta Bilgi Ölçeğinin Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonuçları: Faktör Yükleri ve Hata Varyansları (Faktör 4'de n=9 olduğu için analize alınmadı)

Tablo 1. Ölçeğin Doğrulamalı Faktör Analizi Uyumluluk Değerleri

DFA Uyumluluk Testleri	Bulunan DFA Sonuçları	Kabul Edilir Uyum	İyi Uyum
Ki-kare / p değeri	151.83 (p<0.05)	--	--
Serbestlik Derecesi	100	--	--
Ki-kare değeri: serbestlik derecesi	151.83:100 1.5	2≤ X2 /sd≤5	0≤ X2 /sd≤2
RMSEA (p)	0.047 (p<0.05)	0.05≤RMSEA≤0.10	0≤RMSEA <0.05
SRMR	0.061	0.05≤ SRMR ≤0.10	0≤ SRMR ≤0.05
CFI	0.90	0.95≤ CFI ≤0.97	0.97≤ CFI ≤1.00
NNFI	0.88	0.95≤ NNFI ≤0.97	0.97≤ NNFI ≤1.00
GFI	0.93	0.90≤ GFI ≤0.95	0.95≤ GFI ≤1.00
AGFI	0.90	0.85≤ AGFI ≤0.90	0.90≤ AGFI ≤1.00

Güvenirlilik ile İlgili Bulgular İç Tutarlılık

Maddelerin toplam puanla olan korelasyon güvenirlilik katsayılarının kemoterapi tedavisinin genel özellikleri (F1), tedaviye bağlı yan etkiler (F2) ve bilgi kaynakları (F3) faktörlerinde rs:0.25 ile 0.58 arasında, pozitif yönde ve istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı olduğu saptandı (p<0.001, Tablo 2). Oral kemoterapinin alınması (F4) faktöründeki 10. maddenin güvenirlilik katsayısının rs:0.18 olarak biraz düşük olduğu (p<0.01), 11., 12. ve 13. soruları az sayıda hastanın yanıtlaması (oral kemoterapi tedavisi alan hasta sayısının az olması) nedeniyle madde-toplam puan güvenirlilik katsayılarının daha yüksek ve pozitif yönde olmasına karşın sadece 13. soruda anlamlı düzeyde olduğu belirlendi (p<0.05, soru 12 ve 13 için p<0.05).

Maddelerin ait oldukları alt boyut toplam puanla olan korelasyon güvenirlilik katsayılarının da kemoterapi tedavisinin genel özellikleri (F1), tedaviye bağlı yan etkiler (F2) ve bilgi kaynakları (F3) faktörlerinde rs:0.31 ile 0.80 arasında, pozitif yönde ve istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı olduğu saptandı (p<0.001, Tablo 2). Oral kemoterapinin alınması (F4) faktöründeki 10. maddenin kendi boyutunun toplam puanı ile güvenirlilik katsayılarının ise rs:0.61-0.97 arasında olduğu, 11. ve 12. soruları az sayıda hastanın yanıtlaması nedeniyle madde-alt boyut toplam puan güvenirlilik katsayılarının yüksek ve pozitif yönde olmasına karşın anlamlı düzeyde olmadığı (p>0.05), 10. ve 13. sorularda ise anlamlı düzeyde olduğu belirlendi (12 ve 13.soru için p<0.001).

Ölçeğin alt boyut puanlarının toplam ölçek puanıyla ilişkisi Sperman korelasyon analizi ile incelendiğinde, güvenirlilik katsayılarının rs:0.26 ile 0.85 arasında pozitif yönde ve istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı olduğu bulundu (p<0.001, Tablo 3).

L- KHBÖ'nin iç tutarlılık güvenirliliğini gösteren Cronbach Alfa güvenirlilik katsayısı 0.86 olarak saptandı. Ölçeğin alt boyutlarının Cronbach Alfa değeri kemoterapi tedavisinin genel özellikleri faktöründe daha düşük olmakla beraber, diğer üç faktörde 0.59-0.85 olarak bulundu (Tablo 3).

Test-Tekrar Test Güvenirliliği

Tedavi öncesinde ve tedavi sonrasında yapılan ölçümden elde edilen hastaların L- KHBÖ puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde fark olmadığı (t:0.914, p:0.368), test ve tekrar test puanları arasında pozitif yönde güçlü düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu (r:0.71, p≤0.001) belirlendi (Tablo 4).

Tablo 2. Leuven Kemoterapi Hasta Bilgi Ölçeğinin Madde-Toplam Puan ve Madde-Alt Boyut Toplam Puan Korelasyonları (n=239)

Bilgi Ölçeği Maddeleri	Madde-Toplam Korelasyonu		Madde-Alt Boyut Korelasyonu	
	r _s	p	r _s	p
1. Faktör: Kemoterapi tedavisinin genel özellikleri				
1. Tedavinizin amacı nedir?	0.41	≤0.001	0.49	≤0.001
2. Tedaviniz için planlanan süre	0.43	≤0.001	0.59	≤0.001
3. Tedaviniz verilmeden veya kaydınız yenilenmeden önce, yapılan kan testlerinin amacı nedir?	0.53	≤0.001	0.62	≤0.001
4. Tedaviniz sırasında hangi önlemler alınmalıdır?	0.46	≤0.001	0.54	≤0.001
2. Faktör: Tedaviye bağlı yan etkiler				
5a. Titreme enfeksiyon belirtisi olabilir	0.29	≤0.001	0.41	≤0.001
5b. İnatçı ishal veya inatçı kusma, bir sonraki gün vücutta su eksikliğine yol açabilir.	0.35	≤0.001	0.34	≤0.001
5c. Tedavi sırasında ani nefes darlığı yaşarsanız, biraz daha fazla dinlenmeniz yeterlidir.	0.25	≤0.001	0.31	≤0.001
5d. Kemoterapi sırasındaki enfeksiyonlar çoğunlukla antibiyotikler ile acil tedavi gerektirir.	0.27	≤0.001	0.32	≤0.001
5e. Kemoterapiden sonra kateter çevresindeki derinin kırmızı ve şişmiş görünmesi normaldir.	0.26	≤0.001	0.35	≤0.001
6. Tedaviniz sırasında hangi yan etkiler ortaya çıkabilir?	0.35	≤0.001	0.41	≤0.001
7a. Tedavinin neden olduğu bulantı, genellikle ilacın verilmesinden sonraki ilk 7 günden fazla uzun sürmez.	0.36	≤0.001	0.43	≤0.001
7b. Yorgunluk, tedavi bittikten hemen sonra kaybolur.	0.37	≤0.001	0.53	≤0.001
8 Sizin veya eşinizin tedavi sırasında gebe kalmaması neden önemlidir?	0.58	≤0.001	0.78	≤0.001
7a. Tedavinin neden olduğu bulantı, genellikle ilacın verilmesinden sonraki ilk 7 günden fazla uzun sürmez.	0.36	≤0.001	0.43	≤0.001

Tablo 2. Leuven Kemoterapi Hasta Bilgi Ölçeğinin Madde-Toplam Puan ve Madde-Alt Boyut Toplam Puan Korelasyonları (n=239) (devamı)

3. Faktör: Bilgi kaynakları				
9a. Hemşirelik birimine nasıl ulaşabileceğimi veya iletişim bilgilerimi nereden bulabileceğimi biliyorum.	0.25	≤0.001	0.75	≤0.001
9b. Hafta sonu doktora nasıl ulaşabileceğimi veya iletişim bilgilerimi nereden bulabileceğimi biliyorum.	0.28	≤0.001	0.75	≤0.001
9c. Hastaneden alınan bilgi broşüründe hangi bilgileri bulabileceğimi biliyorum.	0.29	≤0.001	0.80	≤0.001
4. Faktör: Oral kemoterapinin alınması				
10. Kemoterapi ilacını (tablet ya da kapsül) ağızdan mı alıyorsunuz?	0.18	0.006	0.63	≤0.001
11 (n:9). Tablet veya kapsülü nasıl almalsınız?	0.41	0.272	0.61	0.080
12 (n: 9). Lütfen doğru cevabı belirtiniz.	0.41	0.272	0.61	0.080
13 (n: 9). Bir dozu almayı unuttuğunuzda ne yapmanız gerekir?	0.69	0.039	0.97	≤0.001

Tablo 3. Leuven Kemoterapi Hasta Bilgi Ölçeği Alt Boyutlarının Toplam Puanla Korelasyonu ve Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayıları (n=239)

Ölçek ve Alt Boyutları	Alt Boyut – Toplam Ölçek Korelasyonu		Cronbach Alfa
	r _s	p	
Leuven Kemoterapi Hasta Bilgi Ölçeği (Toplam)	--	--	0.86
Leuven Kemoterapi Hasta Bilgi Ölçeğinin Alt Boyutları			
Faktör 1: Kemoterapi tedavisinin genel özellikleri	0.80	≤0.001	0.32
Faktör 2: Tedaviye bağlı yan etkiler	0.75	≤0.001	0.59
Faktör 3: Bilgi kaynakları	0.37	≤0.001	0.71
Faktör 4: Oral kemoterapinin alınması (n: 9)	0.26	≤0.001	0.85

Tablo 4. Test-tekrar test bilgi puanlarının karşılaştırılması (n=30)

Ölçüm Zamanı	X±SS	t	p	r	p
İlk Toplam Puan	6.95±2.04	0.914	0.368	0.71	≤0.001
Tekrar Test Toplam Puan	6.71±1.68				

TARTIŞMA

Ölçeğin Geçerlik Bulgularının Tartışılması Kapsam-İçerik Geçerliğine İlişkin Bulguların Tartışılması

Kapsam geçerliği; ölçeğin, bütününe ve alt boyutlarının ölçülmek istenen alanı ölçüp ölçmediğini ve ölçülecek alan dışında farklı kavramları barındırıp barındırmadığını değerlendirmek amacıyla yapılır²³. Coolbrandt ve arkadaşlarının çalışmasında ölçeğin KGI 0.78-1.00 arasında bulunmuştur. Bu çalışmada ise KGI=1.00 olarak bulundu. Ölçeğin sınıf içi korelasyon katsayısı (SKK=ICC) 0.91 olarak

bulundu. Literatüre göre sınıf içi korelasyon katsayısı kabul düzeyi 0.70'dir²⁶. Bu değerler uyumun kabul edilebilir düzeyde olduğunu göstermektedir. Bu sonuçlar doğrultusunda L-KHBÖ'nin ölçülmek istenen alanı temsil ettiği ve kapsam geçerliğinin sağlandığı söylenebilir.

Yapı Geçerliğine İlişkin Bulguların Tartışılması

Ölçek uyarlama çalışmalarında, yapı geçerliğinin incelenmesinde, ölçekteki maddelerin yapısı hakkında var olan bir hipotezi sınamak, uyarlanan ölçeğin faktör yapısını özgün ölçeğin faktör yapısı ile karşılaştırmak ve benzerlik ya da ayrılıklarını değerlendirebilmek için doğrulayıcı faktör analizinin kullanılması önerilir²³. Doğrulayıcı faktör analizi, bir faktörü oluşturan maddelerin faktörle ilişkisinin yeterli olup olmadığını değerlendirmektedir^{22,27}. Doğrulayıcı faktör analizinde uyum iyiliği istatistiklerinin de istenilen düzeyde olması gerekir. Ki-kare uyum istatistiği, bir modelin kabul edilebilir olması için ki-kare değerinin anlamlı çıkmaması beklenir, ancak uygulamada genelde anlamlı çıktığı görülür, çünkü bu değer örneklem büyüklüğüne çok duyarlıdır. Bunun yerine ki-kare değeri serbestlik derecesine bölünür ve çıkan değer iki ya da altında olması modelin iyi bir model olduğunu, beş ya da daha altında olması modelin kabul edilebilir bir uyum iyiliğine sahip olduğunu gösterir^{27,28}. Bu çalışmada L-KHBÖ'nin doğrulayıcı faktör analizi sonuçlarına göre ölçek yapısının iyi bir model olduğu (p<0.05, X²:SD= 1.5) belirlenmiştir.

Kullanılan diğer uyum iyiliği testleri RMSEA, SRMR, CFI, NNFI, GFI, AGFI'dir^{27,28}. RMSEA'nın 0.08'e eşit ya da küçük olması ve p değerinin 0.05'den küçük olması uyumun iyi olduğunu^{27,28}, 0.10'a eşit ya da küçük olması ise uyumun zayıf olduğunu gösterir²⁸. SRMR'nin 0.10'dan küçük olması²⁸, CFI, NNFI değerlerinin 0.90'a eşit ya da üstünde olması uyumun olduğunu gösterir^{27,28}. Bu çalışmada, Leuven Kemoterapi Hasta Bilgi Ölçeği'nin Türkçe formunda SRMR, CFI, GFI ve AGFI değerlerine göre uyumun iyi olduğu, ancak NNFI değerinin de sınıra çok yakın olmasıyla uyumun yeterli olduğu saptanmıştır.

Ölçeğin Güvenirlik Bulguların Tartışılması

İç Tutarlılık

Madde-toplam puan korelasyonu test maddelerinden alınan puanlar ile testin toplam puanı arasındaki ilişkiyi açıklar. Madde-toplam puan korelasyonunun pozitif ve yüksek olması (+1'e yaklaştıkça), maddelerin benzer davranışları örneklediğini ve testin iç tutarlılığının yüksek olduğunu gösterir²⁹. Madde-toplam puan korelasyon katsayısının alt sınırı ile ilgili literatürde farklı değerler olmakla birlikte genellikle en alt seviye olarak 0,20 alınmakta, korelasyon katsayısı 0.30-0.40 arasında olan maddelerin "iyi", 0,40 üstünde olan maddelerin "çok iyi" düzeyde ayırt edici ve dolayısıyla güvenilir olduğu bildirilmektedir. Korelasyon katsayısı ne kadar yüksek ise, maddelerin güvenilirliği o kadar iyidir/güçlüdür^{23,24}. Bu çalışmada maddelerin toplam puanla olan korelasyon güvenirlilik katsayılarının ilk 3 faktörde rs:0.25 ile 0.58 arasında, pozitif yönde ve istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı olduğu saptandı (p≤0.001). Oral kemoterapi alımı alt boyutundaki 10. maddenin güvenirlilik katsayısının rs:0.18 olarak biraz düşük olduğu (p≤0.001) 11.,

12. ve 13. soruları az sayıda hastanın yanıtlaması nedeniyle madde-toplam puan güvenilirlik katsayılarının daha yüksek ve pozitif yönde olmasına karşın sadece 13. soruda anlamlı düzeyde olduğu belirlendi ($p < 0.05$, soru 12 ve 13 için $p < 0.05$). Ölçekteki soruların tümünün çıkarılmadan alınmasının uygun olduğuna karar verilmiştir. 10. soruyu hastaların büyük çoğunluğunun biliyor olması güvenilirlik katsayısının düşük çıkmasına neden olduğu, 11 ve 12. sorularda güvenilirlik katsayılarının anlamsız düzeyde bulunmasında ise örneklem sayısının az olmasının etkili olduğu görülmüştür.

Maddelerin ait oldukları alt boyut toplam puanla olan korelasyon güvenilirlik katsayılarının da ilk 3 faktörde rs:0.31 ile 0.80 arasında, pozitif yönde ve istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı olduğu saptandı ($p < 0.001$). Dördüncü alt boyuttaki 10. maddenin kendi boyutunun toplam puanı ile güvenilirlik katsayılarının ise rs:0.61-0.97 arasında olduğu, 11. ve 12. soruları az sayıda hastanın yanıtlaması nedeniyle madde-alt boyut toplam puan güvenilirlik katsayılarının yüksek ve pozitif yönde olmasına karşın anlamlı düzeyde olmadığı ($p > 0.05$), 10. ve 13. sorularda ise anlamlı düzeyde olduğu belirlenmiştir (12 ve 13. soru için $p < 0.001$).

Cronbach alfa katsayısı likert tipi ölçeklerde kullanılması uygun olan bir iç tutarlılık tahmin yöntemidir. Cronbach alfa katsayısı, ölçekte yer alan maddelerin varyansları toplamının genel varyansa oranlanması ile bulunan bir ağırlıklı standart değişim ortalamasıdır. Bir ölçeğin Cronbach alfa katsayısı ne kadar yüksek olursa, o ölçüde ölçeğin aynı özelliğin öğelerini ölçen tutarlı maddelerden oluştuğu söylenir²⁶. Cronbach alpha değerlendirmesinde çıkan sonuç 0.40'dan küçük ise ölçme aracı güvenilir değil, 0.40-0.59 arası düşük güvenilirlikte, 0.60-0.79 arası oldukça güvenilir, 0.80-1.00 arası ise yüksek derecede güvenilir olarak değerlendirilmektedir^{26,30}. Coolbrandt ve arkadaşlarının çalışmasında ölçeğin Cronbach alfa kat sayısı 0.67 olarak saptanmıştır¹⁹. Bu çalışmada ise L-KHBÖ'nin iç tutarlılık güvenilirliğini gösteren Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0.86 olarak saptandı. Ölçeğin alt boyutlarının Cronbach alfa değeri kemoterapi tedavisinin genel özellikleri alt boyutunda daha düşük olmakla beraber, diğer üç alt boyutta 0.59-0.85 olarak bulundu. Bu çalışmada Cronbach alfa kat sayıları yeterli düzeydedir ve saptanan bu değerler, ölçeğin iç tutarlılığının yüksek olduğunu göstermektedir.

Test-Tekrar Test (Zamana Karşı Değişmezlik)

Test- tekrar test yöntemi, bir ölçme aracının aynı denek grubuna aynı koşullarda, önemli derecede hatırlamaları önleyecek kadar uzun, fakat ölçülecek özellikte önemli değişimler olmasına izin vermeyecek kadar kısa bir zaman aralığında iki kez uygulanmasıdır²². Korelasyon katsayısı (r) "0" ile "1" arasında değişen değerler alabilmektedir. Korelasyon (r) kat sayısı değeri yükseldikçe, ifadenin etkililik düzeyi artmakta ve azaldıkça düşmektedir. Literatürde korelasyon katsayısının gücünün r:0.00-0.25 (Çok Zayıf), r:0.26-0.49 (Zayıf), r:0.50-0.69 (Orta), r:0.70-0.89 (Yüksek) ve r:0.90-1.00 (Çok Yüksek) olarak değerlendirilmesi gerektiği belirtilmektedir. Yeteri kadar yüksek bir korelasyon katsayısı, testten elde edilen ölçümlerin kararlılığına ve iki uygulama arasındaki zaman içinde ölçülen nitelikte fazla bir değişme olmadığına işaret eder^{23,27,28,31}.

L-KHBÖ'nin zamana göre değişmezliğini değerlendirmek üzere yapılan test-tekrar test puanları arasında pozitif yönde güçlü düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi. Elde edilen korelasyon katsayılarının ilk ve ikinci uygulama sonuçları arasındaki tutarlılığı, ölçeğin zamana göre değişmezliğinin yüksek düzeyde olduğunu gösterdi.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Sonuç olarak bu çalışmada, Leuven Kemoterapi Hasta Bilgi Ölçeği'nin Türk toplumunda kullanılabilecek geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu bulunmuştur. Ölçeğin kemoterapi tedavisi uygulanan hastaların bilgi düzeyini belirlemek ve verilen kemoterapi eğitiminin etkinliğini değerlendirmek amacıyla kullanılması ve daha büyük örneklem gruplarında geçerlik ve güvenilirliğini test eden çalışmaların yapılması önerilmektedir.

Etik Kurul Onayı (Kurul adı, tarih ve sayı no): Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Değerlendirme Etik Kurulu'ndan onay alınmıştır (2013/326).

Çıkar Çatışması: Bildirilmemiştir.

Finansal Destek: Yoktur.

Katılımcı Onamı: Hastalardan bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

Yazar katkıları

Araştırma dizaynı: SS, ŞEA

Veri toplama: SS

Literatür araştırması: SS, ŞEA

Makale yazımı: SS, ŞEA

Teşekkür: Çalışmaya katılan bütün hastalara teşekkür ederiz.

Ethics Committee Approval: Approval was obtained from the Non-Invasive Clinical Research Evaluation Ethics Committee of Selçuk University Faculty of Medicine (2013/326).

Conflict of Interest: Not reported.

Funding: None.

Exhibitor Consent: Informed consent was obtained from patients.

Author contributions

Study design: SS, ŞEA

Data collection: SS

Literature search: SS, ŞEA

Drafting manuscript: SS, ŞEA

Acknowledgement: We would like to thank all the patients who participated in the study.

KAYNAKLAR

1. Kaptan D, Dedeli, Ö. Teoriden uygulamaya temel iç hastalıkları hemşireliği, kavramlar ve kuramlar. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi; 2012. Bölüm 8, Kanseri ve hemşirelik bakımı; s.149-84.
2. Tortorice PV. Cancer nursing. 7th ed. Amerika: Jones and Bartlett Publishers; 2011. Chapter 15, Cytotoxic chemotherapy: Principles of therapy; p.353-85.
3. Can G. Onkoloji. Enç N, Editör. İç hastalıkları hemşireliği. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti; 2014.

4. Emiroğlu F. Kanser ve kanserli hasta bakımı. Sabuncu N, Ay AF, Editörler. Klinik beceriler sağlığın değerlendirilmesi, hasta bakım ve takibi. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti; 2010.
5. Ovayolu Ö. Onkolojik sorunlar ve hemşirelik yönetimi. Ovayolu N, Ovayolu Ö, Editörler. Temel iç hastalıkları hemşireliği ve farklı boyutlarıyla kronik hastalıklar. Adana: Çukurova Nobel Tıp Kitabevi; 2016.
6. Coolbrandt A, Van den Heede K, Clemens K, Milisen K, Laenen A, Wildiers H., et al. The Leuven questionnaire for Patient Self-care during Chemotherapy (L-PaSC): Instrument development and psychometric evaluation. *Eur J Oncol Nurs.* 2013a;17:275-83.
7. Coolbrandt A, Dierckx de Casterlé B, Wildiers H, Aertgeerts B, Van der Elst E, van Achterberg T, et al. Dealing with chemotherapy-related symptoms at home: a qualitative study in adult patients with cancer. *Eur J Oncol Nurs.* 2016;25:79-92.
8. Henry DH, Viswanathan HN, Elkin EP, Traina S, Wade S, Cella, D. Symptoms and treatment burden associated with cancer treatment: results from a cross-sectional national survey in the U.S. *Support Care Cancer.* 2008;16:791-801.
9. Johnsen AT, Petersen MA, Pedersen L, Houmann LJ, Groenvold M. Do advanced cancer patients in Denmark receive the help they need? A nationally representative survey of the need related to 12 frequent symptoms/problems. *Psychooncology.* 2013;22:1724-30.
10. Spichiger E, Rieder E, Muller-Frohlich C, Kesselring, A Fatigue in patients undergoing chemotherapy, their self-care and the role of health professionals: a qualitative study. *Eur J Oncol Nurs.* 2012;16:165-71.
11. Mc Corkle R, Ercolano E, Lazenby M, Schulman-Green D, Schilling LS, Lorig K. et al. Selfmanagement: enabling and empowering patients living with cancer as a chronic illness. *CA Cancer J Clin.* 2011;61:50-62.
12. Pedersen B, Kottved DP, Nielsen LL. Living with side effects from cancer treatment—a challenge to target information. *Scand J Caring Sci.* 2012;27:715-23.
13. Van der Meulen N, Jansen J, van Dulmen S, Bensing, J, van Wert J. Interventions to improve recall of medical information in cancer patients: a systematic review of the literature. *Psychooncology.* 2008;17(9):857-68.
14. Prutipinyo C, Maikew K, Sirichotiratana N. Self-care behaviours of chemotherapy patients. *J Med Assoc Thai.* 2012;95(6):30-37.
15. Williams S, Schreier A. The role of education in managing fatigue, anxiety, and sleep disorders in women undergoing chemotherapy for breast cancer. *Appl Nurs Res.* 2005;18:138-47.
16. Hack TF, Degner LF, Parker PA. The communication goals and needs of cancer patients: a review. *Psychooncology.* 2005;14(10):831-45.
17. Akçay D, Gözüm S. Kemoterapi alan meme kanserli hastalarda, kemoterapinin yan etkilerine ilişkin verilen eğitim ve evde izlemin yaşam kalitesine etkisinin değerlendirilmesi. *Meme Sağlığı Dergisi.* 2012;8(4):191-200.
18. Aranda S, Jefford M, Yates P, Gough K, Seymour J, Francis P. et al. Impact of a novel nurse-led prechemotherapy education intervention (ChemoEd) on patient distress, symptom burden, and treatment-related information and support needs: results from a randomised, controlled trial. *An Oncol.* 2012;23(1):222-31.
19. Coolbrandt A, Van den Heede K, Jans E, Laenen A, Verslype C, Wildiers H. et al. The Leuven Questionnaire on Patient Knowledge of Chemotherapy (L-PaKC): Instrument development and psychometric evaluation. *Eur J Oncol Nurs.* 2013b;17(4):465-73.
20. Reif K, de Vries U, Petermann F, Görres S. A patient education program is effective in reducing cancer-related fatigue: A multi-centre randomised two-group waiting-list controlled intervention trial. *Eur J Oncol Nurs.* 2013;17(2):204-13.
21. Mollaoğlu M, Erdoğan G. Effect on symptom control of structured information given to patients receiving chemotherapy. *Eur J Oncol Nurs.* 2014;18(1):78-84.
22. Şencan H. Sosyal ve davranışsal ölçümlerde güvenilirlik ve geçerlilik. 1. Baskı, Ankara: Seçkin Yayıncılık; 2005.
23. Gözüm S, Aksayan S. Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber II: psikometrik özellikler ve kültürlerarası karşılaştırma. *Hemşirelik Araştırma Geliştirme Dergisi.* 2002;5(1):3-14.
24. Tavşancıl E. Tutumların ölçülmesi ve SPSS ile veri analizi. 2. Baskı. İstanbul; Nobel Yayın Dağıtım; 2005.
25. Polit DF, Beck CT. Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2010. Chapter 5, Data analysis and interpretation; p.391-572.
26. Akgül A. Tıbbi Araştırmalarda istatistiksel analiz teknikleri "SPSS uygulamaları". 3. Baskı. Ankara: Emek Ofset Ltd. Şti.; 2005.
27. Şimşek ÖF. Yapısal eşitlik modellemesine giriş temel ilkeler ve LISREL uygulamaları, Ankara: Cem web Ofset; 2007.
28. Harrington D. Confirmatory factor analysis. Newyork, USA: Oxford University Press; 2009.
29. Büyüköztürk Ş. Sosyal bilimler için veri analizi el kitabı. İstatistik, araştırma deseni, SPSS uygulamaları ve yorumu. 2. Baskı. Ankara: Pegem Yayıncılık; 2006.
30. Özdamar K. Paket programlar ile istatistiksel veri analizi. 4. Baskı. Eskişehir: Kaan Kitabevi; 2009.

31. Erefe İ. Veri toplama araçlarının niteliği. Erefe İ, editör. Hemşirelikte araştırma ilke süreç ve yöntemleri. Ankara: Odak Ofset; 2002.

Araştırma makalesi

Research article

Hemşirelik Öğrencilerinin Bireysel Girişimcilik Algıları ve Yaşam Boyu Öğrenme Eğilimleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi

Fatma KILAVUZ¹, Arzu KARABAĞ AYDIN²

ÖZ

Amaç: Çalışma hemşirelik öğrencilerinin bireysel girişimcilik algıları ve yaşam boyu öğrenme eğilimleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı olarak yapılan çalışmanın uygulaması 1-7 Mart 2018 tarihleri arasında Türkiye'nin Kuzeydoğu Anadolu Bölgesinde bulunan bir üniversitenin sağlık bilimleri fakültesi hemşirelik bölümünde öğrenim gören 523 (%71.2) gönüllü öğrenci ile gerçekleştirilmiştir. Veri toplama aracı olarak; Tanıtıcı Bilgiler Formu, Bireysel Girişimcilik Algı Ölçeği ve Yaşam Boyu Öğrenme Eğilimleri Ölçeği kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde öncelikle ölçek toplam puanının ve ölçek alt boyut toplam puanlarının tanımlayıcı istatistikleri yapılmıştır. Verilerin analizinde ise Mann-Whitney U, Kruskal Wallis-H ve Spearman Korelasyon Testleri kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan öğrencilerin %57.7'sinin kadın ve yaş ortalamasının 20.99±2.05 olduğu saptanmıştır. Hemşirelik öğrencilerinin Bireysel Girişimcilik Algı Ölçeği toplam puan ortalaması 119.98±15.30 olarak, Yaşam Boyu Öğrenme Eğilimleri Ölçeği toplam puan ortalaması ise 80.80±20.62 olarak bulunmuştur. Ailenin aylık gelir durumu ve düzenli kitap okuma alışkanlığı değişkenlerinin hem Bireysel Girişimcilik Algı Ölçeği hem de Yaşam Boyu Öğrenme Eğilimleri Ölçeği puanlarını anlamlı düzeyde etkilediği saptanmıştır (p<0.05). Bireysel Girişimcilik Algısı Ölçeği ile Yaşam Boyu Öğrenme Eğilimleri Ölçeği arasında negatif yönlü zayıf anlamlı bir ilişki saptanmıştır (p<0.001, r=-0.164).

Sonuç: Çalışmada bireysel girişimcilik algıları yüksek olan hemşirelik öğrencilerinin yaşam boyu öğrenme eğilimlerinin daha düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Anahtar kelimeler: Devamlı hemşirelik eğitimi, girişimcilik, hemşirelik öğrencileri, öğrenme

ABSTRACT

Determining the Correlation between Nursing Students' Individual Entrepreneurship Perceptions and Lifelong Learning Trends

Aim: The aim of this study was to determine the correlation between nursing students' individual entrepreneurship perceptions and lifelong learning trends.

Material and Methods: This descriptive study was conducted between 1 and 7 March 2018. The study sample consisted of 523 (71.2%) volunteer students studying at a nursing department of the faculty of health sciences of a university in the Northeastern Region of Anatolia of Turkey. Data were collected using a Descriptive Characteristics Form, the Individual Entrepreneurship Perception Scale and Lifelong Learning Trends Scale. In the evaluation of the data, firstly, descriptive statistics of the scale total score and subscale total scores were made. In the analysis, Mann-Whitney U, Kruskal Wallis-H and Spearman Correlation tests were used.

Results: Of participants, 57.7% were women. The mean age of participants was 20.99±2.05 years. Participants had a mean Individual Entrepreneurship Perception Scale and Lifelong Learning Trends Scale score of 119.98±15.30 and 80.80±20.62, respectively. The two variables "family income" and "habit of reading regularly" had a significant effect on both scales scores (p<0.05). Individual Entrepreneurship Perception Scale was weakly and negatively correlated with Lifelong Learning Trends Scale (p<0.001, r=-0.164).

Conclusion: In the study, it was concluded that nursing students with higher perception of individual entrepreneurship had lower lifelong learning tendencies.

Keywords: Continuing nursing education, entrepreneurship, learning, nursing students

¹Bilim Uzmanı Hemşire, Öğretmen Necla Kızılbağ Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi, Ankara, Türkiye, E-mail: fatmakocaoglu_06@hotmail.com, Tel: 0553 267 1997, ORCID: 0000-0003-2351-1455

²Dr, Kafkas Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Kars, Türkiye, E-mail: akarabag.aydin@gmail.com, Tel: 0555 553 1543, ORCID: 0000-0002-0002-4091

Geliş Tarihi: 17 Şubat 2020, Kabul Tarihi: 1 Eylül 2020

* Bu çalışma, Dr. Arzu Karabağ Aydın danışmanlığında Fatma Kılavuz'un yüksek lisans tezinden hazırlanmıştır.

Atıf/Citation: Kılavuz F. Karabağ Aydın A. Hemşirelik Öğrencilerinin Bireysel Girişimcilik Algıları ve Yaşam Boyu Öğrenme Eğilimleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2020; 7(3):240-248. DOI: 10.31125/hunhemsire.834097

GİRİŞ

Girişimcilik becerilerinin geliştirilmesi hemşirelik eğitiminin amaçlarından biri olarak görülmektedir. Hemşirelikte girişimcilik, hasta bakımında yaratıcı ve yenilikçi yöntemlerin yanı sıra hemşirelerin işle ilgili belirsizlik ve karmaşıklıkla başa çıkabilme becerisini de geliştirmektedir¹⁻³. Yaşlanan nüfusun artışına paralel olarak kronik hastalıklarda da görülen artış, artan maliyetler, hemşirelik bakımında değişikliklere ve yeni yaklaşımlara ihtiyaç olduğunu göstermektedir. Bu nedenlerle, bireyin sağlığını sürdürmek ve geliştirmek amacıyla planlanması gereken bakım uygulamaları, girişimci hemşirelere duyulan ihtiyacı ortaya çıkarmaktadır^{4,5}. Girişimci olmak hemşirelerin kendilerini keşfetmesini gerektirmektedir⁶. Uluslararası Hemşireler Birliği (International Council of Nurses-ICN) (2004) hemşire girişimcilerin; güçlü, kendine güvenen, risk alan, yaratıcı, hedef odaklı, güvenilir, sabırlı, vizyon sahibi, inisiyatif kullanan, disiplinli, planlayıcı kişisel özelliklerine sahip olması gerektiğini belirtmektedir. ICN girişimci hemşireyi, iş sağlığı danışmanlığı yapılması, sağlığın iyileştirilmesine yönelik proje üretilmesi, sağlık ürünlerinin geliştirilmesi, personel yönetimi, hemşirelik bakımı, yaşlı bakımı ve danışmanlık gibi doğrudan hemşirelik hizmetlerinin sunumunda yer alan hemşireler olarak tanımlamaktadır⁷.

Bilimsel, teknolojik ve kültürel değişimlerin çok hızlı gerçekleşmesi buna paralel olarak bilgideki değişimin sürekliliği ve hızı çağımız insanını sürekli öğrenme gereksinimi içinde bırakmaktadır⁸. Bu bağlamda, toplumlar bilinçli bir bilgi tüketicisi olmanın yanı sıra bilgi üretebilen bireylere gereksinim duymaktadır. Bu bireylerin aynı zamanda yaşam boyu öğrenme becerilerine sahip, sürekli olarak bilgisini yenileyen, değişime ayak uydurabilen ve gelişmeleri takip edebilen nitelikte olmaları beklenmektedir⁹. Kısaca, yaşam boyu öğrenme süreci bireylere yaşamlarında her an ihtiyaç duyabilecekleri bilgiye nasıl ulaşacaklarını öğretmelidir¹⁰.

Yaşam boyu öğrenme okul öncesi dönemde evde başlayan, sonrasında zorunlu örgün eğitim ve üniversite ile devam eden¹¹, sonraki dönemlerde iş yerinde ve toplumda bireylerin örgün eğitimin ötesinde kendi eğitimlerine devam ettikleri bir süreç olarak ifade edilmektedir^{11,12}. Bireyin yeni bilgi keşfetme ya da inşa etme sürecine dahil olması için motivasyona sahip olması beklenmektedir¹³. Üniversiteler internet tabanlı eğitim, sanal üniversite¹⁴ ve e- öğrenme yoluyla¹⁵ yaşam boyu öğrenme etkinliklerine ve mesleki gelişime destek sağlamaktadırlar¹⁴. Toplumun sağlık bakım gereksinimlerini karşılayan, neyi, nasıl ve nereden öğreneceğini bilen, bilimsel araştırmalarla yeni bilgiler üretebilen özerk hemşirelerin yetiştirilmesinde hemşirelik eğitiminin ve çağdaş müfredat programlarının önemli olduğu ifade edilmektedir¹⁶. Hemşirelik uygulamaları için büyük öneme sahip olan yaşam boyu öğrenme; profesyonellerin yeni bilgiler ve sağlık hizmetleri ile ilgili gelişmelerden haberdar olmalarını sağlamaktadır. Tüm hemşireler, güvenli hemşirelik uygulamaları için gerekli tutum, bilgi ve becerileri geliştirmek ve sürdürmek için yaşam boyu öğrenen olma sorumluluğunu üstlenmelidir¹⁷.

Yapılan ulusal ve uluslararası literatür taraması sonucunda hemşirelik öğrencilerinin bireysel girişimcilik algıları ve yaşam boyu öğrenme eğilimleri arasındaki ilişkinin belirlenmesini inceleyen herhangi bir araştırmaya rastlanmamıştır. Gerçekleştirilen bu çalışmanın literatürdeki bu boşluğu doldurmaya katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Bu çalışmadan elde edilen sonuçların bilimsel ve teknolojik gelişmeleri takip edebilen, sürekli olarak bilgisini yenileyebilen girişimci ve yaşam boyu öğrenen hemşirelerin yetiştirilmesinde benimsenecek ilkelerin oluşturulmasına yardımcı olacağı değerlendirilmektedir.

Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, hemşirelik öğrencilerinin bireysel girişimcilik algıları ve yaşam boyu öğrenme eğilimleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

GEREKÇİ ve YÖNTEM

Araştırmanın Türü

Bu araştırma, tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırma Evren ve Örneklemi

Araştırma Türkiye'nin Kuzeydoğu Anadolu Bölgesi'nin (TRA1-Erzurum, Erzincan, Bayburt; TRA2-Ağrı, Kars, Ardahan, Iğdır) alt bölgesi olan TRA2'de bulunan bir ilde yer alan üniversitenin sağlık bilimleri fakültesi hemşirelik bölümünde gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın evrenini, 2017-2018 Eğitim-Öğretim yılı bahar döneminde hemşirelik bölümünde öğrenim gören öğrenciler oluşturmaktadır. Hemşirelik bölümünde çalışmanın yapıldığı dönemde 1.sınıfta 185, 2. sınıfta 166, 3. sınıfta 169 ve 4.sınıfta 215 öğrenci olmak üzere toplam 735 öğrenci öğrenim görmektedir. Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiş, tüm evrene ulaşılmaya çalışılmıştır. Araştırmanın yapıldığı gün ve saatte bazı öğrencilerin devamsızlık yapmaları, bazılarının ise çalışmaya katılmayı kabul etmemeleri nedenleriyle evrenin tamamına ulaşılamamıştır. Araştırma, gönüllü olarak çalışmaya katılmayı kabul eden toplam 529 öğrenci ile gerçekleştirilmiştir. Veri toplama süreci sona erdiğinde 6 öğrencinin formları eksik doldurduğu belirlenmiş ve bu öğrencilere ait anketler çalışma dışı bırakılarak veri değerlendirmesi 523 (%71.2) öğrenci ile tamamlanmıştır.

Veri Toplama Araçları

"Tanıtıcı Bilgi Formu"nun orijinal hali konu ile ilgili literatür ışığında¹⁸⁻²¹ araştırmacılar tarafından hazırlanmış açık ve kapalı uçlu olmak üzere toplamda 21 sorudan (öğrencilerin cinsiyeti, yaşı, sınıfı, kaldığı yer vb.) oluşmaktadır. Bu çalışmada orijinal formdan 15 soru ile değerlendirme yapılmıştır. Yaşam Boyu Öğrenme Eğilimleri Ölçeği (YBÖEÖ) Coşkun tarafından 2009 yılında üniversite öğrencilerinde geliştirilmiş, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. YBÖEÖ'de toplam 27 madde bulunmaktadır. Ölçek çok uyuyor (1), kısmen uyuyor (2), çok az uyuyor (3), çok az uyumuyor (4), kısmen uyumuyor (5), hiç uyumuyor (6) şeklinde 6'lı likert tipi derecelendirmeye sahiptir. Ölçekten alınabilecek minimum puan 27 ve maksimum puan 162 olarak belirlenmiştir. YBÖEÖ'nün alt boyutları sırasıyla motivasyon (6 madde; 1, 2, 3, 4, 5, 6), sebat (6 madde; 7, 8, 9, 10, 11, 12), öğrenmeyi düzenlemede yoksunluk (6 madde; 13, 14, 15, 16, 17, 18) ve merak yoksunluğu (9 madde; 19,

20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27) olarak belirlenmiştir. YBÖEÖ'de puan arttıkça yaşam boyu öğrenme eğilimi artmaktadır. Ölçeğinin Cronbach α değeri 0.89'dur⁸. Bu çalışmada elde edilen Cronbach α değeri 0.89 olarak hesaplanmıştır. Bireysel Girişimcilik Algı Ölçeği (BGAÖ) ise İncik ve Uzun tarafından 2017 yılında üniversite öğrencilerinde geliştirilmiş, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Ölçekte toplam 31 madde bulunmaktadır. Ölçek kesinlikle katılıyorum (5), katılıyorum (4), kararsızım (3), katılmıyorum (2), kesinlikle katılmıyorum (1) şeklinde 5'li likert tipi derecelendirmeye sahiptir. Ölçekten alınabilecek minimum puan 31 ve maksimum puan 155 olarak belirlenmiştir. BGAÖ'nün alt boyutları sırasıyla planlama (6 madde; 1, 2, 3, 4, 5, 6), kontrol odağı (8 madde; 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14), kendine güven (6 madde; 15, 16, 17, 18, 19, 20), iletişim (4 madde; 21, 22, 23, 24), motivasyon (4 madde; 25, 26, 27, 28) ve öz disiplin (3 madde; 29, 30, 31) olarak belirlenmiştir. BGAÖ'de puan arttıkça bireysel girişimcilik algısı da aynı yönde artmaktadır. Ölçeğin Cronbach's α değeri 0.92'dir²². Bu çalışmada elde edilen Cronbach's α değeri 0.92 olarak hesaplanmıştır.

Verilerin Toplama Araçlarının Uygulanması

Araştırmanın ön uygulaması; aynı fakültenin ebelik bölümünde öğrenim gören örneklem grubu ile benzer özelliklere sahip 10 gönüllü öğrenci ile 9 Şubat 2018 tarihinde yapılmıştır. Ön uygulamada tanıtıcı bilgi formunun anlaşılabilirliği test edilmiş olup ön uygulama sonucunda formda gerekli düzenlemeler yapılmıştır. Ayrıca ön uygulama sırasında veri toplama aracına başlama ve bitiş süresi kaydedilmiş ve bunun sonucunda veri toplama formunun yanıtlanması için gereken ortalama süre 15-20 dakika olarak hesaplanmıştır.

Araştırmanın uygulaması; hemşirelik bölümünde 01-07 Mart 2018 tarihleri arasında yapılmıştır. Veri toplama araçları uygulanmadan önce derslerin öğretim elemanları ile görüşülerek izin alınan tarih ve saatte uygulama gerçekleştirilmiştir. Veri toplama araçları öğrencilere ders sonrasında dağıtılmıştır. Temel meslek derslerinden sonra dikkat dağınıklığı olabileceğinden veri toplama araçları bu dersler dışında uygulanmıştır. Araştırmanın yapıldığı kurumda öğretim elemanı olarak çalışmayan araştırmacı tarafından sınıf ortamında dağıtılan veri toplama araçlarını dolduran öğrenciler araştırmacıya teslim etmişlerdir. Uygun olmayan öğrenciler veri toplama aracını sonrasında da teslim etme fırsatı bulmuşlardır. Araştırmaya katılmayı kabul eden tüm öğrencilere sınıfta "Tanıtıcı Bilgi Formu", "Bireysel Girişimcilik Algı Ölçeği-BGAÖ" ve "Yaşam Boyu Öğrenme Eğilimleri Ölçeği-YBÖEÖ" veri toplama araçlarından oluşan form dağıtılarak uygulanmıştır.

Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler, araştırmacılar tarafından SPSS 20.0 (Statistical Package for Social Science) paket programı kullanılarak bilgisayar ortamına aktararak değerlendirilmiştir. Öğrencilere ait tanıtıcı bilgi formunda yer alan soruların frekans ve yüzdeleri hesaplanmıştır. Her bir öğrenci için YBÖEÖ ve BGAÖ toplam puanlarının ve alt boyut toplam puanlarının tanımlayıcı istatistikleri hesaplanmıştır. Ölçeklerden alınan puanların bağımsız

değişkenlere göre normal dağılım gösterip göstermedikleri Kolmogorov-Smirnov (KS) testi ile sinanmıştır. Normal dağılım göstermeyen verilerin analizinde non-parametrik testlerden Mann-Whitney U ve Kruskal Wallis-H testleri kullanılmıştır. "Yaşam Boyu Öğrenme Eğilimi (YBÖE)" ile "Bireysel Girişimcilik Algı (BGA)" arasındaki ilişkinin varlığına ölçek toplam puanları normal dağılım göstermediğinden spearman korelasyon ile bakılmıştır. İstatistiksel testlerden anlamlılık düzeyi için $p < 0.05$ değeri kabul edilmiştir²³.

Araştırmanın Etik Boyutu

"BGAÖ"nün ve "YBÖEÖ"nün kullanılması için sorumlu yazarlardan yazılı izin, araştırmanın yürütülmesi için ilgili üniversitenin etik kurulundan 13 Aralık 2017 tarih ve 181 sayılı yazı ile etik kurul onayı alınmıştır. Araştırmanın gerçekleştirilmesi için Sağlık Bilimleri Fakültesi 31 Ocak 2018 tarih ve 10829923-030.99-E.4110 sayılı yazı ile izin vermiştir. Araştırmaya katılan tüm öğrencilere araştırma hakkında açıklama yapılarak bilgi verilmiş ve onamları alınmıştır.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmadan elde edilen bulgular çalışmanın yapıldığı Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümünde 2017-2018 bahar döneminde öğrenim gören öğrencilere genellenebilir.

BULGULAR

Tablo 1 incelendiğinde; hemşirelik öğrencilerinin yaş ortalamasının 20.99 ± 2.05 (min: 17; max: 35) olduğu, % 30'unun 1. sınıfta ve % 28.5'inin 2. sınıfta olduğu, %57.7'sinin kadın olduğu, % 98.5'inin bekâr olduğu, %61.4'ünün Anadolu lisesinden mezun olduğu, %66.5'inin öğrenci yurdunda kaldığı, %55.6'sının ailesinin aylık gelirinin giderine eşit olduğu belirlenmiştir. Ayrıca hemşirelik öğrencilerinin ailesinin aylık geliri giderine eşit olanlarda YBÖEÖ, geliri giderinden fazla olanlarda ise BGAÖ toplam ortanca puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$).

Ayrıca, hemşirelik öğrencilerinin bazı değişkenlere göre BGAÖ puanları ve YBÖEÖ puanları dağılımı Tablo 2'de yer almaktadır. Tablo incelendiğinde; hemşirelik öğrencilerinde mezuniyet sonrası kariyer planı olarak lisansüstü eğitim yapmak isteyenlerde BGAÖ, eğitimci olmak isteyenlerde YBÖEÖ ortanca puanlarının daha yüksek olduğu ($p < 0.05$) saptanmıştır. Çalışmada hemşirelik öğrencilerinde düzenli kitap okuma alışkanlığı olanlarda hem YBÖEÖ hem de BGAÖ ortanca puanlarının anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$).

Hemşirelik öğrencilerinin BGAÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarının dağılımı Tablo 3.'de gösterilmiştir. BGAÖ toplam puan ortalaması 119.98 ± 15.30 olarak bulunmuştur. BGAÖ alt boyutlarına ilişkin puan ortalamalarının en yüksek kontrol odağı 31.29 ± 4.49 , en düşük ise öz disiplin 11.26 ± 2.18 alt boyutlarında alındığı saptanmıştır.

Hemşirelik öğrencilerinin YBÖEÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarının dağılımı Tablo 4'de verilmiştir. YBÖEÖ'nün toplam puan ortalaması 80.80 ± 20.62 olarak bulunmuştur. YBÖEÖ alt boyutlarına ilişkin puan ortalamalarının en yüksek merak yoksunluğu 32.37 ± 11.96 , en düşük ise motivasyon 11.37 ± 4.16 alt boyutlarında alındığı belirlenmiştir.

BGAÖ ile YBÖEÖ toplam puanları arasında negatif yönlü zayıf anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p < 0.001$, $r = -0.164$)

Tablo 1. Hemşirelik Öğrencilerinin Tanıtıcı Bilgilerine Göre YBÖEÖ Puanları ve BGAÖ Puanları Dağılımı (n=523)

Tanıtıcı Bilgiler	n(%)	YBÖEÖ		BGAÖ	
		Min.-Maks.	Median [25-75. Yüzdellik]*	Min.-Maks.	Median [25-75. Yüzdellik]*
Yaş ortalaması	20.99±2.05 (min:17; maks:35)				
Sınıf					
1.sınıf	157(30.0)	32-117	89 [71-98]	70-151	123 [113-132]
2.sınıf	149(28.5)	27-122	85 [66-97]	83-150	121 [113-131.5]
3.sınıf	103(19.7)	33-119	82 [63-92]	69-155	117 [105-127]
4.sınıf	114(21.8)	27-120	83 [66.75-98.25]	79-155	120 [113-126]
Test**		p=0.259; KW=4.024		p=0.103; KW=6.173	
Cinsiyet					
Kadın	302(57.7)	27-122	89 [70-99]	70-153	120 [110.75-128]
Erkek	221(42.3)	27-120	79 [62.5-92]	69-155	122 [112-132]
Test**		p=0.001 Z=-4.606		p=0.099 Z=-1.648	
Medeni Durum					
Evli	8(1.5)	27-100	76.5 [40-93.25]	113-149	123.5 [119.75-137.75]
Bekâr	515(98.5)	27-122	85 [67-97]	69-155	121 [112-130]
Test**		p=0.215 Z=-1.239		p=0.177 Z=-1.349	
Mezun Olduğunuz Okul Türü					
Anadolu Lisesi	321(61.4)	27-122	85 [67-97]	73-155	119 [112-128]
Sağlık Meslek Lisesi	13(2.5)	51-102	94 [87.5-99]	95-150	126 [115-137]
Genel Lise	140(26.8)	33-120	83 [66.25-95.75]	69-153	123 [111.25-132]
Diğer (fen lisesi, ön lisans vb.)	49(9.3)	27-117	89 [76-99]	70-155	123 [111.5-134]
Test**		p=0.159 KW=5.177		p=0.150 KW=5.312	
Öğrencilikte Kalınan Yer					
Öğrenci yurdu	348(66.5)	27-122	87 [69-97.75]	69-155	120.5 [111.25-131]
Evde ailesiyle	41(7.8)	27-112	90 [72.5-98.5]	80-149	124 [112-130.5]
Evde arkadaşla	126(24.1)	35-120	78.5 [59.75-94]	73-155	120 [112-129]
Diğer	8(1.6)	48-111	81 [65-95.5]	100-146	118 [107.5-130]
Test**		p=0.049 KW=7.875		p=0.897 KW=0.598	
Ailenin Aylık Gelir Durumu					
Gelir giderden fazla	72(13.8)	36-119	75.5 [57-96]	69-150	125 [116.5-134]
Gelir gidere eşit	291(55.6)	27-122	88 [71-97]	70-155	120 [110-128]
Gelir giderden az	160(30.6)	27-118	83.5 [64-96]	74-155	119 [112.25-132]
Test**		p=0.029 KW=7.094		p=0.011 KW=9.040	
Hemşirelik Bölümünü İsteyerek Seçme Durumu					
Evet	347(66.3)	27-119	87 [67-97]	70-153	122 [114-131]
Hayır	176(33.7)	33-122	83 [67-96.75]	69-155	116 [106-128.5]
Test**		p=0.467 Z=-0.727		p=0.001 Z=-3.321	
Hemşirelik Bölümü Okumaktan Memnun Olma Durumu					
Evet	346(66.2)	27-122	87 [68-97.25]	70-153	122.5 [114-131]
Hayır	177(33.8)	30-120	83 [66-95]	69-155	115 [104-127]
Test**		p=0.183 Z=-1.332		p=0.001 Z=-4.644	

*Median-Ortanca, **p<0.05,

Tablo 2. Hemşirelik Öğrencilerinin Bazı Değişkenlere Göre YBÖEÖ Puanları ve BGAÖ Puanları Dağılımı (n=523)

Değişkenler	n(%)	YBÖEÖ		BGAÖ	
		Min.-Max	Median [25-75. Yüzdalık]*	Min.-Max.	Median [25-75. Yüzdalık]*
Mezuniyet Sonrası Kariyer Planı					
Lisansüstü Eğitim Yapmak					
Evet	229(43.8)	33-119	87 [68.5-97.5]	69-155	123 [114.5-132]
Hayır	294(56.2)	27-122	83 [67-96]	70-155	119 [108.75-128]
Test**		p=0.186; Z=-1.324		p=0.001; Z=-3.388	
Kamuda Hemşire Olarak Çalışmak					
Evet	311(59.5)	27-122	87 [70-97]	73-155	121 [111-128]
Hayır	212(40.5)	30-119	85 [61.25-96]	69-155	121 [113-132]
Test**		p=0.083; Z=-1.734		p=0.254; Z=-1.141	
Eğitimci Olmak					
Evet	113(21.6)	30-116	91 [74.5-98.5]	74-151	123 [114-131]
Hayır	410(78.4)	27-122	83.5 [65-95]	69-155	120 [111-130.25]
Test**		p=0.007; Z=-2.677		p=0.088; Z=-1.706	
Yönetici Olmak					
Evet	59(11.3)	32-116	85 [77-99]	88-151	122 [114-132]
Hayır	464(88.7)	27-122	85 [66.25-96]	69-155	120 [112-130.75]
Test**		p=0.203; Z=-1.274		p=0.234; Z=-1.190	
Eğitim Süresince Geliri Karşılama Durumu					
Aileden	110(21.0)	27-120	85 [61.75-98]	69-155	119 [107.75-128]
Burslardan	122(23.4)	33-122	88 [70.75-96]	70-155	122.5 [111.75-133]
Aile ve Burs	237(45.3)	27-119	84 [68-97]	73-153	120 [112-127]
Çalışarak	21(4.0)	35-107	88 [50.5-97]	91-148	125 [113.5-137.5]
Çalışarak ve Aile	9 (1.7)	63-101	89 [76.5-96.5]	98-138	113 [104.5-119]
Çalışarak ve Burs	24 (4.6)	32-107	81 [54-96]	89-155	127 [118.25-133.75]
Test**		p=0.818; KW=2.220		p=0.015; KW=14.029	
Sosyal Etkinliğe Katılma Durumu					
Yeterli	96(18.4)	35-114	84.5 [67.25-96.75]	73-155	125 [113-132]
Kısmen Yeterli	239(45.7)	32-118	83 [65-96]	69-155	121 [114-130]
Yetersiz	188(35.9)	27-122	87 [69.25-97.75]	70-155	118 [107.25-128]
Test**		p=0.462 KW=1.543		p=0.011 KW=9.004	
Herhangi bir Kulübe Üyelik Durumu					
Var	42(8.0)	27-114	76 [69.75-93.25]	69-149	119.5 [108.25-132]
Yok	481(92.0)	27-122	86 [67-97]	70-155	121 [112-130.5]
Test**		p=0.298 Z=-1.040		p=0.794 Z=-0.261	
Düzenli Kitap Okuma Alışkanlığı					
Evet	181(34.6)	30-120	89 [70-99]	70-155	124 [114-133]
Hayır	342(65.4)	27-122	83.5 [66-95]	69-155	119 [110-128]
Test**		p=0.026 Z=-2.228		p=0.002 Z=-3.062	
Girişimciliğe Yönelik Herhangi bir ders/kurs/v.b Etkinliğe Katılma Durumu					
Evet	128(24.5)	33-122	90 [65.5-97.75]	70-155	124.5 [115-133]
Hayır	395(75.5)	27-120	84 [67-96]	69-155	120 [111-128]
Test**		p=0.336 Z=-0.962		p=0.007 Z=-2.721	

*Median-Ortanca, **p<0.05,

Tablo 3. Hemşirelik Öğrencilerinin BGAÖ Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=523)

Alt Boyutlar	X±SS*	Min –Maks.
Kontrol Odağı	31.29±4.49	13.00-40.00
Kendine Güven	23.81±3.55	12.00-30.00
Planlama	22.79±3.61	11.00-30.00
İletişim	15.66±2.39	5.00-20.00
Motivasyon	15.14±2.70	7.00-20.00
Öz Disiplin	11.26±2.18	4.00-15.00
BGAÖ Toplam	119.98±15.30	69.00-155.00

*SS: Standart Sapma,

Tablo 4. Hemşirelik Öğrencilerinin YBÖEÖ Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=523)

Alt Boyutlar	X±SS*	Min.–Maks
Merak Yoksunluğu	32.37±11.96	9.00-54.00
Öğrenmeyi Düzenlemede Yoksunluk	22.80±8.57	6.00-36.00
Sebat	14.25±5.18	6.00-34.00
Motivasyon	11.37±4.16	6.00-30.00
YBÖEÖ Toplam	80.80±20.62	27.00-122.00

*SS: Standart Sapma,

TARTIŞMA

Yapılan çalışmada YBÖE'nin kadın öğrencilerde anlamlı derecede daha yüksek olduğu, buna karşılık BGA'nın ise erkeklerde daha yüksek olduğu bulunmuştur. Literatür incelendiğinde Coşkun ve ark. (2012), Kılıç (2014), İlman (2017), Karaduman ve ark. (2017), Pesen ve ark. (2017), Çetin ve Çetin (2018) yaptıkları araştırmalara göre kadın öğrencilerin YBÖE'lerinin erkek öğrencilerden yüksek olduğu belirlenmiştir^{8,24-28}. Denat ve ark. (2016), Dikmen ve ark. (2017), Ekşioglu ve ark. (2017) yaptığı araştırmalara göre ise erkek öğrencilerin YBÖE'lerinin kadın öğrencilere göre yüksek olduğu tespit edilmiştir^{19,29,30}. Çalışmadan ve yapılan araştırmalardan elde edilen sonuçlar doğrultusunda bu bulgunun kadınların öğrenme isteklerinin ve merak duygularının erkeklere göre daha fazla olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Evde ailesiyle kalan öğrencilerde hem YBÖE'nin hem de BGA'nın daha yüksek olduğu saptanmıştır. Çalışma sonucu ile paralel olarak Arslan'ın (2017) yaptığı çalışmada ailesiyle kalan öğrencilerin YBÖE'lerinin öğrenci evinde kalan öğrencilere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir³¹. Ailesiyle birlikte yaşayan öğrencilerin evde ebeveyn davranışlarını örnek almasının ve temel gereksinimler ile ilgili sorumluluklarının az olmasının öğrenmeye eğilimlerinin yüksek olmasında etkili olduğu değerlendirilmektedir.

Ailesinin aylık geliri giderine eşit olan öğrencilerde YBÖE'nin, ailenin aylık geliri giderinden fazla olan öğrencilerde ise BGA'nın daha yüksek olduğu bulunmuştur. Tunca ve ark. (2015), öğretmen adaylarında yaptıkları araştırmada aylık geçim gideri yüksek olan öğretmen adaylarının YBÖE'lerinin daha yüksek olduğunu tespit etmiştir³². Denat ve ark. (2016) hemşirelik öğrencilerinde yaptığı çalışmada ise gelir durumunun YBÖE düzeyini etkilemediğini saptamıştır¹⁹. Bununla birlikte Arslan (2002), Çelik ve ark. (2014),

Dashdamirova (2019) yaptıkları araştırmalarda ailesinin aylık geliri fazla olan öğrencilerde girişimciliğin daha yüksek olduğu ifade edilmiştir³³⁻³⁵. Doğan (2015), Eminoglu (2016), Özbay (2016), Balkaya (2017), Karakulle ve ark. (2017), araştırmalarında ise ailesinin aylık gelirinin öğrencilerin girişimcilik düzeyini etkilemediğini saptamıştır³⁶⁻⁴⁰. Maddi harcamanın ve olanakların kısıtlı olduğu durumlarda bireysel çaba ve isteğin artacağı ve bununla YBÖE'yi artırabileceği düşünülmektedir. Buna karşılık aile gelirinin fazla olması durumunda ise girişimcilik için risk alma ve kendine güvenme konusunda alınacak desteğin artması bireyin girişimci olma eğilimine pozitif katkı sağlayacağından BGA'yı artırabileceği değerlendirilmektedir.

Çalışmada hemşirelik bölümünü isteyerek seçenlerde ve hemşirelik bölümünü okumaktan memnun olanlarda YBÖE'nin ve BGA'nın daha yüksek olduğu saptanmıştır. Literatür incelendiğinde hemşirelik bölümünü isteyerek seçme, bölümü okumaktan memnun olma ve hemşirelik mesleğini kendi isteği ile tercih etme bağımsız değişkenlerini ele alan konu ile ilgili herhangi bir araştırmaya rastlanmamıştır. Hemşirelik öğrencilerinin bölümü isteyerek seçmeleri ve bölümü okumaktan memnun olmaları; meslekle ilgili teknolojik gelişmeleri ve yenilikleri yakından takip etmelerine, öz güvenlerinin artmasına, hastalarına kaliteli ve kanıta dayalı bakım sunmalarına neden olabilmektedir. Bu sebeplerle yeniliklere daha kolay ve hızlı motive olmaları mümkün olacak dolayısıyla yaşam boyu öğrenme eğilimlerinin ve girişimciliklerinin artması beklenen bir durum haline gelecektir. Ayrıca bu bireylerin profesyonel bir meslek üyesi olarak bakım ve tedavi rollerini daha etkili bir şekilde yerine getireceklerine ve yüklendiği mesleki sorumluluk bilinci ile bireysel gelişimine yönelik daha fazla çaba göstereceklerine inanılmaktadır.

Hemşirelik öğrencilerinde mezuniyet sonrası kariyer planı olarak lisansüstü eğitim yapmak ve eğitimci olmak isteyenlerde YBÖE'nin daha yüksek olduğu saptanmıştır. BGAÖ ortanca puanlarının da hem lisansüstü eğitim yapmak isteyenlerde hem de eğitimci olmak isteyenlerde daha yüksek olduğu ancak bu defa lisansüstü eğitim yapmak isteyen grup ile istemeyen grup arasında anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir (p<0.05). Türkmen ve ark. (2014), özel sektörde devam etmek isteyen öğrencilerde BGA'larını kamuda devam etmek isteyen öğrencilere göre daha yüksek bulmuştur⁴¹. Ekici (2016), yaptığı çalışmada kariyer hedeflerinden kendi işini kurmak isteyenlerin girişimcilik eğilimleri diğer kariyer hedefi belirleyenlere göre daha yüksek çıkmıştır⁴². Dolu ve ark. (2016) ve Ayar (2019) yaptıkları çalışmalarda mezuniyet sonrası kariyer planlaması ile girişimcilik arasında anlamlı bir ilişki olmadığını saptamıştır^{20,43}. İlman (2017) yaptığı araştırmada mezuniyet sonrası eğitimin yapılması gerektiğini düşünen hemşirelik öğrencilerinde düşünmeyenlere göre YBÖE'nin daha yüksek olduğunu bulmuştur²⁵. Akademik kariyer edinmenin eleştirel düşünme, bilimsel araştırma yaparak bilgi üretme, değerlendirme ve yorumlama, sentezlere ulaşmak için gerekli adımları belirleme iyi bir girişimci olmak için gerekli görülmektedir. Eğitim durumunun artmasıyla bilgi düzeyinin artması ve daha fazla öğrenmeye istekli olunması dolayısıyla öğrenilen bu bilgilerinde başkalarına

aktarımının sağlanması için eğitimci olmak isteğinin fazla olduğu düşünülmektedir.

Hemşirelik öğrencilerinde eğitim süresince gelirini çalışarak ve aileden karşılayanlarda YBÖE'nin, gelirini çalışarak ve burslardan karşılayanlarda ise BGA'nın daha yüksek olduğu bulunmuştur. Korkmaz (2012) yaptığı çalışmada yaşamlarını çalışarak sürdüren öğrencilerin girişimciliğe daha yakın olduğunu saptamıştır⁴⁴. Bu sonuç öğrencilerin çalışarak maddi gelir elde etmesinin hem YBÖE'lerini hem de BGA'larını artırdığı şeklinde yorumlanabilir. Tamamen aileden bağımsız kendi gelirini elde eden öğrencilerin BGA'larının anlamlı derecede yüksek olması beklenen bir sonuçtur. Öğrencilerin gelir durumunun artması kendine güveni artırmaya, duruma göre planlama yapmaya ve fikir yürütmeye yardımcı olmakta, bu durumda öğrencilerin mezun olduktan sonra girişimci olmasını kolaylaştırmakta yardımcı olarak görülmektedir.

Hemşirelik öğrencilerinden sosyal etkinliğe katılma durumunu yetersiz olarak ifade edenlerde YBÖE'nin, yeterli olarak ifade edenlerde ise BGA'nın daha yüksek olduğu saptanmıştır. Hemşirelik öğrencilerinden sosyal etkinliğe katılanların daha fazla birey ile iletişim kurduğu bununla birlikte farklı görüş ve fikirlerin konuşulduğu ortamlarda bulunma fırsatı yakaladıkları için BGA'larının daha yüksek olması beklenen bir sonuçtur.

Çalışmada hemşirelik öğrencilerinde düzenli kitap okuma alışkanlığı olanlarda hem YBÖE'nin hem de BGA'nın daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Denat ve ark. (2016), Karaduman ve ark. (2017) yaptıkları araştırmalara göre kitap okuma alışkanlığı olan öğrencilerin YBÖE'lerinin okuma alışkanlığı olmayan öğrencilere göre daha yüksek olduğunu saptamışlardır^{19,26}. Kitap okuma alışkanlığının profesyonel bir meslek üyesi olma yolunda ilerlerken bilgi birikimini artırdığı, farklı bakış açıları kazandırdığı, güçlüklerle ve stresle baş etmeyi kolaylaştırdığı, özgüven ve iletişime açık olma yönlerini pozitif yönde desteklediği düşünülmektedir. Bununla birlikte kitap okuma alışkanlığının bireylerde merak duygusunu, yaşam boyu öğrenme isteğini artırdığı ve ufku genişlettiği de değerlendirilmektedir.

Hemşirelik öğrencilerinden girişimciliğe yönelik herhangi bir ders/kurs vb. etkinliğe katılanlarda YBÖE'nin ve BGA'nın daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Lee ve ark. (2005), Basu ve Virick (2008), Yanikkerem ve ark. (2019) yaptıkları araştırmalarda öğrencilerden girişimcilikle ilgili ders alanların girişimciliğinin daha yüksek olduğunu saptamışlardır⁴⁵⁻⁴⁷. Girişimcilik ile ilgili alınan ders ve kursların girişimcilik eğilimi olan kişilerin daha özgüven sahibi, risk alabilen, yenilikçi düşünebilen, sosyal ve kendi işlerini kurabilen bireyler olmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Çalışmadan elde edilen bulgular sonucunda hemşirelik öğrencilerinin bireysel girişimcilik algı düzeylerinin orta düzeyde olduğu söylenebilir. Çalışmaya katılan hemşirelik öğrencilerinin BGA ölçeğinde en yüksek puanı "Kontrol Odağı" alt boyutundan, en düşük puanı ise " Öz Disiplin" alt boyutundan aldıkları belirlenmiştir. Literatürde aynı ölçeği kullanan başka araştırmalara rastlanılmazken farklı BGAÖ kullanan araştırmalar bulunmaktadır. Bahar ve ark. (2018), ile Dolu ve ark. (2016) hemşirelik öğrencilerinde yaptıkları

araştırmalarda ayrıca Akçakanat ve ark. (2014) üniversite öğrencilerinde yaptığı araştırmada BGA toplam puan ortalamasını bu çalışmadan daha yüksek olduğu görülmektedir. Bahsi geçen araştırmalarda elde edilen sonuç "girişimcilik düzeyi yüksek" şeklinde yorumlanmıştır^{8,20,21}. Yapılmış olan diğer araştırmalarda ölçek alt boyutlarının yer almaması nedeniyle bu yönde bir karşılaştırma yapılamamıştır.

Çalışmada hemşirelik öğrencilerinin yaşam boyu öğrenme eğilimi düzeylerinin istenilen düzeyde olmadığı düşük olduğu görülmektedir. Çalışmaya katılan hemşirelik öğrencilerinin YBÖE ölçeğinde en yüksek puanı "Merak Yoksunluğu" alt boyutundan, en düşük puanı ise "Motivasyon" alt boyutundan aldıkları belirlenmiştir. Literatürde benzer sonuçları içeren araştırmalar mevcuttur. Tunca ve ark. (2015), öğretmen adaylarında yaptığı araştırmada YBÖE'nin yapılan bu çalışmaya göre daha düşük olduğu belirlenirken, alt boyutlarda en yüksek puan ortalamasını "Merak Yoksunluğu" boyutunda, en düşük puan ortalamasını ise "Motivasyon" alt boyutunda bulmuştur³². Coşkun ve Demirel (2012) üniversite öğrencilerinde yaptığı araştırmada YBÖE'nin yapılan bu çalışmaya göre daha yüksek olduğu saptanırken alt boyutlarda en yüksek puan ortalamasını "Merak Yoksunluğu" boyutunda, en düşük puan ortalamasını ise "Motivasyon" alt boyutunda aldıklarını belirlemiştir⁸. Literatürde çalışmada elde edilen sonuçlardan daha düşük YBÖE'ne sahip olan araştırmalarda bulunmaktadır. Arslan (2017) paramedik öğrencilerinde, Dikmen (2017) tıp fakültesi öğrencilerinde, Ekşioğlu ve ark. (2017) tarafından pedagojik formasyon öğrencilerinde ve Denat ve ark. (2006) hemşirelik öğrencilerinde gerçekleştirdikleri araştırmalarda YBÖE toplam puan ortalamasını bu çalışmaya göre daha düşük saptamışlardır^{19,29-31}. Ayrıca literatürde YBÖE toplam puan ortalamasının daha yüksek olduğu çalışmalarda yer almaktadır²⁵. Sonuçların bu şekilde farklılık göstermesinin nedeni olarak, öğrencilerin sosyo-demografik özelliklerinin ve öğrenim gördükleri bölümlerin farklı olması gösterilebilir. BGA ve YBÖE arasında negatif yönlü anlamlı zayıf ilişki bulunmuştur. Literatürde BGA ile YBÖE arasındaki ilişkiyi inceleyen farklı araştırmalara rastlanılmamıştır. Ailenin aylık gelir durumu YBÖE'de geliri giderine eşit olanlarda, BGAÖ'de ise geliri giderinden fazla olanlarda anlamlı derecede daha yüksek saptanmıştır. Bununla birlikte düzenli kitap okuma alışkanlığı olanlarda hem BGAÖ hem de YBÖEÖ puanlarının anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Aylık gelir durumu ve düzenli kitap okuma alışkanlığı dışındaki değişkenlerin ise zıt yönde anlamlı derecede farklı olduğu görülmektedir. Değişkenler arasındaki ters yönlü ilişki girişimci kişilerin, disiplinli, risk alabilen ve hedef odaklı olarak çalıştıkları göz önüne alındığında ortaya çıkması beklenen bir durumdur. Bu noktadan hareketle böyle düşünen kişiler YBÖE için yürütülen etkinliklere katılmayı ya da bunun için bireysel çaba harcamayı zaman kaybı olarak görüyor olabilirler.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Gerçekleştirilen bu çalışmada bireysel girişimcilik algıları yüksek olan hemşirelik öğrencilerinin yaşam boyu öğrenme eğilimlerinin daha düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır ($p < 0.001$, $r = -0.164$).

Yapılan bu çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda; hemşirelik öğrencilerine bilimsel araştırma proje ödevlerinin verilmesi ve bu ödevlerin etkinliğinin değerlendirilmesi, hemşirelik lisans eğitiminde öğrencilerin yaşam boyu öğrenme eğilimlerini ve bireysel girişimciliğini artırmaya yönelik seçmeli derslere yer verilmesi, öğrencilerin bireysel girişimcilik algısını ve yaşam boyu öğrenme eğilimlerini etkileyen diğer faktörleri belirlemek amacıyla daha geniş gruplarda araştırma yapılması önerilmektedir.

Etik Kurul Onayı (Kurul adı, tarih ve sayı no): Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Başkanlığı, 13 Aralık 2017 tarih ve 181 sayılı yazı ile etik kurul onayı alınmıştır.

Çıkar Çatışması: Herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

Finansal Destek: Bu çalışma için herhangi bir kurumdan ya da kişiden finansal destek alınmamıştır.

Katılımcı Onamı: Araştırmaya katılan tüm öğrencilere araştırma hakkında açıklama yapılarak bilgi verilmiş ve onamları alınmıştır.

Yazar Katkıları:

Araştırma dizaynı: FK, AKA

Veri toplama ve analizi: FK, AKA

Literatür araştırması: FK, AKA

Makale yazımı: FK, AKA

Teşekkür: Yazarlar, çalışmaya katılan Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü öğrencilerine teşekkür eder.

Ethics Committee Approval: The ethics committee approval was obtained from Kafkas University Faculty of Medicine Ethics Committee with the letter dated 13 December 2017 and numbered 181.

Conflict of Interest: There is no conflict of interest.

Funding: No financial support was received from any institution or person for this study.

Exhibitor Consent: All students participating in the study were informed about the research, and their consents were obtained.

Author contributions

Study design: FK, AKA

Data collection and analysis: FK, AKA

Literature search: FK, AKA

Drafting manuscript: FK, AKA

Acknowledgement: The authors would like to thank the Faculty of Health Sciences, Nursing Department students who participated in the study.

KAYNAKLAR

1. Boore J, Porter S. Education for entrepreneurship in nursing. *Nurs Educ Today*. 2011;(31):184-191.
2. İspir Ö, Elibol E, Sönmez B. The relationship of personality traits and entrepreneurship tendencies with career adaptability of nursing students. *Nurs Educ Today*. 2019;(79):41-47.

3. European Commission Directorate-General for Education and Culture. *European Report On Quality Indicators of Lifelong Learning*. Brussels: 2002;1-95.
4. Culha Y, Turan N, Kaya H. Entrepreneurship in nursing education. *PAP*. 2017;4(1):50-53.
5. Wilson A, Whitaker N, Whitford D. Rising to the challenge of health care reform with entrepreneurial and intrapreneurial nursing initiatives. *OJIN*. 2012;17(2):5.
6. Shirey M.R et al. An evidence-based understanding of entrepreneurship in nursing. *CNA*. 2007;21(5):234-240.
7. International Council of nurses (ICN). *Guidelines on The Nurse Entre/Intrapreneur Providing Nursing Service*. Geneva, 2004.
8. Coşkun Y, Demirel C. Üniversite öğrencilerinin yaşam boyu öğrenme eğilimleri. *H.U. Journal of Education*. 2012;(42):108-120.
9. Akkoyunlu B, Kurbanoğlu S. Öğretmen adaylarının bilgi okuryazarlığı ve bilgisayar öz-yeterlik algıları üzerine bir çalışma. *HÜEF Dergisi*. 2003;(24):1-10.
10. Yılmaz E, Kaygin H. The relation between lifelong learning tendency and achievement motivation. *JETS*. 2018;6(3a):1-7.
11. Aksoy M. Kavram olarak hayat boyu öğrenme ve hayat boyu öğrenmenin avrupa birliği serüveni. *Bilig*. 2013;(64):23-48.
12. Candy, P.C. Information literacy and lifelong learning. White Paper prepared for UNESCO, the U.S. National Commission on Libraries and Information Science, and the National Forum on Information Literacy, for use at the Information Literacy Meeting of Experts, Prague, The Czech Republic [Internet]. 2002 [Erişim Tarihi 21 Aralık 2018]. Erişim adresi: <http://www.nclis.gov/libinter/infolitconf&meet/candy-paper.html>
13. Bath D.M, Smith C.D. The relationship between epistemological beliefs and the propensity for lifelong learning. *Stud Cont Educ*. 2009;31(2):173-189.
14. Tezer M, Aynas N. The effect of university education on lifelong learning tendency. *CJES*. 2018;8(1):066-080.
15. Tamaş A. The (not so) perfect match between the university graduates and the labor market. *REJ*. 2016;(59):183-216.
16. Karagözoğlu Ş. Hemşirelikte bireysel ve profesyonel özerklik. *HEMAR-G*. 2008;(10)3:197.
17. Hirst S. Lifelong learning, certification and registered nursing practice: their interrelationship. *Papers on postsecondary learning and teaching: proceedings of the university of calgary conference on learning and teaching*. 2017;(2):10-15.
18. Akçakanat T, Mücevher MH, Çarıkçı İH. Sözel, sayısal ve eşit ağırlık bölümlerinde okuyan üniversite öğrencilerinin girişimcilik eğilimlerinin

- bazı demografik değişkenler açısından incelenmesi: SDÜ Örneği. AKÜ Dergisi. 2014;(2):137-153.
19. Denat Y, Dikmen Y, Filiz NY, Başaran H. Hemşirelik öğrencilerinde yaşam boyu öğrenme eğilimleri. J. Hum. Rhythm. 2016;2(1):39-45.
 20. Dolu İÇ, Temucin ED, Özkan HA. Hemşirelik öğrencilerinin girişimcilik düzeyleri ile bazı ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi. JED/GKD. 2016;11(2):293-315.
 21. Bahar A, Güler EK, Arslan M, İnem AB, Çimen ZS. Hemşirelik öğrencilerinde girişimcilik düzeyi ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. ACU Sağlık Bil Dergisi. 2019;10(3):529-534.
 22. Yalçın İE, Uzun NB. Bireysel girişimcilik algı ölçeği: geçerlik ve güvenilirlik çalışması. MKÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2017;14(39):471-485.
 23. Alpar R. Spor, sağlık ve eğitim bilimlerinden örneklerle uygulamalı istatistik ve geçerlik-güvenirlik. 2. Baskı. Ankara: Detay Yayınevi; 2012.
 24. Kılıç Ç. Öğretmen adaylarının yaşam boyu öğrenmeye yönelik algıları. Jret. 2014;3(4):79-87.
 25. Ilıman AY. Klasik Ve Entegre Eğitim Modeli İle Öğrenim Gören Hemşirelik Öğrencilerinde Problem Çözme Becerisi ve Yaşam Boyu Öğrenme Eğilimi [Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul: Marmara Üniversitesi; 2017.
 26. Karaduman A, Tarhan S. Üniversite öğrencilerinin yaşam boyu öğrenme eğilimleri ile öz yeterlik algıları arasındaki ilişkinin belirlenmesi. JHS. 2017;14(14):355-375.
 27. Pesen A, Epçaçan C. The analysis of high school students tendencies about lifelong learning. Hrpud. 2017;5(12A):26-31.
 28. Çetin S, Çetin F. Lifelong learning tendencies of prospective teachers. JEP. 2017;8(12):1-8.
 29. Dikmen Y, Yuvacı HU, Erol F. Tıp fakültesi öğrencilerinin yaşam boyu öğrenme eğilimlerinin incelenmesi. JHS. 2017;14(3):2399-2408.
 30. Ekşioğlu S, Tarhan S, Gündüz HÇ. Yaşam boyu öğrenme eğilimleri ile öz yeterlik beklentisi ve kişilik özellikleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. KEJ. 2017;25(5):1925-1940.
 31. Arslan ŞF. Paramedik öğrencilerinde yaşam boyu öğrenme eğilimi. RESSJOURNAL. 2017;4(8):235-243.
 32. Tunca N, Şahin SA, Aydın Ö. Öğretmen adaylarının yaşam boyu öğrenme eğilimleri. MEÜEDF. 2015;11(2):432-446.
 33. Arslan K. Üniversiteli gençlerde mesleki tercihler ve girişimcilik eğilimleri. Doğu Üniversitesi Dergisi. 2002;(6):1-11.
 34. Çelik A, İnce M, Bozyiğit S. Üniversiteli öğrencilerinin girişimcilik niyetlerini etkileyen ailesel faktörleri belirlemeye yönelik bir çalışma. Niğde Üniversitesi İİBF Dergisi. 2014;7(3):113-124.
 35. Dashdamirova L. Duygusal Zekanın Girişimcilik Niyetine Etkisi: Üniversite Öğrencileri Üzerine Bir Araştırma [Yüksek Lisans Tezi]. Samsun: Ondokuz Mayıs Üniversitesi; 2019.
 36. Doğan E. The Effect of Entrepreneurship Education on Entrepreneurial Intentions of University Students In Turkey. EKOİST Ekonometri ve İstatistik Dergisi. 2015;(23):79-93.
 37. Eminoğlu A. Hemşirelik öğrencilerinin Girişimcilik Özellikleri ve Eğilimleri [Yüksek Lisans Tezi]. Gaziantep: Gaziantep Üniversitesi; 2016.
 38. Özbay L. Üniversite Öğrencilerinin Girişimcilik Eğilimlerinin Belirlenmesi: Dumlupınar Üniversitesinde Bir Araştırma [Yüksek Lisans Tezi]. Kütahya: Dumlupınar Üniversitesi; 2016.
 39. Balkaya E. Üniversite Son Sınıf Öğrencilerinde İşsizlik Kaygısı ve Girişimcilik Niyeti İlişkisi: Tra 1 Bölgesi Örneği [Yüksek Lisans Tezi]. Erzurum: Atatürk Üniversitesi; 2017.
 40. Karakulle İ, Karakaya A. Üniversite öğrencilerinin girişimcilik eğilimleri üzerine bir araştırma. ASOS JOURNAL 2017;(46):596-614.
 41. Türkmen M, İşbilir U. Üniversite öğrencilerinin girişimcilik eğilimlerinin sosyo-demografik özellikler açısından incelenmesi. CBU-BESBD. 2014;9(2):18-28.
 42. Ekici E. Üniversite Öğrencilerinin Girişimcilik Eğilimini Belirlemede Planlanmış Davranışlar Teorisi ve Girişimcilik Eğitiminin Rolü [Yüksek Lisans Tezi]. Adana: Çukurova Üniversitesi; 2016.
 43. Ayar U. Girişimcilik Eğitiminin Girişimcilik Eğilimi Üzerine Etkisi Ve Bir Araştırma [Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul: İstanbul Üniversitesi; 2019.
 44. Korkmaz O. Üniversite öğrencilerinin girişimcilik eğilimlerini belirlemeye yönelik bir araştırma: Bülent Ecevit Üniversitesi Örneği. AKÜ- İİBF Dergisi. 2012;14(2):209-226.
 45. Lee SM, Chang D, Lim SB. Impact of entrepreneurship education: A comparative study of the U.S and Korea. IEMJ. 2005;(1):27-43.
 46. Basu A, Virick M. Assessing entrepreneurial intentions amongst students: A comparative study. NCIA. 2008;(2):79-86.
 47. Yanıkkrem E, Selçuk AK. Hemşirelik öğrencilerinin girişimcilik eğilimi ve sosyal medya bağımlılığını etkileyen faktörler. CBU-SBED. 2019;6(1):15-30.

Araştırma makalesi

Research article

Kadınların Meme ve Serviks Kanserinin Erken Tanısına
Yönelik Sağlık İnançlarının DeğerlendirilmesiHülya KULAKÇI ALTINTAŞ¹, Gülbahar KORKMAZ ASLAN²

ÖZ

Amaç: Bu çalışma, kadınların meme ve serviks kanserinin erken tanısına yönelik sağlık inançlarını değerlendirmek amacıyla yürütüldü.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı tipte bir araştırmadır. Araştırma grubunu, Zonguldak İl Merkezindeki dört Aile Sağlığı Merkezine başvuran 500 kadın oluşturdu. Verilerin toplanmasında Bilgi Formu, Champion Sağlık İnanç Modeli Ölçeği ve Servikal Kanserin Erken Tanısına Yönelik Tutum Ölçeği kullanıldı. Verilerin analizinde sayı ve yüzde değerleri, Mann Whitney U testi, Kruskal Wallis-H testi ve Bonferroni düzeltmeli Mann Whitney U analizi ile değerlendirildi.

Bulgular: Kadınların meme kanseri erken tanısına yönelik önemseme, sağlık motivasyonu, yarar ve öz-etkililik algılarının orta, duyarlılık ve engel algılarının düşük düzeyde olduğu belirlendi. Ayrıca, kadınların serviks kanseri erken tanısına yönelik önemseme, engel ve genel algılarının orta, duyarlılık ve yarar algılarının düşük düzeyde olduğu tespit edildi.

Sonuç: Meme ve serviks kanseri erken tanı davranışlarının kazandırılmasında kadınların sağlık inançlarının ve sağlık inançlarını etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi önemlidir.

Anahtar kelimeler: Kadın, meme kanseri, sağlık inancı, serviks kanseri

ABSTRACT

Evaluation of the Health Beliefs of Women towards Early Diagnosis of Breast and Cervical Cancer

Aim: This study was carried out to evaluate health beliefs of women about early diagnosis of breast and cervical cancer.

Material and Methods: The sample of this descriptive study consisted of 500 women who applied to four Family Health Centers in Zonguldak city center. A questionnaire form, Champion Health Belief Model Scale and Attitude Scale for Early Diagnosis of Cervical Cancer were used for data collection. Number and percentage, Mann Whitney-U test, Kruskal-Wallis test and Mann-Whitney U test with Bonferroni correction were used for data analysis.

Results: It was determined that women's perceptions of seriousness, health motivation, benefit, and self-efficacy towards the early diagnosis of breast cancer were at a moderate level and their perceptions of susceptibility and barrier were at a low level. Moreover, seriousness, barrier, and overall perceptions of women for early diagnosis of cervical cancer were found to be at a moderate level and their susceptibility and benefit perceptions were detected to be at a low level.

Conclusion: It is important to evaluate the health beliefs of women and the factors affecting their health beliefs in gaining early diagnosis behaviors for breast and cervical cancer.

Keywords: Breast cancer, cervical cancer, health belief, woman

¹Doç. Dr., Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Zonguldak, Türkiye, E-posta: hulyakulak@yahoo.com, Tel: 0 372 261 33 42, ORCID: 0000-0003-4191-1559

²Dr. Öğr. Üyesi, Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Denizli, Türkiye, E-posta: gkorkmazaslan@gmail.com, Tel: 0 258 296 4329, ORCID: 0000-0003-0763-3671

Geliş Tarihi: 11 Ekim 2019, Kabul Tarihi: 8 Eylül 2020

Atıf/Citation: Kulakçı Altıntaş H, Korkmaz Aslan G. Kadınların Meme ve Serviks Kanserinin Erken Tanısına Yönelik Sağlık İnançlarının Değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2020; 7(3): 249-261. DOI: 10.31125/hunhemsire.834101

GİRİŞ

Kanser, dünya genelinde insidansı ve mortalitesi giderek artan önemli bir halk sağlığı sorunudur. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2018 verilerine göre 18.1 milyon kişiye kanser tanısı konulmuş olup, 9.8 milyon kişi kanser nedeniyle yaşamını kaybetmiştir. Dünyada her altı ölümden birinin nedeni olan kanser, ölüm nedenleri arasında ikinci sırada yer almaktadır¹. Meme ve serviks kanseri kadın sağlığını etkileyen en önemli kanser türleridir. Dünya genelinde, meme kanseri kadınlarda görülen tüm kanser türleri (%24.2) ve kanserle ilişkili ölüm nedenleri (%15.0) arasında birinci; serviks kanseri ise tüm kanser türleri (%6.6) ve kanserle ilişkili ölüm nedenleri (%7.5) arasında dördüncü sırada yer almaktadır². Türkiye Kanser İstatistiği 2017 verilerine göre ise, her beş ölümden birinin nedeni olan kanser (%19.6), ölüm nedenleri arasında ikinci sıradadır³. Meme kanseri kadınlarda görülen tüm kanser türleri (%24.7) arasında birinci sırada yer alırken, serviks kanseri tüm yaş gruplarında en sık görülen kanserler arasında dokuzuncu (%2.5) ve 25-49 yaş gruplarında ise dördüncü sıradadır^{3,4}.

Meme ve serviks kanserleri, tarama yöntemleri ile erken dönemde teşhis ve tedavisi olası hastalıklar arasında gösterilmektedir^{1,3}. Dünyada bilinen ve uygulanan en yaygın yaklaşımlar tarama programlarıdır. Bu programlarla kadınların kansere yönelik farkındalık durumunun artırılması, erken tanının öneminin anlaşılması ve uygun tedavinin yapılması sağlanmaktadır. Erken tanının sağlanması da bu konuda kadınların eğitimi, bilgilendirilmesi ve tarama programlarının uygulanması ile olabilmektedir. Tarama yöntemlerinin en önemli faydası hastalıkların erken dönemde tespit edilerek hayatta kalma olasılığının yüksek olmasına olanak tanınmasıdır. Tarama yöntemleri ile kanseri henüz başlangıç aşamasında yakalamak mümkün olduğu için de son derece faydalı olarak nitelendirilmektedir. Taramalar sonucunda, hastalığın toplumda yapacağı hasarın en aza indirilerek, yaşam kalitesinin önemli ölçüde yükseltilebileceği belirtilmektedir^{1,5-15}.

Türkiye ulusal meme kanseri tarama standartlarına göre, 20 yaşın üzerindeki kadınların her ay düzenli olarak kendi kendilerine meme muayenesi (KKMM) yapmaları, 20-40 yaş aralığında iki yılda bir klinik meme muayenesi (KMM) yaptırmaları, 40-69 yaş aralığında yılda bir kez klinik meme muayenesi (KMM) ve iki yılda bir mamografi çektirmeleri önerilmektedir¹⁶. Serviks kanseri erken tanısına yönelik ise, 30-65 yaş aralığındaki kadınların beş yılda bir smear ve HPV-DNA testi yaptırmaları önerilmektedir¹⁶. Tarama yöntemleri meme ve serviks kanserlerinin neden olduğu ölüm oranlarının azaltılmasında ve yaşam kalitesinin artırılmasında etkili olmasına rağmen, konuyla ilgili yapılan çalışmalar kadınların meme ve serviks kanseri tarama yöntemlerine ilişkin yeterli bilgiye sahip olmadıklarını ya da bu yöntemleri kullanmaktan kaçındıklarını göstermektedir. İlgili literatürde, kadınların kansere yönelik farkındalıklarının az olduğu ve tarama yöntemlerine ilişkin olumsuz yargı ve inançlara sahip oldukları bildirilmektedir¹⁷⁻²⁵. Kadınların meme ve serviks kanserlerine ilişkin bilgi, tutum ve davranışlarının belirlenmesi kadınların eğitim gereksinimlerinin belirlenebilmesi ve kadınlara olumlu sağlık

davranışlarının kazandırılabilmesi açısından önemlilik arz etmektedir.

Araştırmanın Amacı

Bu çalışma, kadınların meme ve serviks kanserinin erken tanısına yönelik sağlık inançlarını değerlendirmek amacıyla yürütüldü.

GEREKÇE ve YÖNTEM

Araştırmanın Türü

Bu çalışma tanımlayıcı tipte bir araştırmadır.

Araştırma Evren ve Örneklemi

Bu çalışma, Türkiye'nin Batı Karadeniz Bölgesinde bulunan Zonguldak İl Merkezinde yürütüldü. Araştırmanın çalışma grubunu, 12.02.2018-18.05.2018 tarihleri arasında, dört aile sağlığı merkezine başvuran, 20 yaş üzeri olan, sözel iletişim engeli bulunmayan (işitme ve konuşma), araştırmanın yapıldığı tarihlerde gebeliği bulunmayan, önceki gebeliğinin üzerinden en az 2 yıl geçmiş olan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 500 kadın oluşturdu.

Veri Toplama Araçları

Bilgi Formu: Formda, araştırmaya katılan kadınların sosyo-demografik özelliklerini, sağlık öykülerini, meme ve serviks kanserine yönelik bilgi ve uygulamalarını değerlendirmeye yönelik toplam 38 adet açık ve kapalı uçlu soru bulunmaktadır.

Champion Sağlık İnanç Modeli Ölçeği (CSİMÖ):

Ölçek, meme kanserinin erken tanısına yönelik inançlara ilişkin sağlık inanç modeli temel alınarak 1984 yılında Champion tarafından geliştirildi. Ölçek Türkiye'de üç ayrı çalışma ile Türkçe'ye uyarlandı²⁶⁻²⁸. Bu çalışmada ölçeğin Gözüm ve Aydın²⁶ tarafından uyarlanan formu kullanıldı. Ölçekte "duyarlılık" (3 madde), "önemseme" (6 madde), "sağlık motivasyonu" (5 madde), "KKMM yararları" (4 madde), "KKMM engelleri" (8 madde) ve "KKMM öz-etkililiği" (10 madde) olmak üzere 6 alt boyut ve toplam 36 madde bulunmaktadır. Likert tipi dereceleme kullanılan ölçekte yer alan maddeler (1) Kesinlikle katılmıyorum, (2) Katılmıyorum, (3) Kararsızım, (4) Kısmen katılıyorum, (5) Tamamen katılıyorum şeklindeki ifadeler ile değerlendirilmektedir. Ölçeğin genel toplam puanı yoktur. Her bir boyutun kendi toplam puanı kullanılmaktadır. Puanların yükselmesi, duyarlılık ve önemsemenin arttığını, yarar algısı için yararların, engel algısı için engellerin yüksek algılandığını ifade etmektedir. Ölçeğin, Cronbach alfa katsayıları 0.69-0.83 arasındadır²⁶. Bu çalışmada da, ölçeğin Cronbach alfa katsayıları 0.76-0.95 arasında belirlendi.

Servikal Kanserin Erken Tanısına Yönelik Tutum

Ölçeği (SKETTÖ): Ölçek, serviks kanserinin erken tanısına yönelik inançları değerlendirmektedir. Özmen ve Özsoy²⁹ tarafından geliştirilen ölçekteki maddeler Sağlık İnanç Modeli'nin dört alt boyutunu araştırmak amacıyla yapılandırılmıştır. Ölçekte "Algılanan Duyarlılık" alt boyutu için 9 madde, "Algılanan Ciddiyet/Önemseme" alt boyutu için 8 madde, "Algılanan Engel" alt boyutu için 7 madde, "Algılanan Yarar" alt boyutu için 6 madde bulunmaktadır. Belirlenen 30 maddenin 22 tanesi olumlu, 8 tanesi olumsuz (3, 6, 8, 15, 17, 24, 25 ve 27 numaralı sorular) ifadeden oluşmaktadır. Olumsuz soruların puanlanması

tersten yapılıdır. Ölçekte Likert tipi ölçekleme kullanılmıştır. Ölçekte yer alan maddeler 1-5 arasında değer almaktadır. *Olumlu ifadeler için değerlendirme*, (1) Kesinlikle katılmıyorum, (2) Katılmıyorum, (3) Kararsızım, (4) Kısmen katılmıyorum, (5) Tamamen katılmıyorum şeklinde yapılmaktadır. *Olumsuz ifadeler için değerlendirme*, (5) Kesinlikle katılmıyorum, (4) Katılmıyorum, (3) Kararsızım, (2) Kısmen katılmıyorum, (1) Tamamen katılmıyorum şeklinde yapılmaktadır. Ölçekten alınacak en yüksek puan 150, en düşük puan ise 30'dur. Ölçekten alınan puanın yüksek olması bireyin serviks kanseri erken tanıya ilişkin tutumlarının yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçeğin tümü için Cronbach Alpha katsayısı 0.89'dur²⁹. Bu çalışmada da ölçeğin tümü için Cronbach alfa katsayısı 0.75 olarak hesaplandı.

Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Veriler, bir fakültenin hemşirelik bölümü üçüncü sınıfında öğrenim gören beş öğrenci tarafından toplandı. Gönüllülük esasına dayalı, anketör olarak veri toplayan öğrencilere araştırma konusu, veri toplama araçları ve görüşme teknikleri hakkında dört saatlik teorik eğitim verildi. Eğitim sonrası her öğrenciye ön uygulama yaptırıldı. Veri toplama formları, araştırmanın yürütüldüğü tarihlerde aile sağlığı merkezlerine başvuran ve araştırma kriterlerine uygun olan kadınlara öğrenciler tarafından yüz yüze görüşme tekniği ile uygulandı.

Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler SPSS 16.0 programı ile değerlendirildi. Tanımlayıcı istatistikler olarak sayı, yüzde, ortalama, standart sapmadan yararlanıldı. Verilerin normal dağılımı Shapiro-Wilk testi ile değerlendirildi. Normal dağılım göstermeyen verilerde ikili gruplarda Mann Whitney U testi, ikiden fazla gruplarda Kruskal Wallis-H testi kullanıldı. İkiden fazla gruplarda farklılıkların hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için Bonferroni düzeltilmeli Mann Whitney U analizi kullanıldı ve $p < 0.05$ 'in altındaki istatistiksel sonuçlar anlamlı kabul edildi.

Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın yürütülebilmesi için öncelikli olarak, Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (2018-80-14/03) ve Zonguldak İl Sağlık Müdürlüğü'nden (39330677-799) yazılı izin alındı. Araştırmanın yürütüldüğü tarihlerde aile sağlığı merkezlerine başvuran ve araştırma kriterlerine uygun olan kadınlara araştırmanın amacı ve önemi hakkında bilgi verildi. Araştırmaya katılmayı kabul eden kadınlardan sözel onam alındı.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Verilerin bireysel bildirim dayalı olması bu çalışmanın kısıtlılığdır.

BULGULAR

Çalışmaya toplam 500 kadın katıldı. Kadınların yaş ortalaması 35.89 ± 12.39 (Min. 21, Maks. 83) olup, %64.4'ü 40 yaş altı grupta, %39.8'i ortaokul/lise mezunu, %51.6'sı çalışmıyor, %60.0'evli, %36.8'iningeliri giderinden az, %10.8'in sosyal güvencesi bulunmamakta, %77.8'i çekirdek aileye sahip ve %62.8'i çocuk sahibidir (Tablo 1).

Çalışmaya katılan kadınların %15.0'ünün menopoz döneminde olduğu, %37.0'ünün ailesinde kanser ve %13.6'sının ailesinde meme kanseri öyküsü bulunmadığı belirlendi. Çalışmada, meme kanserinin tüm kanser türleri arasında görülme oranı %36.8'dir. Kadınların %69.8'inin KKMM hakkında bilgi sahibi olduğu, %63.7'sinin KKMM yaptığı ve KKMM yapan kadınların ise %42.2'sinin KKMM düzenli olarak yaptığı tespit edildi. Kadınların %21.8'inin meme muayenesi için hastaneye başvurduğu, hastaneye başvuran kadınların %81.7'sinin meme kontrolü için başvuru yaptığı ve kadınların %51.8 için meme muayenesi yapan sağlık personelinin cinsiyetinin önemli olduğu belirlendi (Tablo 2).

Kadınların meme kanseri erken tanısına yönelik önemseme, sağlık motivasyonu, KKMM yarar ve KKMM öz-etkililik algılarının orta, duyarlılık ve KKMM engel algılarının düşük düzeyde olduğu gözlemlendi (Tablo 3).

Kadınların yaş gruplarına göre meme kanseri erken tanısına yönelik önemseme algıları arasında anlamlı farklılık bulunmadığı ($p > 0.05$); 40 yaş altı gruptaki kadınların sağlık motivasyonu, KKMM yarar ve KKMM öz etkililik, 40 yaş ve üzerindeki kadınların ise duyarlılık ve KKMM engel algılarının anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi ($p < 0.05$). Kadınların eğitim düzeylerine göre meme kanseri erken tanısına yönelik önemseme algıları arasında anlamlı farklılık bulunmadığı ($p > 0.05$), bununla birlikte, duyarlılık, sağlık motivasyonu, KKMM yarar, KKMM engel ve KKMM öz etkililik algıları arasında anlamlı farklılık bulunduğu tespit edildi ($p < 0.05$). Yapılan ileri analizde, ilkökul ve altı eğitime sahip kadınların meme kanseri erken tanısına yönelik duyarlılık ve engel algılarının anlamlı düzeyde yüksek, sağlık motivasyonu, KKMM yarar ve KKMM öz etkililik algılarının ise düşük olduğu saptandı ($p < 0.0167$). Çalışma durumuna göre, kadınların meme kanseri erken tanısına yönelik önemseme, sağlık motivasyonu ve KKMM yarar algıları arasında anlamlı farklılık bulunmadığı ($p > 0.05$); çalışmayan kadınların duyarlılık ve KKMM engel, çalışan kadınların ise KKMM öz etkililik algılarının anlamlı düzeyde yüksek olduğu gözlemlendi ($p < 0.05$). Çalışmada, kadınların medeni durum özelliklerine göre meme kanseri erken tanısına yönelik duyarlılık, sağlık motivasyonu, KKMM yarar, KKMM engel ve KKMM öz etkililik algıları arasında anlamlı farklılık olmadığı ($p > 0.05$), bununla birlikte evli kadınların önemseme algılarının bekar kadınlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edildi ($p < 0.05$). Kadınların ekonomik durum özelliklerine göre meme kanseri erken tanısına yönelik sağlık algıları arasında anlamlı farklılık bulunmadığı gözlemlendi ($p > 0.05$). Sosyal güvence durumuna göre ise, kadınların meme kanseri erken tanısına yönelik duyarlılık ve önemseme algıları arasında anlamlı farklılık bulunmadığı ($p > 0.05$), sosyal güvencesi bulunan kadınların sağlık motivasyonu, KKMM yarar ve KKMM öz etkililik algılarının anlamlı düzeyde yüksek, KKMM engel algısının ise düşük olduğu belirlendi ($p < 0.05$). Aile tipi özelliğine göre, kadınların meme kanseri erken tanısına yönelik duyarlılık ve önemseme algıları arasında anlamlı farklılık olmadığı ($p > 0.05$), çekirdek aileye sahip kadınların sağlık motivasyonu, KKMM yarar ve KKMM öz etkililik algılarının anlamlı düzeyde yüksek, KKMM engel algısının düşük olduğu

gözlemlendi ($p<0.05$). Çalışmada, kadınların çocuk sahibi olma durumlarına göre meme kanseri erken tanısına yönelik duyarlılık, önemseme, sağlık motivasyonu ve KKMM yarar algıları arasında anlamlı fark bulunmadığı ($p>0.05$), çocuk sahibi olan kadınların KKMM engel algısının anlamlı düzeyde düşük ve KKMM öz etkililik algısının ise yüksek düzeyde olduğu belirlendi ($p<0.05$) (Tablo 1).

Çalışmaya göre, menopoz dönemindeki kadınların meme kanseri erken tanısına yönelik duyarlılık ve KKMM engel algılarının menopoz döneminde olmayan kadınlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu gözlemlendi ($p<0.05$). Ailesinde kanser öyküsü bulunma durumuna göre kadınların meme kanseri erken tanısına yönelik sağlık algıları arasında anlamlı farklılık olmadığı saptandı ($p>0.05$). Bununla birlikte, ailesinde meme kanseri bulunan kadınların meme kanseri erken tanısına yönelik duyarlılık algısının anlamlı düzeyde yüksek, KKMM öz etkililik algısının ise düşük düzeyde olduğu tespit edildi ($p<0.05$). Kadınların KKMM hakkında bilgi sahibi olma durumuna göre meme kanseri erken tanısına yönelik duyarlılık ve önemseme algıları arasında anlamlı farklılık bulunmadığı ($p>0.05$), KKMM hakkında bilgi sahibi olan kadınların sağlık motivasyonu, KKMM yarar ve KKMM öz etkililik algılarının anlamlı düzeyde yüksek, KKMM engel algısının ise düşük olduğu gözlemlendi ($p<0.05$). Çalışmada, KKMM yapan kadınların KKMM yapmayan kadınlara göre meme kanseri erken tanısına yönelik sağlık motivasyonu, KKMM yarar ve KKMM öz etkililik algılarının anlamlı düzeyde yüksek, KKMM engel algısının ise düşük olduğu saptandı ($p<0.05$). Hastanede meme muayenesi yaptıran kadınların meme kanseri erken tanısına yönelik duyarlılık, sağlık motivasyonu, KKMM yarar ve KKMM öz etkililik algılarının anlamlı düzeyde yüksek olduğu gözlemlendi ($p<0.05$). Meme muayenesi yapan sağlık personelinin cinsiyetinin kendisi için önemli olmadığını bildiren kadınların da, meme kanseri erken tanısına yönelik sağlık motivasyonu, KKMM yarar ve KKMM öz etkililik algılarının anlamlı düzeyde yüksek, KKMM engel algısının ise düşük olduğu saptandı ($p<0.05$) (Tablo 2).

Çalışmaya katılan kadınların %7.0'ünün ailesinde serviks kanseri öyküsü bulunmaktadır. Çalışmada, serviks kanserinin tüm kanser türleri arasında görülme sıklığı %18.9'dur. Kadınların %39.0'ünün jinekolojik muayene yaptırdığı, %52.4'ünün Pap-Smear testi hakkında bilgi sahibi olduğu ve sadece %25.6'sının Pap-Smear testi yaptırdığı belirlendi. Kadınların %71.1'inin önemsemediği ve %28.5'inin korkma/utanma nedeniyle Pap-Smear testi yaptırmadığı, %56.8'i için Pap-Smear testini yapan sağlık personelinin cinsiyetinin önemli olduğu saptandı. Kadınların %31.6'sı HPV aşısı hakkında bilgi sahibi iken, sadece %6.3'ünün HPV aşısı yaptırdığı tespit edildi (Tablo 5).

Kadınların serviks kanseri erken tanısına yönelik önemseme, engel ve genel algılarının orta, duyarlılık ve yarar algılarının ise düşük düzeyde olduğu belirlendi (Tablo 3). Kadınların yaş gruplarına göre serviks kanseri erken tanısına yönelik sağlık algıları arasında anlamlı fark bulunmadığı tespit edildi ($p>0.05$). Eğitim düzeyine göre, kadınların serviks kanseri erken tanısına yönelik önemseme algıları arasında anlamlı farklılık bulunmadığı, duyarlılık, engel, yarar ve genel algıları arasında anlamlı farklılık bulunduğu saptandı ($p<0.05$).

Yapılan ileri analizde, lisans/lisansüstü eğitime sahip kadınların serviks kanseri erken tanısına yönelik duyarlılık, engel, yarar ve genel algılarının diğer gruptaki kadınlara göre anlamlı düzeyde düşük olduğu belirlendi ($p<0.0167$). Kadınların çalışma durumlarına göre serviks kanseri erken tanısına yönelik duyarlılık, önemseme ve yarar algıları arasında anlamlı farklılık bulunmadığı, çalışan kadınların engel ve genel algılarının ise anlamlı düzeyde düşük olduğu gözlemlendi ($p<0.05$). Medeni durum özelliğine göre kadınların serviks kanseri erken tanısına yönelik sağlık algıları arasında anlamlı farklılık bulunmadığı tespit edildi ($p>0.05$). Çalışmada, kadınların ekonomik durumlarına göre serviks kanseri erken tanısına yönelik engel ve genel algıları arasında anlamlı farklılık bulunduğu, duyarlılık, önemseme ve yarar algıları arasında anlamlı farklılık bulunmadığı belirlendi ($p<0.05$). Yapılan ileri analizde, geliri giderinden az olan kadınların engel ve genel algılarının anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edildi. Sosyal güvence durumuna göre kadınların serviks kanseri erken tanısına yönelik önemseme ve yarar algıları arasında anlamlı fark bulunmadığı ($p>0.05$), sosyal güvencesi bulunan kadınların sosyal güvencesi bulunmayan kadınlara göre duyarlılık, engel ve genel algılarının anlamlı düzeyde düşük olduğu gözlemlendi ($p<0.05$). Kadınların aile tipi özelliklerine göre serviks kanseri erken tanısına yönelik önemseme ve yarar algıları arasında anlamlı farklılık olmadığı, çekirdek aileye sahip kadınların duyarlılık ve engel algılarının anlamlı düzeyde düşük olduğu belirlendi ($p<0.05$). Çocuk sahibi olma durumu özelliklerine göre de kadınların serviks kanseri erken tanısına yönelik sağlık algıları arasında anlamlı farklılık bulunmadığı saptandı ($p>0.05$) (Tablo 4).

Kadınların menopoz, ailede kanser ve serviks kanseri öykülerine göre serviks kanseri erken tanısına yönelik sağlık algıları arasında anlamlı farklılık bulunmadığı tespit edildi ($p>0.05$). Jinekolojik muayene yaptıran kadınların jinekolojik muayene yaptırmayan kadınlara göre engel algısının anlamlı düzeyde düşük olduğu gözlemlendi ($p<0.05$). Çalışmada, Pap-Smear testi hakkında bilgi sahibi olan ve Pap-Smear testini yaptıran kadınların serviks kanseri erken tanısına yönelik engel ve genel algılarının anlamlı düzeyde düşük olduğu belirlendi ($p<0.05$). Kadınların Pap-Smear testi yaptırmama nedenlerine göre serviks kanseri erken tanısına yönelik algıları incelendiğinde, Pap-Smear testinden korkan/utanan kadınların Pap-Smear testini önemsemeyen kadınlara göre engel ve genel algılarının anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edildi ($p<0.05$). Pap-Smear testini yapan sağlık personelinin cinsiyetinin kendisi için önemli olduğunu bildiren kadınların serviks kanseri erken tanısına yönelik önemseme, engel ve genel algılarının anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptandı ($p<0.05$). Çalışmada ayrıca, HPV aşısı hakkında bilgisi olan kadınların engel ve genel algılarının anlamlı düzeyde düşük ($p<0.05$), HPV aşısı yaptıran kadınların da duyarlılık, yarar ve genel algılarının anlamlı düzeyde yüksek ($p<0.05$) olduğu belirlendi (Tablo 5).

Tablo 1. Kadınların Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Champion Sağlık İnancı Modeli Ölçeği Alt Boyut Değerlerinin Karşılaştırılması

Değişkenler	n(%)	Champion Sağlık İnancı Modeli Ölçeği					
		Duyarlılık	Önemseme	Sağlık motivasyonu	KKMM* yararları	KKMM* engeller	KKMM* öz-etkililiği
		Ortanca (Min-Maks)	Ortanca (Min-Maks)	Ortanca (Min-Maks)	Ortanca (Min-Maks)	Ortanca (Min-Maks)	Ortanca (Min-Maks)
Yaş							
40 yaş altı	322(64.4)	7 (3-14)	20 (6-29)	20 (5-25)	16 (4-20)	19 (8-36)	34.5 (10-50)
40 yaş ve üzeri	178(35.6)	8 (3-14)	21 (7-30)	20 (5-25)	15 (14-20)	20 (8-36)	33 (10-50)
<i>MU/p</i>		-2.643/0.008	-1.403/0.161	-2.037/0.042	-2.616/0.009	-2.983/0.003	-2.164/0.030
Öğrenim durumu							
İlkokul ve altı	152(30.4)	8 (3-14)	21 (7-30)	20 (5-25)	15 (4-20)	21 (8-36)	30(10-50)
Ortaokul/Lise	199(39.8)	8 (3-14)	20 (7-30)	20 (5-25)	16 (4-20)	19(8-36)	34(10-50)
Lisans/Lisansüstü	149(29.8)	7 (3-14)	20 (6-29)	20 (5-25)	16 (4-20)	19(8-31)	37(10-50)
<i>KW/p</i>		8.313/0.016	1.964/0.375	12.349/0.002	21.921/0.001	33.417/0.001	39.992/0.001
Çalışma durumu							
Çalışıyor	242(48.4)	7 (3-14)	20 (6-30)	20 (5-25)	16 (4-20)	19 (8-31)	35(10-50)
Çalışmıyor	258(51.6)	8 (3-14)	21 (7-28)	20 (5-25)	15 (4-20)	20 (8-36)	33(10-50)
<i>MU/p</i>		-2.538/0.011	-0.990/0.322	-1.898/0.058	-1.857/0.063	-2.902/0.004	-3.644/0.001
Medeni durum							
Evli	300(60.0)	8 (3-14)	21 (9-30)	20 (5-25)	16 (4-20)	20 (8-36)	34(10-50)
Bekar	200(40.0)	7 (3-14)	20 (6-30)	20 (5-25)	16 (4-20)	19 (8-34)	35(10-50)
<i>KW/p</i>		-1.083/0.279	-3.061/0.002	-0.911/0.363	-0.544/0.586	-1.120/0.263	-1.395/0.163
Ekonomik durumu							
Gelir giderinden az	184(36.8)	8 (3-14)	21 (7-30)	20 (5-25)	16 (4-20)	19.5 (8-31)	34(10-50)
Gelir giderine eşit	241(48.2)	7 (3-14)	20 (6-30)	20 (5-25)	16 (4-20)	19 (8-36)	34(10-50)
Gelir giderinden fazla	75(15.0)	8 (3-13)	20 (9-29)	20 (5-25)	15 (4-20)	21 (8-32)	34(10-50)
<i>KW/p</i>		2.617/0.270	3.724/0.155	4.938/0.085	5.580/0.061	1.786/0.409	2.489/0.288
Sosyal güvence durumu							
Var	446(89.2)	7 (3-14)	20 (6-30)	20 (5-25)	16 (4-20)	19 (8-36)	34(10-50)
Yok	54(10.8)	8 (3-14)	21 (9-27)	19(7-25)	14 (5-20)	22 (12-36)	29.510-50)
<i>MU/p</i>		-1.567/0.117	-0.426/0.670	-2.144/0.032	-2.546/0.011	-2.726/0.006	-3.086/0.002
Aile tipi							
Çekirdek aile	389(77.8)	7 (3-14)	21 (6-30)	20 (5-25)	16 (4-20)	19 (8-36)	35(10-50)
Geniş/parçalanmış	111(22.2)	8 (3-13)	20 (7-30)	20 (5-25)	14 (4-20)	21 (8-32)	29 (10-50)
<i>MU/p</i>		-1.414/0.157	-0.811/0.417	-2.313/0.021	-3.363/0.001	-3.951/0.001	-4.900/0.001
Çocuk sahibi olma durumu							
Yok	186(37.2)	7 (3-14)	20 (6-29)	20 (5-25)	16 (4-20)	19 (8-36)	35,5(10-50)
Var	314(62.8)	8 (3-14)	21 (7-30)	20 (5-25)	16 (4-20)	20 (8-34)	33(10-50)
<i>MU/p</i>		-1.585/0.113	-1.679/0.093	-1.327/0.184	-0.757/0.449	-2.011/0.044	-3.277/0.001

*KKMM = Kendi Kendine Meme Muayenesi

Tablo 2. Kadınların Sağlık Öykülerine Göre Champion Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Alt Boyut Değerlerinin Karşılaştırılması

Değişkenler	n(%)	Champion Sağlık İnanç Modeli Ölçeği					
		Duyarlılık Ortanca (Min-Maks)	Önemseme Ortanca (Min-Maks)	Sağlık motivasyonu Ortanca (Min-Maks)	KKMM* yararları Ortanca (Min-Maks)	KKMM* engeller Ortanca (Min-Maks)	KKMM* öz-etkililiği Ortanca (Min-Maks)
Menapoz öyküsü							
Evet	75(15.0)	9 (3-14)	21(7-28)	20 (5-25)	15 (4-20)	21 (8-36)	32 (10-50)
Hayır	425(85.0)	7 (3-14)	20 (6-31)	20 (5-25)	16 (4-20)	19 (8-36)	34 (10-50)
<i>MU/p</i>		-3.252/0.001	-1.088/0.277	-1.387/0.166	-1.612/0.107	-2.366/0.018	-1.502/0.133
Ailede kanser öyküsü							
Var	185(37.0)	8 (3-14)	21(9-28)	20 (5-25)	16 (5-20)	19 (8-31)	33 (10-50)
Yok	315(63.0)	8 (3-14)	20 (6-31)	20 (5-25)	16 (4-20)	20(8-36)	34 (10-50)
<i>MU/p</i>		-0.987/0.324	-0.823/0.411	-0.685/0.493	-0.084/0.933	-1.202/0.230	-1.176/0.240
Ailede meme kanseri öyküsü							
Var	68(13.6)	9 (3-14)	21(9-27)	20 (5-25)	15 (8-20)	19 (8-30)	31 (10-50)
Yok	432(86.4)	7 (3-14)	20 (6-30)	20 (5-25)	16 (4-20)	19 (8-30)	34 (10-50)
<i>MU/p</i>		-2.617/0.009	-0.846/0.398	-0.153/0.879	-0.059/0.953	-0.258/0.796	-2.040/0.041
KKMM bilme durumu (n=500)							
Biliyor	349(69.8)	8 (3-14)	21(6-30)	20 (5-25)	16 (4-20)	18(8-36)	36 (13-50)
Bilmiyor	151(30.2)	7 (3-14)	20 (7-30)	20 (7-25)	13 (4-20)	22(8-34)	24 (10-50)
<i>MU/p</i>		-1.376/0.169	-0.365/0.365	-3.504/0.001	-7.703/0.001	-6.459/0.001	-13.516/0.001
KKMM yapma durumu (n=500)							
Yapıyor	315(63.7)	8 (3-14)	21(6-30)	21 (5-25)	16 (4-20)	22(8-34)	36 (10-50)
Yapmıyor	185(37.0)	7 (3-14)	20 (7-30)	20 (5-25)	14 (4-20)	18(8-36)	27 (10-50)
<i>MU/p</i>		-1.895/0.058	-0.376/0.707	-4.249/0.001	-8.225/0.001	-6.943/0.001	-11.300/0.001
KKMM yapma sıklığı (n=315)							
Düzenli	133(42.2)	8 (3-14)	20(6-29)	20 (5-25)	16 (4-20)	17(8-36)	37 (15-50)
Düzensiz	182(57.8)	8 (3-14)	21 (9-30)	21 (5-25)	16 (4-20)	18(8-36)	36 (10-50)
<i>MU/p</i>		-0.909/0.364	-2.307/0.021	-1.462/0.144	-0.413/0.680	-1.548/0.122	-2.050/0.040
Meme muayenesi için hastaneye başvuru durumu (n=500)							
Evet	109(21.8)	9 (3-14)	21(10-28)	21 (5-25)	16 (4-20)	19(8-31)	36 (10-50)
Hayır	391(78.2)	7 (3-14)	20 (6-30)	20 (5-25)	15 (4-20)	19 (8-36)	33 (10-50)
<i>MU/p</i>		-2.611/0.009	-0.528/0.598	-2.149/0.032	-3.186/0.001	-1.329/0.184	-4.231/0.001
Hastaneye başvuru nedeni (n=109)							
Meme problemi	20(18.3)	9 (3-14)	21,5 (10-27)	20,5 (11-25)	16 (11-20)	15,5(8-25)	37,5 (10-50)
Kontrol	89(81.7)	9 (3-14)	21 (10-28)	21 (5-25)	16 (4-20)	20(9-31)	36 (10-50)
<i>MU/p</i>		-0.376/0.707	-0.086/0.931	-0.024/0.981	-0.437/0.662	-2.822/0.005	-1.346/0.178
Meme muayenesi yapan sağlık personelinin cinsiyeti (n=500)							
Önemli	259 (51.8)	8 (3-14)	21(7-30)	20 (5-25)	15 (4-20)	20 (8-36)	32 (10-50)
Önemli değil	241(48.2)	8 (3-14)	20 (6-30)	20 (5-25)	16 (4-20)	18 (8-31)	36 (10-50)
<i>MU/p</i>		-1.288/0.198	-1.518/0.129	-3.028/0.002	-2.179/0.029	-3.526/0.001	-4.288/0.001

*KKMM = Kendi Kendine Meme Muayenesi

Tablo 3. Champion Sağlık İnancı Modeli Ölçeği ve Servikal Kanserin Erken Tanısına Yönelik Tutum Ölçeği Puan Ortalamaları

Değişkenler	Madde Sayısı	Puan Aralığı	Ortalama± Standart Sapma	Min.-Maks. Değerleri
Champion Sağlık İnancı Modeli Ölçeği				
Duyarlılık	3	3-15	7.74±2.45	3-14
Önemseme	6	6-30	19.89±4.54	6-30
Sağlık motivasyonu	5	5-25	19.71±4.41	5-25
KKMM* yararları	4	4-20	14.91±3.48	4-20
KKMM*engeller	8	8-40	19.35±5.16	8-36
KKMM* öz-etkililiği	10	10-50	32.14±9.33	10-50
Servikal Kanserin Erken Tanısına Yönelik Tutum Ölçeği				
Duyarlılık	9	9-45	26.33±4.04	13-41
Önemseme	8	8-40	26.24±4.46	10-40
Engel	7	7-35	20.41±4.24	9-34
Yarar	6	6-30	17.69±2.99	6-27
Toplam	30	30-150	90.66±11.38	47-129

*KKMM = Kendi Kendine Meme Muayenesi

Tablo 4. Kadınların Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Servikal Kanserin Erken Tanısına Yönelik Tutum Ölçeği Değerlerinin Karşılaştırılması

Değişkenler	n(%)	Servikal Kanserin Erken Tanısına Yönelik Tutum Ölçeği				Toplam Ortanca (Min-Maks)
		Duyarlılık Ortanca (Min-Maks)	Önemseme Ortanca (Min-Maks)	Engel Ortanca (Min-Maks)	Yarar Ortanca (Min-Maks)	
Yaş						
40 yaş altı	322(64.4)	26 (15-41)	26 (12-40)	21 (9-34)	18 (6-27)	90 (47-129)
40 yaş ve üzeri	178(35.6)	26.5 (13-39)	26 (12-40)	21 (10-29)	18 (7-26)	91 (47-116)
<i>MU/p</i>		-1.435/0.151	-1.194/0.232	-0.743/0.457	-0.999/0.318	-0.593/0.553
Öğrenim durumu						
İlkokul ve altı	152(30.4)	26 (13-39)	26 (10-38)	21.5(12-34)	18 (10-27)	92 (47-129)
Ortaokul/Lise	199(39.8)	27 (15-41)	26 (12-38)	21 (9-33)	18 (6-26)	91 (47-127)
Lisans/Lisansüstü	149(29.8)	25 (15-39)	26 (14-40)	19(10-28)	17 (9-27)	87 (58-125)
<i>KW/p</i>		11.577/0.003	2.423/0.298	16.216/0.001	6.094/0.047	18.734/0.001
Çalışma durumu						
Çalışıyor	242(48.4)	26 (15-37)	26 (14-40)	20 (9-31)	18 (6-26)	89(51-129)
Çalışmıyor	258(51.6)	26 (13-41)	27 (10-38)	21 (10-34)	18 (8-27)	91 (47-127)
<i>MU/p</i>		-1.134/0.257	-1.813/0.070	-2.008/0.045	-0.175/0.861	-2.154/0.031
Medeni durum						
Evli	300(60.0)	26 (13-39)	26,5 (10-38)	21 (9-34)	18 (6-27)	91(47-129)
Bekar	200(40.0)	26 (15-41)	26 (14-40)	21 (10-29)	17 (9-26)	89(49-127)
<i>KW/p</i>		-0.951/0.341	-1.234/0.217	-0.015/0.988	-1.199/0.230	-1.036/0.300
Ekonomik durumu						
Geliri giderinden az	184(36.8)	27 (15-41)	26 (12-38)	21 (10-33)	18 (8-27)	91 (47-129)
Geliri giderine eşit	241(48.2)	26 (13-39)	26 (10-37)	20 (9-34)	17 (6-27)	89(47-121)
Geliri giderinden fazla	75(15.0)	26 (19-34)	27 (15-40)	21 (12-27)	18 (9-24)	90 (65-155)
<i>KW/p</i>		5.789/0.055	1.883/0.390	7.345/0.025	1.748/0.417	6.302/0.043
Sosyal güvence durumu						
Var	446(89.2)	26 (13-41)	26 (10-40)	21 (9-34)	18 (6-27)	90 (47-129)
Yok	54(10.8)	27 (18-39)	27 (17-35)	24 (15-33)	18 (14-27)	95 (66-125)
<i>MU/p</i>		-2.099/0.036	-1.127/0.260	-3.355/0.001	-1.371/0.170	-3.307/0.001
Aile tipi						
Çekirdek aile	389(77.8)	26 (15-39)	26 (14-40)	20 (9-33)	18 (6-27)	90 (49-129)
Geniş/parçalanmış	111(22.2)	27 (13-41)	26 (10-37)	22 (10-34)	18 (8-27)	92 (47-127)
<i>MU/p</i>		-2.286/0.022	-0.433/0.665	-3.419/0.001	-1.207/0.227	-2.599/0.009
Çocuk sahibi olma durumu						
Yok	186(37.2)	26 (15-41)	26 (14-40)	20 (10-29)	17 (9-26)	89 (49-127)
Var	314(62.8)	26 (13-39)	26 (10-38)	21 (9-34)	18 (6-27)	91 (47-129)
<i>MU/p</i>		-1.543/0.123	-0.650/0.516	-0.724/0.469	-1.302/0.193	-1.279/0.201

Tablo 5. Kadınların Sağlık Öykülerine Göre Servikal Kanserin Erken Tanısına Yönelik Tutum Ölçeği Değerlerinin Karşılaştırılması

Değişkenler	n(%)	Servikal Kanserin Erken Tanısına Yönelik Tutum Ölçeği				
		Duyarlılık	Önemseme	Engel	Yarar	Toplam
		Ortanca (Min-Maks)	Ortanca (Min-Maks)	Ortanca (Min-Maks)	Ortanca (Min-Maks)	Ortanca (Min-Maks)
Menopoz öyküsü						
Evet	75(15.0)	26 (13-39)	26 (10-37)	20 (10-27)	18 (7-26)	90 (47-116)
Hayır	425(85.0)	26 (15-41)	26 (12-40)	21 (9-34)	18 (6-27)	90 (47-129)
<i>MU/p</i>		-0.490/0.624	-1.737/0.082	-0.623/0.533	-0.798/0.425	-0.957/0.339
Ailede kanser öyküsü						
Var	185(37.0)	26 (15-39)	26 (14-38)	21 (10-31)	17 (6-25)	91 (49-129)
Yok	315(63.0)	26 (13-41)	26 (10-40)	21 (9-34)	18 (7-27)	90 (47-127)
<i>MU/p</i>		-0.621/0.535	-0.769/0.442	-0.391/0.696	-1.507/0.132	-0.535/0.592
Ailede serviks kanseri öyküsü						
Var	35(7.0)	26 (15-34)	26 (14-37)	21 (10-28)	18 (7-23)	89 (49-113)
Yok	465(93.0)	26 (13-41)	26 (10-40)	21 (9-34)	18 (6-27)	90 (47-129)
<i>MU/p</i>		-0.590/0.555	-0.642/0.521	-0.454/0.650	-0.319/0.750	-0.734/0.463
Jinekolojik muayene yaptırma durumu (n=500)						
Evet	195(39.0)	26 (15-39)	26 (12-38)	20 (9-29)	18 (6-27)	90 (47-125)
Hayır	305(61.0)	26 (13-41)	26 (10-40)	21 (10-34)	18 (9-27)	90 (47-129)
<i>MU/p</i>		-0.957/0.339	-0.486/0.627	-2.889/0.004	-0.416/0.677	-1.267/0.205
Pap-Smear testini bilme durumu (n=500)						
Evet	262(52.4)	26 (15-39)	25,5 (12-36)	20 (9-29)	18 (7-27)	89 (47-125)
Hayır	238(47.6)	26 (13-41)	27 (10-40)	22 (10-34)	18 (6-27)	91,5(47-129)
<i>MU/p</i>		-0.197/0.844	-0.204/0.838	-5.090/0.001	-1.750/0.080	-2.660/0.008
Pap-Smear testi yaptırma durumu (n=500)						
Evet	128(25.6)	26 (15-39)	27 (10-38)	18,5 (10-31)	18 (7-27)	88 (47-125)
Hayır	372(74.4)	26 (13-41)	26 (14-40)	21 (10-34)	18 (6-27)	91 (47-129)
<i>MU/p</i>		-0.057/0.955	-2.152/0.031	-4.882/0.001	-0.238/0.812	-3.024/0.002
Pap-Smear testi yaptırmama nedeni (n=372)						
Korkma/Utanma	106(28.5)	27 (13-41)	27 (10-38)	23 (10-31)	18 (6-27)	93 (47-129)
Önemsememe	266(71.5)	26 (15-35)	26 (14-40)	21 (10-29)	18 (9-24)	90 (49-117)
<i>MU/p</i>		-1.787/0.074	-0.854/0.393	-4.636/0.001	-0.546/0.585	-2.595/0.009
Pap-Smear testi yapan sağlık personelinin cinsiyeti (n=500)						
Önemli	284(56.8)	26 (15-41)	27 (14-40)	22 (10-33)	17 (6-27)	92 (49-129)
Önemli değil	216(43.2)	26 (13-39)	26 (10-36)	18(9-34)	18 (8-27)	88 (47-121)
<i>MU/p</i>		-0.783/0.433	-3.561/0.001	-8.669/0.001	-1.794/0.073	-4.936/0.001
HPV aşısı bilgisi (n=500)						
Biliyor	158(31.6)	26 (15-39)	19 (10-28)	19(10-28)	17 (10-24)	89 (49-115)
Bilmiyor	342(68.4)	26 (13-41)	21 (9-34)	21 (9-34)	18 (6-27)	91 (47-129)
<i>MU/p</i>		-0.468/0.642	-0.976/0.329	-4.127/0.001	-1.099/0.272	-2.369/0.018
HPV aşısı yaptırma durumu (n=158)						
Yaptırdı	10(6.3)	29,5(24-31)	28 (22-36)	21,5(14-23)	19.5 (18-23)	101(82-106)
Yaptırmadı	148(93.7)	26 (15-39)	26 (14-40)	19 (10-28)	17 (10-24)	89 (49-115)
<i>MU/p</i>		-3.021/0.003	-1.430/0.153	-0.889/0.374	-3.405/0.001	-2.676/0.007

TARTIŞMA

Meme ve serviks kanseri tarama yöntemleri ile erken dönemde teşhis ve tedavisi olası hastalıklar arasında gösterilmektedir^{1,3}. Bu nedenle, kadınların meme ve serviks kanserine yönelik sağlık inançlarını değerlendirmek önemlilik arz etmektedir. Çalışmada, kadınların meme kanserinin erken tanısına yönelik önemseme, sağlık motivasyonu, KKMM yarar ve KKMM öz-etkililik algılarının orta, duyarlılık ve KKMM engel algılarının ise düşük olduğu belirlendi. Bununla birlikte, kadınların serviks kanserine yönelik önemseme, engel ve genel algılarının orta, duyarlılık ve yarar algılarının ise düşük olduğu tespit edildi. Çalışmadan elde edilen bu bulgular, kadınların meme ve serviks kanserlerine yönelik erken tanı davranışlarına hazır olduklarını, ancak, hastalığa yakalanma olasılığını kendileri için tehdit olarak görmedikleri için meme ve serviks kanserine yönelik erken tanı davranışlarını benimseme ve uygulamada yetersizlik yaşanabileceğini göstermesi açısından önemlilik arz etmektedir. Bu nedenle, kadınları kadın oldukları için bile hastalığın yaşamlarında az ya da çok bir olasılıkla her zaman için var olabileceğine inandırma gerekliliği bulunmaktadır.

Çalışmada, kadınların meme kanserine yönelik sağlık algılarının yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, medeni durum, sosyal güvence durumu, aile tipi ve çocuk sahibi olma özelliklerine göre anlamlı farklılık gösterdiği; ekonomik durum özelliklerine göre ise, anlamlı farklılık göstermediği belirlendi. Literatür incelendiğinde, benzer ve farklı çalışma sonuçlarının elde edildiği görülmektedir^{15,30-33}. Çalışmalardan elde edilen farklı sonuçların, çalışmaların farklı bölgelerde ve sosyokültürel özellikteki kadınlar ile çalışılmış olmasından kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir. Bilindiği üzere, bireylerin sosyo-demografik ve kültürel özellikleri sağlık algılarını ve tutumlarını doğrudan, sağlıklı ilgili davranışlarını da dolaylı etkileyebilir. Bu nedenle, meme kanserine yönelik farkındalığın oluşturulabilmesi için topluma dayalı sağlık eğitimlerinde bireysel ve kültürel özelliklerin göz önünde bulundurulması önemlidir.

Çalışmada ailesinde meme kanseri bulunan kadınların meme kanseri erken tanısına yönelik duyarlılık algılarının anlamlı düzeyde yüksek, KKMM öz etkililik algılarının düşük olduğu saptandı. Konuyla ilgili yapılan çalışmalarda, benzer ve farklı sonuçların elde edildiği görülmektedir. Kulakçı ve ark. (2017) ailesinde meme kanseri bulunan kadınların duyarlılık ve KKMM öz-etkililik algılarının¹⁵; Duman ve ark. (2013) kadınların duyarlılık, önemseme, KKMM yarar ve KKMM öz-etkililik algılarının³¹; Liu ve ark. (2014) kadınların meme kanserine yönelik bilgi düzeyi ve farkındalıklarının³⁰ anlamlı düzeyde yüksek olduğunu bildirdi. Çalışma sonuçları, ailesinde meme kanseri öyküsü bulunan kadınların kendilerini meme kanserine yakalanma açısından risk altında gördüklerini ve hastalığın sonuçlarını daha fazla ciddiye aldıklarını, bu bağlamda da, meme kanseri erken tanısına yönelik duyarlılıklarının artmış olabileceğini düşündürmektedir.

Çalışmaya katılan kadınların %69.8'inin KKMM hakkında bilgi sahibi olmasına rağmen sadece %26.6'sının düzenli

olarak KKMM yaptığı tespit edildi. İlgili literatürde de, kadınlar arasında düzenli olarak KKMM yapma oranının düşük düzeyde olduğu ve ayda bir kez düzenli olarak KKMM yapma oranının %13.4 ile %56.7 arasında değişim gösterdiği belirtilmektedir¹⁵. Araştırma sonuçları, kadınların KKMM hakkında bilgi ve davranışlarının değerlendirilmesi ve bu davranışların gerçekleştirilmesinde etkili olan dış engellerin belirlenmesi gerekliliğini ortaya çıkartmaktadır.

Çalışmada, KKMM hakkında bilgi sahibi olan kadınların meme kanserinin erken tanısına yönelik sağlık motivasyonu, KKMM yarar ve KKMM öz etkililik algılarının anlamlı düzeyde yüksek, KKMM engel algılarının ise düşük düzeyde olduğu tespit edildi. İlgili literatür incelendiğinde de, benzer bulguların elde edildiği görülmektedir^{5,15,31}. Araştırmalardan elde edilen sonuçlar, eğitimin davranış değişikliği oluşturmada önemli bir faktör olduğunu göstermektedir. Bu nedenle, meme kanserine yönelik farkındalığın artırılabilmesi ve erken tanı davranışlarının kazandırılabilmesi için kadınların her fırsatta konu ile ilgili bilgilendirilmesi önemlidir.

Çalışmaya katılan ve KKMM yapan kadınların meme kanserinin erken tanısına yönelik sağlık motivasyonu, KKMM yarar ve KKMM öz etkililik algılarının anlamlı düzeyde yüksek, KKMM engel algılarının ise düşük olduğu belirlendi. Kulakçı ve ark. (2017)'inin çalışmalarında da benzer bulgu elde edildiği görülmektedir¹⁵. Çalışma sonuçları, kadınlarda meme kanserine yönelik erken tanı davranışlarının geliştirilebilmesi için kadınların duyarlılık ve motivasyonlarını arttırmaya yönelik destekleyici programlara da gereksinim duyulduğunu göstermektedir.

Çalışmada, kadınların %21.8'inin meme muayenesi için hastaneye başvurduğu ve meme muayenesi yaptıran kadınların meme kanserinin erken tanısına yönelik duyarlılık, sağlık motivasyonu, KKMM yarar ve KKMM öz etkililik algılarının anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptandı. Araştırmadan elde edilen bu bulgu, kadınlar arasında klinik meme muayenesi yaptıran oranının düşük olduğunu göstermektedir. Türk toplumunun kültürel inançları gereği meme dokusu mahrem bölge olarak düşünülmekte ve meme dokusunun başka biri tarafından, özellikle bir erkek tarafından muayene amaçlı da olsa görülmesi rahatsız edici bir durum olarak deneyimlenebilmektedir. Bu nedenle de, Türkiye'de yaşayan kadınlar memeleri ile ilgili önemli bir sorun yaşamadığı sürece hastaneye rutin kontrol için gitmeyi erteleyebilmektedir³⁷. Çalışmadan elde edilen, kadınların yaklaşık yarısı için meme muayenesi yapan sağlık personelinin cinsiyetinin önemli olduğu ve bu kadınların meme kanserinin erken tanısına yönelik sağlık motivasyonu, KKMM yarar ve KKMM öz etkililik algılarının anlamlı düzeyde düşük, KKMM engel algılarının ise yüksek olduğu bulgusu kültürel faktöre ait düşünceleri destekler niteliktedir.

Serviks kanserine yönelik erken tanı davranışları demografik ve sosyokültürel faktörlerden etkilenmektedir. Yaş, ırk, medeni durum, eğitim düzeyi, gelir düzeyi, sosyal güvence durumu, sağlık profesyonelleri ile iletişim sorunları, kültürel inançlar ve kadercilik bu faktörlerin başında gelmektedir³⁴. Bu çalışmada, kadınların serviks kanserinin erken tanısına yönelik sağlık algılarının kadınların eğitim düzeyi, çalışma durumu, ekonomik durumu, sosyal güvence durumu ve aile

tipi özelliklerine göre anlamlı farklılık gösterdiği; yaş, medeni durum ve çocuk sahibi olma, menopoz durumu, ailede kanser ve serviks kanseri bulunma özelliklerine göre ise anlamlı farklılık göstermediği belirlendi. Konuyla ilgili yapılan bir çalışmada, kadınların serviks kanserine yönelik sağlık algılarının kadınların eğitim durumu, medeni durumu, gelir durumu, vajinal muayene yaptırma durumu, pap-smear testi hakkında bilgisi olma ve pap-smear testi yaptırma durumlarına göre anlamlı farklılık gösterdiği; yaş ve ailede kanser öyküsü bulunma özelliklerine göre ise anlamlı farklılık göstermediği tespit edildi³⁵. Sönmez ve ark. (2012) pap-smear testini yaptırma durumunun kadınların yaş, eğitim durumu, medeni durumu, çalışma durumu ve serviks kanseri hakkında bilgi sahibi olma durumuna göre farklılık göstermediğini bildirdi³⁶. Benzer başka bir çalışmada da, pap-smear yaptırma durumunun kadınların yaş, eğitim durumu, medeni durumu ve sosyal güvence durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği, ailesel serviks kanseri öyküsüne göre ise anlamlı farklılık göstermediği belirlendi³⁷. Çalışma bulguları, serviks kanserinin erken tanısına yönelik sağlık algısının kadınların bireysel, sosyal ve kültürel özelliklerinden etkilendiğini göstermesi açısından önemlilik arz etmektedir. Bu bağlamda, kadınların serviks kanserinin erken tanısına yönelik tarama programlarına katılımlarını engelleyen faktörlerin belirlenmesi, bu konuda yapılacak stratejik faaliyetlerin geliştirilmesinde önemli bir gerekliliktir.

Psikolojik faktörlerin de kadınların serviks kanserine yönelik erken tanı davranışları üzerinde etkili olduğu vurgulanmaktadır. Serviks kanserinde erken tanının önemi kadınlar tarafından bilinmesine rağmen, kadınların pap-smear testi yaptırma kararlarının, pap-smear testi prosedürüne ilişkin duygusal tepkilerinden etkilendiği belirtilmektedir³⁴. Bu çalışmada da, kadınların %61.0'unun jinekolojik muayene yaptırmadığı ve bu kadınların engel algılarının anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi. Bununla birlikte, çalışmada, kadınların sadece %25.6'sının Pap-smear testini yaptırdığı ve bu kadınların serviks kanserinin erken tanısına yönelik engel algılarının anlamlı düzeyde düşük olduğu tespit edildi. Ayrıca, çalışmada, kadınların %28.5'inin korkma/utanma nedeniyle Pap-smear testi yaptırmadığı ve bu kadınların genel algılarının yüksek olmasına rağmen engel algılarının anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi. Çalışma bulguları literatürü destekler niteliktedir. Konuyla ilgili yapılan diğer çalışmalar incelendiğinde de benzer sonuçların elde edildiği görülmektedir. Örneğin, Demirgöz-Bal (2014) kadınların %30.3'ünün pap-smear testi yaptırdığını ve pap-smear yaptıran kadınların engel algılarının düşük olduğunu bildirdi³⁸. Büyükkayacı-Duman ve ark. (2015) kadınların sadece %10.7'sinin tarama amaçlı jinekolojik muayeneye gittiğini ve sadece %33.9'unun pap-smear testini yaptırdığını tespit etti³⁷. Savaş-Çimke (2016) kadınların %69.2'sinin jinekolojik muayene ve %27.8'inin pap-smear testi yaptırdığını saptadı³⁹. Babacan-Gümüş ve Çam (2011) kadınların %43.6'sının jinekolojik muayene ve %20.8'inin pap-smear yaptırdığını, bununla birlikte, kadınların %20.4'ünün ihmal, %19.4'ünün bilgi eksikliği, %9.1'inin utanma ve %3.9'unun korku nedeniyle pap-smear testi

yaptırmadığını bildirdi³⁴. Bir başka çalışmada da, pap-smear testi yaptıran kadınların oranı %7.8 olarak tespit edilmiş olup, kadınların %10.1'i utandığı/korktuğu için pap smear testini yaptırmadığı bildirildi³⁶. Çalışma sonuçları, jinekolojik muayene ve pap-smear yaptırma oranının kadınlar arasında düşük düzeyde olduğunu; jinekolojik muayene ve pap-smear testi yaptırmayan kadınların engel algılarının yüksek olduğunu; ayrıca, kadınların eğitimsizlik, inanç, korkma ve utanma gibi nedenlerle serviks kanserinin erken tanısına yönelik yeterince önlem almadıklarını göstermektedir. Bu nedenle, kadınların serviks kanserinin erken tanısına yönelik bilgi, tutum ve davranışlarının belirlenmesi kadınlara olumlu sağlık davranışlarının kazandırılabilmesi açısından önemlidir.

Çalışmada, kadınların yarısından fazlası için Pap-smear testini yapan sağlık personelinin cinsiyetinin önemli olduğu belirlendi. Meme dokusu gibi cinsel organların da başka biri tarafından, özellikle bir erkek tarafından görülmesi ve muayene edilmesi kaçınma davranışına neden olabilmektedir³⁷. Çalışmadan elde edilen, Pap-smear testini yapan sağlık personelinin cinsiyetinin kendisi için önemli olduğunu bildiren kadınların önemseme ve genel algılarının yüksek olmasına rağmen, engel algılarının da yüksek olması kültürel faktöre ait düşünceleri destekler niteliktedir.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Çalışmaya katılan kadınların meme kanserinin erken tanısına yönelik önemseme, sağlık motivasyonu, KKMM yarar ve KKMM öz-etkililik algıları orta, duyarlılık ve KKMM engel algılarının düşük düzeydedir. Bununla birlikte, kadınların serviks kanserinin erken tanısına yönelik önemseme, engel ve genel algılarının orta, duyarlılık ve yarar algılarının ise düşük olduğu tespit edildi. Çalışmada ayrıca, kadınların meme ve serviks kanserinin erken tanısına yönelik algılarının kadınların bazı demografik ve sosyokültürel özelliklerinden etkilendiği saptandı. Bu bağlamda, kadınların meme ve serviks kanserinin erken tanısına yönelik bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi erken tanı davranışlarına yönelik motivasyon artırma ve olumlu sağlık davranışları kazandırma sürecinde önemlilik arz etmektedir.

Etik Kurul Onayı: Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan alınmıştır (Karar No: 2018-80-14/03).

Çıkar Çatışması: Bildirilmemiştir.

Finansal Destek: Yoktur.

Katılımcı Onamı: Sözel onam

Yazar Katkıları:

Araştırma Dizaynı: HKA, GKA

Veri Analizi: HKA, GKA

Makale Yazımı: HKA, GKA

Teşekkür: Veri toplama aşamasındaki katkılarından dolayı Tuğçe ÇAĞLAYAN, Sibel YAŞAR, Zehra ARSLAN, İmran GÜNER ve Burak ÇEŞMEBAŞI'na teşekkür ederiz.

Ethics Committee Approval: Approval was obtained from Clinical Research Ethics Committee of Zonguldak Bulent Ecevit University (Decision number: 2018-80-14/03).

Conflict of Interest: None.

Funding: None.

Exhibitor Consent: Verbal consent

Author Contributions:

Study Design: HKA, GKA

Data Analysis: HKA, GKA

Drafting Manuscript: HKA, GKA

Acknowledgement: We would like to thank Tuğçe ÇAĞLAYAN, Sibel YAŞAR, Zehra ARSLAN, İmran GÜNER ve Burak ÇEŞMEBAŞI for their contribution in the data collection phase.

KAYNAKLAR

1. World Health Organization (WHO). Cancer [Internet]. 2018 [Erişim Tarihi: 10 Nisan 2019]. Erişim adresi: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cancer>.
2. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin*. 2018;68(6):394–424.
3. Sağlık Bakanlığı. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017 [Internet]. 2018 [Erişim Tarihi: 10 Nisan 2019]. Erişim adresi: <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/30147,turkcesiydijiv1pdf.pdf?0>
4. Türkiye İstatistik Kurumu. Ölüm nedeni istatistikleri, 2017 [internet]. 2018 [Erişim Tarihi: 10 Nisan 2019]. Erişim adresi: [file:///C:/Documents%20and%20Settings/Administrator/Belgelerim/Downloads/%C3%96%C3%BCm_Nedeni_%C4%B0statistikleri_26.04.2018%20\(2\).pdf](file:///C:/Documents%20and%20Settings/Administrator/Belgelerim/Downloads/%C3%96%C3%BCm_Nedeni_%C4%B0statistikleri_26.04.2018%20(2).pdf) 2018.
5. Yucel SC, Orgun F, Tokem Y, Unsal-Avdal E, Demir M. Determining the factors that affect breast cancer and self breast examination beliefs of Turkish nurses in academia. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2014;15:1275-80.
6. Karadag M, Iseri O, Etikan I. Determining nursing student knowledge, behavior and beliefs for breast cancer and breast self-examination receiving courses with two different approaches. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2014;15(9):3885-90.
7. Andsoy II, Gul A. Breast, cervix and colorectal cancer knowledge among nurses in Turkey. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2014;15(5):2267-72.
8. Gür K, Kadioğlu H, Sezer A. Breast cancer risks and effectiveness of BSE training among women living in a district of Istanbul. *J Breast Health*. 2014;10(3):154-60.
9. Akhtari-Zavare M, Juni MH, Said SM, Ismail IS. Beliefs and behavior of Malaysia undergraduate female students in a public university toward breast self-examination practice. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2013;14(1):57-61.
10. Al-Sharbatti SS, Shaikh RB, Mathew E, Al-Biate MAS. Breast self examination practice and breast cancer risk perception among female university students in Ajman. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2013;14(8):4919-23.
11. Ebrahim SM. Knowledge of students toward breast cancer and breast self-examination practice at high school nursing in Basra city. *Journal of Kufa for Nursing Science*. 2014;4:1-9.
12. Bien AM, Korzynska-Pietas M, Iwanowicz-Palus GJ. Assessment of midwifery student preparation for performing the role of breast cancer educator. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2014;15(14):5633-8.
13. Karadag G, Gungormus Z, Surucu R, Savas E, Bicer F. Awareness and practices regarding breast and cervical cancer among Turkish women in Gaziantep. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2014;15(3):1093-98.
14. Kulakçı-Altıntaş H, Korkmaz-Aslan G. The effect of breast cancer fatalism perception on breast cancer health beliefs of the midwives and nurses. *JOHUFON*. 2019;6(1):10-9.
15. Kulakci-Altintas H, Kuzlu-Ayyildiz T, Veren F, Kose-Topan A (2017). The effect of breast cancer fatalism on breast cancer awareness among Turkish women. *J Relig Health*. 2017;56(5):1537-52.
16. Sağlık Bakanlığı. Kanser taramaları [Internet]. 2017 [Erişim Tarihi: 10 Nisan 2019]. Erişim adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-taramaları>
17. Sadıç E. Kadınların meme kanseri erken tanı, bilgi ve davranışları ile meme kanseri korkusu arasındaki ilişki [Yüksek lisans tezi]. Samsun: Ondokuz Mayıs Üniversitesi; 2019.
18. Yıldırım DA, Özaydın AN. İstanbul/Moda'da oturan kadınların meme kanseri ile ilgili bilgileri, bilgi kaynakları ve meme kanseri taramalarına katılımları. *J Breast Health*. 2014;10(1):47-56.
19. Açıkgöz A, Çehrelî R, Ellidokuz H. Hastanede çalışan kadınların meme kanseri konusunda erken tanı yöntemlerine yönelik bilgi ve davranışlarının belirlenmesi, uygulanan planlı eğitimin etkinliğinin incelenmesi. *J Breast Health*. 2015;11:31-8.
20. Kartal A, İnci FH, Koştı N, Çınar İÖ. Kadınlara ev ortamında verilen bireysel eğitimin kendi kendine meme muayenesi uygulamasına yönelik sağlık inançlarına etkisi. *Pamukkale Tıp Dergisi*. 2017;1:7-13.
21. Fouladi N, Pourfarzi F, Mazaheri E, Asl HA, Rezaie M, Amani F, et al. Beliefs and behaviors of breast cancer screening in women referring to health care centers in northwest Iran according to the champion health belief model scale. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2013;14(11):6857-62.
22. Özçam H, Çimen G, Uzunçakmak C, Aydın S, Özcan T, Boran B. Kadın sağlık çalışanlarının meme kanseri, serviks kanseri ve rutin tarama testlerini yaptırmaya ilişkin bilgi tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi. *İstanbul Med J*. 2014;15:154-60.

23. Donnelly TT, Al Khate A, Al Bader SB, Al Kuwari MG, et al. Beliefs and attitudes about breast cancer and screening practice among arab womwn living in qatar: a cross-sectional study. BMC Womens Health. 2013;13(49):2-16.
24. Avcı IA, Kumcağız H, Altınel B, Caloğlu A. Turkish female academicians self-esteem and health beliefs for breast cancer screening. Asian Pac J Cancer Prev. 2014;15(1):155-60.
25. Altınel B. Serviks kanseri yönünden riskli kadınlarayönelik çoklu girişimlerin sağlık sorumluluğu,serviks kanserine ilişkin inanç ve taramayaptırmasına etkisi: randomize kontrollü deney [Doktora Tezi]. Konya: Selçuk Üniversitesi; 2018.
26. Gozum S, Aydın I. Validation evidence for Turkish adaptation of champion's health belief model scales. Cancer Nurs. 2004;27(6):491-8.
27. Karayurt Ö. Champion's Sağlık İnanç Modeli Ölçeğinin Türkiye için uyarlanması ve kendi kendine meme muayenesini etkileyen faktörlerin incelenmesi [Doktora Tezi]. İzmir: Ege Üniversitesi; 2003.
28. Secginli S, Nahcivan NO. Reliability and validity of the breast cancer screening belief scale among Turkish women. Cancer Nurs. 2004;27(4):287-94.
29. Özmen D, Özsoy S. Sağlık inanç modeli yaklaşımı ile servikal kanserin erken tanısına yönelik tutum ölçeği geliştirilmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi. 2009;25(1):51-69.
30. Liu LY, Wan, F, Yu LX, Ma ZB, Zhang Q, Gao DZ, et al. Breast cancer awareness among women in Eastern China: a cross-sectional study. BMC Public Health. 2014;14:1-8.
31. Duman NB, Algier L, Pınar G. Health beliefs of the female academicians about breast cancer and screening tests and the affecting factors. UHOD. 2013;4:233-241.
32. Shiryazdi SM, Kholasehzadeh G, Neamatzadeh H, Kargar S. Health beliefs and breast cancer screening behaviors among Iranian female health workers. Asian Pac J Cancer Prev. 2014;15(22):9817-22.
33. Yılmaz M, Durmuş T. Health beliefs and breast cancer screening behavior among a group of female health professionals in Turkey. J Breast Health. 2016;12(1):18-24.
34. Babacan-Gümüş A, Çam O. Kadınların serviks kanseri için erken tanı tutumları ile benlik saygısı, beden algısı ve umutsuzluk düzeyleri arasındaki ilişkiler. Nobel Medicus. 2011;7(3):46-52.
35. Kızılırmak A, Kocaöz S. Bir üniversitedeki kadınların serviks kanseri ve pap smear testine ilişkin sağlık inançlarını etkileyen faktörler. STED. 2018;37(3):165-75.
36. Sönmez Y, Nayır T, Köse S, Gökçe B, Kişioğlu AN. Bir sağlık ocağı bölgesinde 20 yaş ve üzeri kadınların meme ve serviks kanseri erken tanısına ilişkin davranışları. S.D.Ü. Tıp Fak. Derg. 2012;19(4):124-30.
37. Büyükkayacı-Duman N, Yüksel-Koçak D, Albayrak SA, Topuz Ş, Yılmazel G. Kırk yaş üstü kadınların meme ve serviks kanseri taramalarına yönelik bilgi ve uygulamaları. JAREN. 2015;1(1):30-8.
38. Demirgöz-Bal M. Kadınların pap smear testi yaptıрма durumlarının sağlık inanç modeli ölçeği ile değerlendirilmesi. MÜSBED. 2014;4(3):133-8.
39. Savaş-Çimke V. Farklı meslek gruplarındaki kadınların HPV, servikal kanser ve pap smear testi bilgi düzeyi ile davranışlarının belirlenmesi [Yüksek lisans tezi]. Mersin: Mersin Üniversitesi; 2016.

Araştırma makalesi

Research article

Dahili Kliniklerde Çalışan Hekim ve Hemşirelerde Ölüm Kaygısının Belirlenmesi

Şuhule TEPE MEDİN¹, Sevilay HİNTİSTAN², Yavuz ÖZORAN³

ÖZ

Amaç: Bu çalışma, dahili kliniklerde çalışan hekim ve hemşirelerde ölüm kaygısının belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma tanımlayıcı tiptedir. Araştırmanın evrenini Ordu Devlet Hastanesi dahili kliniklerde çalışan 51 hekim ve 196 hemşire; örneklemini ise araştırma kabul ölçütlerine uyan 47 hekim ve 139 hemşire olmak üzere toplam 186 kişi oluşturmuştur. Veriler "Kişisel Bilgi Formu" ve "Ölüm Kaygısı Ölçeği" kullanılarak toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde yüzdelik, ortalama, minimum ve maksimum değerler, t testi ve tek yönlü ANOVA testi kullanılmıştır.

Bulgular: : Hekim ve hemşirelerin orta düzeyde ölüm kaygılarının olduğu ancak hemşirelerin ölüm kaygısının hekimlerden anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Hekimlerin ölüm kaygısını çocuk sayısı, evde birlikte yaşanan kişiler ve dindarlık düzeyi; hemşirelerin ölüm kaygısını kurumda çalışma pozisyonu, ölümü düşünme sıklığı, ölümle ilgili düşüncelerini paylaşma ve ölüme ilişkin hizmet içi eğitim alma istatistiksel olarak anlamlı şekilde etkilemiştir.

Sonuç: Hemşirelerin ölüm kaygısının hekimlerden daha yüksek olduğu bulunmuştur. Hekim ve özellikle hemşirelerin ölüm kaygısıyla olumlu baş etmelerini sağlayacak yöntemleri bulmaları konusunda desteklenmesi önerilir.

Anahtar kelimeler: Hekim, hemşire, kaygı, ölüm, ölüm kaygısı

ABSTRACT

Determination of Death Anxiety in Physicians and Nurses Working in Internal Clinics

Aim: The study was conducted to determine death anxiety in physicians and nurses working in internal clinics.

Material and Methods: This study is of descriptive type. The population of the study consisted of 51 physicians and 196 nurses working in internal clinics of Ordu State Hospital; the sample consisted of a total 186 people including 47 physicians and 139 nurses who meet the study eligibility criteria. The data were collected using "Personal Information Form" and "Death Anxiety Scale". Percentage, mean, minimum and maximum values, t test and one-way ANOVA test were used in the evaluation of the data.

Results: It was determined that physicians and nurses had moderate level of death anxiety but the death anxiety of nurses was significantly higher than physicians. While physicians' death anxiety was affected by the number of children, people living together at home and the level of piety, the death anxiety of nurses was statistically significantly affected by their working position in the institution, frequency of thinking about death, sharing their thoughts about death and receiving in-service training related to death.

Conclusion: Nurses' death anxiety was found to be higher than physicians. It is recommended that physicians and especially nurses are encouraged to find methods that will enable them to deal with death anxiety positively.

Keywords: Anxiety, death, death anxiety, nurse, physician

¹Hemşire, Ordu Devlet Hastanesi, Altınordu/Ordu,Türkiye, E-mail: suhuletm@hotmail.com, Tel: 532 223 45 52, ORCID: 0000-0002-1980-1612

²Prof. Dr., Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Trabzon, Türkiye, E-mail: sevilayhindistan@gmail.com, sevilayhindistan@ktu.edu.tr, Tel: 542 248 08 01, ORCID: 0000-0002-5907-5723

³Prof. Dr., Avrasya Üniversitesi Rektörlüğü, Trabzon, Türkiye, E-mail: yavuz.ozoran@avrasya.edu.tr, Tel: 532 179 86 17, ORCID: 000-0001-9795-5329

Geliş Tarihi: 25 Şubat 2020, Kabul Tarihi: 9 Eylül 2020

* Bu çalışma, Avrasya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans tez çalışmasıdır.

Atıf/Citation: Medin Tepe Ş, Hintistan S, Özoran Y. Dahili Kliniklerde Çalışan Hekim ve Hemşirelerde Ölüm Kaygısının Belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2020; 7(3): 262-270. DOI: 10.31125/hunhemsire.834176

GİRİŞ

Doğumun doğallığı kadar ölüm de doğaldır. Ancak doğumdaki doğallık anlayışı, ölümün doğallığında algılanmamaktadır¹. Ölüm, “bir canlının beyin, solunum ve dolaşım faaliyetlerinin dönüşümsüz olarak durması, tüm organ ve dokularındaki hücrelerin fiziksel ve kimyasal etkinliğini kaybetmesi nedeniyle yaşamın sona ermesidir”². Ölüm kaygısı ise “kişinin varlığına gerçek ya da hayali bir tehdit algısı ile ortaya çıkan rahatsız edici huzursuzluk ya da korku” olarak tanımlanır³. Birçok psikolojik kaygının temelinde yatan ölüm kaygısını göz ardı etmek, insan davranışlarının önemli bir yönünü ihmal etmek anlamına gelir^{1,4}.

Teknoloji ve sağlık sisteminin gelişmesi ile birlikte özellikle son dönem hastaları daha iyi ve kaliteli bir bakım için son dönemlerini hastanede geçirmeyi tercih etmektedir⁵. Dahili klinikler olan kardiyoloji, nefroloji ve onkoloji gibi klinikler kronik ve uzun süreli hasta yatışlarının olduğu kliniklerdir⁶. Bu kliniklerde hekim ve hemşireler kanser, kalp yetmezliği ve son dönem böbrek yetmezliği gibi karmaşık sağlık sorunlarına sahip hastalara bakım vermekte, kayıp, ölüm ve yas süreçleri ile sıklıkla karşılaşmaktadır⁷.

Modern tıpla birlikte tedavi ve bakım kalitesi artmış, kronik ve ölümcül hastalıklarla yaşanan süre uzamıştır. Ölümün büyük bir bölümü hastanelerde gerçekleşmeye başlamış, ölüm toplum dışına atılan bir olgu haline gelmiştir. Bu durum hekim ve hemşirelerin ölümle daha sık karşılaşmasına ve ölümün duygusal yükünü daha çok hissetmesine yol açmıştır⁸. Uzun süre hastalık ve ölüm olaylarına maruz kalma ölüm kaygısının gelişmesine neden olmaktadır⁹. Ölüm olgusu sadece hasta ve ailesi için değil hekim ve hemşireler için de kaygı verici bir durumdur. Ölümle yüzleşmenin korkunç bir deneyim olduğu belirtilmektedir⁵.

Ölmekte olan hastaya bakım veren hekim ve hemşireler, tedavi ve bakım sürecinde yeterli ve başarılı olamaktan korkmakta hatta suçluluk duymaktadır. Ölümle karşılaşan hekim ve hemşireler kendi ölüm gerçeği ile yüzleşmekte, duygusal olarak zorlanmakta, kendi nöbetlerinde kayıp yaşamak ve kötü haberi vermek istememektedir⁸. Bu nedenle hasta ve ailesi ile ölüm konusunda konuşmaktan kaçınmakta, tedaviye odaklanarak hasta ve ailesinin duygusal durumuna yeterli önemi vermemekte ve mümkün olduğunca az iletişim kurma yoluna gitmektedirler^{8,10}.

Hekimlerin diğer meslek profesyonellerinden daha fazla ölüm kaygısı yaşadıkları ve hatta bu korkularını yenmek için hekim oldukları ileri sürülmektedir⁹. Hekimlerin ölüm kaygısı, tedavi kalitesini olumsuz etkilemesi nedeniyle oldukça önemlidir¹¹. Özkırış ve ark.nın (2011) 304 hekimle yaptığı çalışmada, ölüm kaygısı yüksek saptanan hekim oranı dahili tıp grubunda %47.1, cerrahi tıp grubunda %39.2 ve temel tıp/radyoloji grubunda %65.9 olarak bulunmuş, temel tıp/radyoloji grubunda ölüm kaygı düzeyinin, cerrahi tıp grubuna göre anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır. Aynı çalışmada, hekimlerin %94.4’ü “tıp eğitimi sırasında ve sonrasında ölüm ve ölümcül hastaya yaklaşımla ilgili eğitim gereklidir” ve %98.8’i “ölüm ve ölümcül hastaya yaklaşımda, hasta-hekim ilişkisinde zorluk yaşanan durumlarda profesyonel yardım gereklidir” ifadesini kullanmışlardır⁹.

Hasta bakımında söz sahibi olan hemşireler ölüm karşısında kendilerini yorgun, endişeli ve hazırlıksız hissetmektedir. Hemşireler; ölüm ve ölümle ilişkili stres faktörleri nedeniyle kaygı, çaresizlik, öfke ve sıkıntı yaşamakta, hasta ve aile üyeleriyle iletişimde güçlük yaşamaktadır⁵. Ölüm olayına sıkça tanık olma, hastayla en çok vakit geçiren hemşirelerin ölüm kaygılarının artmasına neden olmaktadır¹². Hemşirelerde ölüm kaygısının artması, ölmek üzere olan hastaya bakım veren hemşirelerin olumsuz tutum sergilemesine, ölümle ilgili konuları hasta ve ailesiyle tartışma konusunda isteksiz olmalarına yol açmaktadır¹³. Ölümle ilişkin korkularının farkında olmayan bir hemşire, hastaya yardım edemeyeceğini düşünerek sorumluluk almaktan korkmakta ve hastadan kaçınıcı bir tutum sergilemektedir¹⁴. Cooper ve Barnett (2015), yaşam sonu dönemdeki bir hastaya bakım vermenin öğrenci hemşirelerde kaygı oluşturduğunu saptamıştır¹⁵. Koç ve Sağlam (2008), öğrencilerin %75.7’sinin son dönemdeki hastanın bakımı için kendilerini yetersiz gördüklerini belirtmiştir¹⁶. Çevik’in (2010) çalışmasında ise hemşirelerin çoğunluğu (%83.3) ölmekte olan hastaya bakım vermekte ve bakım verirken sıklıkla keder (%37.5) yaşamaktadır. Aynı çalışmada, hemşirelerin yarısından fazlası ölmekte olan hastaya bakım vermek istemediklerini ve çoğunluğu ölüm kavramını hasta ve yakınları ile rahat konuşmadıklarını ifade etmişlerdir¹⁷.

Hekim ve hemşirelerin ölümü korkutucu algılamaları hastalara verilen tedavi ve bakım kalitesini olumsuz etkilemektedir. Oysaki, ölümü yaklaşan hastalar için tedavi ve bakım standartlarının belirlenmesi ve takip edilmesi kaliteyi arttırmada önemli katkılar sağlayacaktır¹⁸. Kaliteli tedavi ve bakımın sunulmasında yaşam, ölüm, kayıp ve yas süreçlerinde bireysel duyguların, davranış ve tutumların farkında olunması, ölümü yaklaşan hasta ve ailesi ile etkin iletişim kurularak destek sağlanması önemlidir. Bu nedenle hekim ve hemşirelerin ölüme ilişkin duygularını anlatabilmesi, ölüm süreci ile ilgili bilgisinin olması, ölmekte olan hastanın fiziksel ve psikososyal özellikleri ile hasta ve ailesinin gereksinimlerine farkındalık oluşturması ve desteklemesi gereklidir¹². Beklenen ölüm karşısında aile tepkilerinin anlaşılmasında, ölüm yaklaşırken ve yas sürecinde ailelere yardım etmeye hazır olunmasında hekim ve hemşirelerin yaşam ve ölümle ilgili sorunları ile yüzleşmesi, ölüme karşı kendi duygularının farkında olması önemlidir¹⁹.

Bu çalışma, dahili kliniklerde çalışan hekim ve hemşirelerde ölüm kaygısını belirlemek amacı ile yapılmıştır. Hekim ve hemşirelerdeki ölüm kaygısının yol açacağı tedavi ve bakım sürecindeki problemleri engellemek adına bu araştırmanın yararlı olacağı ve özellikle dahili tıp ve hemşirelik alanında yol gösterici olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca, bu çalışma ile ülkemizde çalışan hekim ve hemşirelerdeki ölüm kaygısını ve ölüm kaygısını hangi faktörlerin etkilediğini ortaya koyabilecek ve ortaya çıkan sonuçlar, sağlık kurumlarının ve farklı araştırma merkezlerinin hekim ve hemşirelerle ilgili ölüm kaygısı çalışmalarına ışık tutabilecektir.

Araştırmanın Amacı

Bu çalışma, dahili kliniklerde çalışan hekim ve hemşirelerde ölüm kaygısının belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın Soruları

1. Araştırmaya katılan hekim ve hemşirelerin ölüm kaygı puanları nasıldır?
2. Araştırmaya katılan hekim ve hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine göre ölüm kaygı puanları nasıldır?
3. Araştırmaya katılan hekim ve hemşirelerin ölüme ilişkin özelliklerine göre ölüm kaygı puanları nasıldır?

GEREÇ ve YÖNTEM

Araştırmanın Türü

Bu araştırma, tanımlayıcı tipte bir araştırmadır.

Araştırma Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Ordu Devlet Hastanesi dahili kliniklerde (dahiliye, göğüs hastalıkları, enfeksiyon hastalıkları, onkoloji, nefroloji, cildiye, nöroloji, kardiyoloji) çalışmakta olan tüm hekim (N=51) ve hemşireler (N=196) oluşturmaktadır. Ancak geçici görevde olma (21 hemşire), raporlu/izinli olma (22 hemşire) ve araştırmaya katılmaya kabul etmeme (4 hekim; 14 hemşire) nedenleri ile çalışmaya 186 kişi (47 hekim ve 139 hemşire) katılmıştır. Araştırmaya katılanların %25.2'sini hekimler, %74.8'ini hemşireler oluşturmuştur. Çalışmaya katılım oranı hekimlerde %92.1, hemşirelerde %70.9'dur.

Veri Toplama Araçları

Veriler, "Kişisel Bilgi Formu" ve "Ölüm Kaygısı Ölçeği (ÖKÖ)" kullanılarak toplanmıştır.

Kişisel Bilgi Formu: İki bölümden oluşan bu form, araştırmacı tarafından literatür taranarak (1-19) ve anlaşılabilirlik ve kapsam geçerliği yönünden İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'ndan üç öğretim üyesinin uzman görüşleri alınarak hazırlanmıştır. Birinci bölümde, hekim ve hemşirelerin tanıtıcı özelliklerini (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, çocuk sayısı, evde birlikte yaşanan kişiler, kurumda görev pozisyonu, çalışma süresi) belirlemeye yönelik sekiz soru yer almıştır. İkinci bölümde ise hekim ve hemşirelerin ölüme ilişkin özelliklerini (çalışılan klinikte ölümle karşılaşılıp karşılaşmadığı, ölümü düşünme sıklığı, daha önce kayıp/yas yaşama, ölümle ilgili düşüncelerini paylaşma, dindarlık düzeyini değerlendirme, ölüme ilişkin hizmet içi eğitim alma) belirlemeye yönelik altı soru yer almıştır. Kişisel Bilgi Formu toplam 14 sorudan oluşmuştur.

Ölüm Kaygısı Ölçeği (ÖKÖ): ÖKÖ, Templer (1970) tarafından geliştirilmiştir²⁰. ÖKÖ, 15 maddelik Evet/Hayır şeklinde yanıtlanan bir ölçektir. Ölçekteki ilk 9 maddeye verilen her bir "evet" yanıtı için "1", "hayır" yanıtı için "0", diğer 6 maddeye verilen her bir "hayır" yanıtı için "1", "evet" yanıtı için "0" puan alınmaktadır. Ölçekten alınacak en düşük puan "0" ve en yüksek puan "15" dir. Toplam puan, ölüm kaygı puanını gösterir ve puan arttıkça ölüm kaygısı düzeyinin arttığı şeklinde yorumlanır. ÖKÖ'nün Türkçe uyarlama, güvenilirlik ve geçerlilik testleri Akça ve Köse (2008) tarafından yapılmıştır²¹. Ölçeğin test-tekrar test güvenilirliği .79 ve Kuder-Richardson formülü ile hesaplanan güvenilirlik katsayısı ise .75 olarak bulunmuştur. Bu bulgular Templer'in (1970) orijinal çalışmasında bulunan .83 ve

.76'lara benzerdir. Bu çalışma için ÖKÖ'nün alfa iç tutarlılık katsayısı .75 olarak bulundu. Ölçek kullanımı için izin alınmıştır.

Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Kişisel Bilgi Formu ve ÖKÖ, Mart - Haziran 2017 tarihleri arasında hekim ve hemşirelere araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak uygulanmıştır. Kişisel Bilgi Formu ve ÖKÖ, hekim ve hemşirelerin çalıştığı klinikte hekim ve hemşire odasında her iki tarafın da uygun bulunduğu bir zaman içerisinde doldurulmuştur. Formlarda hekim ve hemşirelerin isimlerine yer verilmemiş ve formların doldurulması yaklaşık 15 dakika sürmüştür.

Verilerin Analizi

Araştırmadan elde edilen verilerin değerlendirilmesinde, verilerin kodlanması ve istatistiksel analizler için SPSS v25 (Statistical Package for Social Sciences) programı (IBM Inc., Chicago, IL, USA) kullanılmıştır. Verilerin normal dağılıma sahip olma durumu Kolmogorov-Smirnov testi ile grup varyanslarının homojenlik kontrolü Levene testi ile yapılmıştır. Sürekli değişkenler ortalama, standart sapma (minimum-maksimum değerler) ve kategorik değişkenler sayı (yüzde) olarak verilmiştir. Sürekli değişkenler arasındaki farklılığın değerlendirilmesinde, iki grup ortalaması student t testi ile ikiden fazla grup ortalaması tek-yönlü varyans analizi (One-way ANOVA) ile değerlendirilmiştir. Varyans analizi sonrası gerekli olması durumunda farklı ortalamalar Tukey çoklu karşılaştırma testi ile belirlenmiştir. Sonuçlar %95 güven aralığında anlamlılık p<0.05 düzeyinde değerlendirilmiştir.

Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın yapılabilmesi için Sağlık Bilimleri Üniversitesi Trabzon Kanuni Eğitim Araştırma Hastanesi Bilimsel Araştırmalar Kurulu'ndan (No:23618724) etik kurul izni alınmıştır. Ayrıca, Ordu İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği'ne başvuru yapılarak Ordu Devlet Hastanesi Başhekimliği'nden araştırmanın amaç ve kapsamını içeren bilgi formu sunularak yazılı kurum izni alınmıştır. Yine hekim ve hemşirelerden (araştırmaya katılmaya isteklilik, gönüllülük ilkesine özen gösterilerek) sözel onamları alınmıştır. Araştırmada insan olgusunun kullanımında bireysel hakların korunması gerektiğinden Bilgilendirilmiş Onam koşulu yerine getirilmiştir. Araştırma ve yayın sürecinde Helsinki Deklarasyonu Prensiplerine, araştırma ve yayın etiğine uygun hareket edilmiştir.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma Ordu ili devlet hastanesi ile sınırlıdır. Evrenin tamamına ulaşılması hedeflenmiş, ancak hekimlerde evrenin %92.1'ine (N=47), hemşirelerde ise %70.9'una (N=139) ulaşılmıştır. Araştırmadan elde edilen veriler, araştırmaya katılmayı kabul eden hekim ve hemşirelerin bildirimine dayalıdır ve elde edilen sonuçlar örneklem dışına genellenemez. Araştırmadan elde edilen sonuçlar kullanılan ölçüm araçlarının güvenilirlik ve geçerlilik boyutları ve kullanılan istatistiksel yöntemler ile sınırlıdır. Ayrıca, veri toplama araçlarının hekim ve hemşirelerin çalışma saatleri içerisinde uygulanması ve nöbet sistemi ile çalışanlara ulaşmada güçlük yaşanması bu araştırmanın bir diğer sınırlılığıdır.

BULGULAR**Hekim ve Hemşirelerin ÖKÖ Puan Ortalamalarına Ait Bulgular**

Hekimlerin ÖKÖ puan ortalaması 7.21±2.60, hemşirelerin ÖKÖ puan ortalaması 8.42±2.89'dur. Hemşirelerin ÖKÖ puan ortalamaları, hekimlerden anlamlı düzeyde daha yüksektir (p<0.05) (Tablo 1).

Tablo 1. Hekim ve Hemşirelerin ÖKÖ Puan Ortalamaları (n=186)

	n	ÖKÖ X±SS	Med (Min-Maks)
Hekim	47	7.21±2.60	7 (2-12)
Hemşire	139	8.42±2.89	8 (2-15)
Toplam	186	8.11±2.87	8 (2-15)
p= 0.012 (t=-2.539)			

ÖKÖ=Ölüm kaygısı ölçeği

Hekim ve Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre ÖKÖ Puan Ortalamalarına Ait Bulgular

Araştırmaya katılan hekimlerin %80.9'u, hemşirelerin %66.9'u 36-45 yaş arasında; hekimlerin %63.8'i erkek, hemşirelerin %92.8'i kadın; hekimlerin %87.2'si, hemşirelerin %84.2'si evli; hekimlerin %100'ü uzman ve hemşirelerin %43.9'u ön lisans mezunudur. Hekimlerin %76.6'sı hemşirelerin %82'si 1-3 çocuğa sahip; hekimlerin %68.1'i, hemşirelerin %69.8'i eş ve çocukları ile birlikte yaşamakta; hekimlerin %89.4'ü kurumda uzman hekim olarak, hemşirelerin %89.9'u klinik hemşiresi olarak çalışmaktadır. Hekimlerin %42.6'sı 11-15 yıl, hemşirelerin %62.6'sı 16 yıl ve üzeri süredir çalışmaktadır.

Hekimlerin çocuk sayısı ile ÖKÖ puan ortalamaları arasında gruplar arası anlamlı farklılık vardır ve bu farklılık 1-3 ve 4-6 çocuğu olan hekimlerden kaynaklanmaktadır (p<0.05). Yine hekimlerin evde birlikte yaşadığı kişiler ile ÖKÖ puan ortalamaları arasında gruplar arası anlamlı farklılık saptanmış ve bu farklılığın "eş ve çocuklar" ve "anne-baba" ile yaşayan hekimlerle, "anne-baba" ve "geniş aile" ile yaşayan hekimler arasında olduğu belirlenmiştir (p<0.05). Hemşirelerin kurumda çalışma pozisyonlarına göre ÖKÖ puan ortalamaları arasında gruplar arası anlamlı farklılık saptanmış ve klinik sorumlu hemşirelerin ÖKÖ puan ortalamaları klinik hemşirelerden daha yüksek bulunmuştur (p<0.05) (Tablo 2).

Hekimlerin yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, kurumda görev pozisyonu ve çalışma süresi; hemşirelerin yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim düzeyi, çocuk sayısı, evde birlikte yaşadığı kişiler ve çalışma süresi ÖKÖ puan ortalamalarını anlamlı olarak etkilememiştir (p>0.05) (Tablo 2).

Araştırmaya katılan hekimlerin %87.2'si, hemşirelerin %91.4'ü çalıştığı klinikte ölümle karşılaşmakta; hekimlerin %63.8'i, hemşirelerin %59'u ölümü "ara ara" düşünmektedir. Hekimlerin %78.7'si, hemşirelerin %84.2'si daha önce kayıp/yas yaşamış; hekimlerin %63.8'i, hemşirelerin %66.9'u ölümle ilgili düşüncelerini paylaşmakta; hekimlerin %61.7'si, hemşirelerin %79.1'i dindarlık düzeyini "orta" olarak değerlendirmektedir.

Hekimlerin tamamı, hemşirelerin %91.4'ü ölümle ilişkin hizmet içi eğitim almamıştır (Tablo 3).

Hekimlerin dindarlık düzeyini değerlendirmesi ile ÖKÖ puan ortalamaları arasında gruplar arası anlamlı farklılık saptanmış ve bu farklılık "dindarlık düzeyini yüksek değerlendiren" hekimlerle "dindarlık düzeyini düşük değerlendiren" hekimlerden kaynaklanmıştır (p<0.05). Hemşirelerin ÖKÖ puan ortalamaları ölümü düşünme sıklığına göre gruplar arası anlamlı farklılık göstermiş ve bu farklılığın "ölümü sık sık düşünen" hemşirelerle "ölümü hiç düşünmeyen" hemşirelerden kaynaklandığı belirlenmiştir (p<0.05). Yine ölümle ilgili düşüncelerini paylaşan hemşirelerin ÖKÖ puan ortalamaları ölümle ilgili düşüncelerini paylaşmayan hemşirelerin puan ortalamalarından anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (p<0.05). Ayrıca, hemşirelerin ölümle ilişkin hizmet içi eğitim almaları ile ÖKÖ puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık saptanmış ve ölümle ilişkin hizmet içi eğitim almayan hemşirelerin ÖKÖ puan ortalamaları eğitim alan hemşirelerin ÖKÖ puan ortalamalarından daha yüksek bulunmuştur (p<0.05) (Tablo 3).

Hekimlerin "çalışılan klinikte ölümle karşılaşma, ölümü düşünme sıklığı, daha önce kayıp/yas yaşama, ölümle ilgili düşüncelerini paylaşma ve ölümle ilişkin hizmet içi eğitim alma durumları"; hemşirelerin "çalışılan klinikte ölümle karşılaşma, daha önce kayıp/yas yaşama ve dindarlık düzeyini değerlendirme durumları" ÖKÖ puan ortalamalarını anlamlı olarak etkilememiştir (p>0.05) (Tablo 3).

Tablo 2. Hekim ve Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre ÖKÖ Puan Ortalamaları (n=186)

Tanıtıcı Özellikler	Hekim (n=47)			Hemşire (n=139)		
	n (%)	ÖKÖ X±SS	p	n (%)	ÖKÖ X±SS	p
Yaş						
18-35	1 (2.1)	9.00 [#]	0.091	28 (20.2)	8.17±3.12	0.275
36-45	38 (80.9)	7.47±2.63	t=1.729	93 (66.9)	8.30±2.76	F=1.305
46-61	8 (17.0)	5.75±2.12		18 (12.9)	9.44±3.14	
Cinsiyet						
Kadın	17 (36.2)	7.64±2.73	0.395	129 (92.8)	8.51±2.92	0.166
Erkek	30 (63.8)	6.96±2.53	t=0.858	10 (7.2)	7.20±2.34	t=1.391
Medeni durum						
Evli	41 (87.2)	7.29±2.36	0.730	117 (84.2)	8.35±2.72	0.541
Bekar	6 (12.8)	6.66±4.13	t=0.363	22 (15.8)	8.77±3.76	t=-0.613
Eğitim düzeyi						
Lise	-	-	-	9 (6.5)	8.11±3.18	0.502
Ön lisans	-	-	-	61 (43.9)	8.85±2.46	F=0.790
Lisans	-	-	-	59 (42.4)	8.10±3.16	
Lisansüstü/ Uzman	47(100.0)	7.21±2.60		10 (7.2)	8.00±3.52	
Çocuk sayısı						
Yok	8 (17.0)	6.37±3.54 ^{ab}	0.019	19 (13.7)	8.73±3.81	0.854
1-3 çocuk	36 (76.6)	7.69±2.16 ^a	F=4.371	114 (82.0)	8.36±2.76	F=0.158
4-6 çocuk	3 (6.4)	3.66±2.08 ^b		6 (4.3)	8.66±2.50	
Evde birlikte yaşanan kişiler						
Yalnız	5 (10.6)	7.60±3.84 ^{ab}	0.025	12 (8.6)	7.16±3.56	0.234
Eş ile	5 (10.6)	6.60±2.40 ^{ab}	F=3.112	12 (8.6)	8.50±2.46	F=1.410
Eş ve çocuklar	32 (68.1)	7.37±2.22 ^a		97 (69.8)	8.45±2.79	
Anne baba	2 (4.3)	2.00±0.00 ^b		8 (5.8)	10.25±3.61	
Geniş aile	3 (6.4)	9.33±1.52 ^a		10 (7.2)	8.10±2.68	
Kurumda görev pozisyonu						
Uzman hekim	42 (89.4)	7.09±2.66	0.376	-	-	0.040
Klinik sorumlu hekim	5 (10.6)	8.20±1.92	t=-0.895	-	-	t=-2.071
Klinik hemşire	-	-		125 (89.9)	8.25±2.85	
Klinik sorumlu hemşire	-	-		14 (10.1)	9.92±2.92	
Çalışma süresi						
1 yıldan az	-	-	0.471	2 (1.4)	9.00±0.00	0.339
1-5 yıl	1 (2.1)	5.000 [#]	F=0.767	10 (7.2)	6.80±2.97	F=1.144
6-10 yıl	9 (19.1)	8.22±1.48		15 (10.8)	8.80±2.70	
11-15 yıl	20 (42.6)	7.10±3.21		25 (18.0)	8.00±2.61	
16 yıl ve üstü	17 (36.2)	6.94±2.27		87 (62.6)	8.65±3.00	

Tablo 3. Hekim ve Hemşirelerin Ölümle İlişkin Özelliklerine Göre ÖKÖ Puan Ortalamaları (n=186)

Ölümle İlişkin Özellikler	Hekim (n=47)			Hemşire (n=139)		
	n (%)	ÖKÖ X±SS	p	n (%)	ÖKÖ X±SS	p
Çalışılan klinikte ölümle karşılaşma						
Evet	41 (87.2)	7.09±2.64	0.434	127 (91.4)	8.43±2.91	0.910
Hayır	6 (12.8)	8.00±2.36	t=0.790	12 (8.6)	8.33±2.83	(t=0.114)
Ölümü düşünme sıklığı						
Sık sık	10 (21.3)	6.80±2.86	0.220	45 (32.4)	9.11±3.08 ^a	0.048
Ara ara	30 (63.8)	7.66±2.63	F=1.568	82 (59.0)	8.26±2.59 ^{ab}	F=3.095
Hiç düşünmem	7 (14.9)	5.85±1.67		12 (8.6)	6.91±3.65 ^b	
Daha önce kayıp / yas yaşama						
Evet	37 (78.7)	7.13±2.60	0.699	117 (84.2)	8.54±2.95	0.252
Hayır	10 (21.3)	7.50±2.71	t=0.390	22 (15.8)	7.77±2.52	t=0.151
Ölümle ilgili düşüncelerini paylaşma						
Evet	30 (63.8)	7.56±2.62	0.220	93 (66.9)	8.91±2.88	0.004
Hayır	17 (36.2)	6.58±2.52	t=1.245	46 (33.1)	7.43±2.68	t=2.906
Dindarlık düzeyini değerlendirme						
Yüksek	7(14.9)	5.00±2.58 ^b	0.030	11 (7.9)	8.90±3.98	0.423
Orta	29(61.7)	7.27±2.56 ^{ab}	F=3.278	110 (79.1)	8.53±2.73	F=0.940
Düşük	6(12.8)	9.16±1.60 ^a		14 (10.1)	7.64±3.20	
Dindar değil	5(10.6)	7.60±2.074 ^{ab}		4 (2.9)	6.75±2.98	
Ölümle ilişkin hizmet içi eğitim alma						
Evet	-	-	-	12 (8.6)	5.91±3.05	0.001
Hayır	47(100.0)	7.21±2.60		127 (91.4)	8.66±2.78	t=3.241

ÖKÖ=Ölüm kaygısı ölçeği, # istatistik analizlerde dikkate alınmamıştır.

Ortak harfi olmayan ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak önemlidir (p<0.05)

TARTIŞMA

Bu çalışmada, dahili kliniklerde çalışan hekim ve hemşirelerin orta düzeyde ölüm kaygısı yaşadıkları ancak hemşirelerin hekimlerden daha yüksek ölüm kaygısına sahip oldukları belirlenmiştir. Çalışmamıza paralel Dönmez (2012)²² ile Şahin ve ark. (2016)²³ hemşirelerin orta düzeyde ölüm kaygısı yaşadıklarını; Özkırış ve ark. (2011) ise ölümcül hasta ve ölümlerle sık karşılaşan hekimlerde ölüm kaygısının daha düşük olduğunu bulmuşlardır⁹. Yine Hamama-Raz ve ark. da (2000) onkoloji, iç hastalıkları, cerrahi, psikiyatri ve pediatri ünitelerinde çalışan uzman hekimlerle yaptıkları çalışmada, meslekte daha uzun süre çalışan tecrübeli hekimlerde kaygı seviyesini daha düşük saptamışlardır²⁴. Hemşirelerin çalışma ortamında ölümcül hastaya bakım verirken anksiyete yaşadığı, keder ve başarısızlık algısı deneyimlediği belirtilmektedir⁵.

Bu çalışmada, hemşirelerin hekimlerden daha yüksek ölüm kaygısına sahip olmalarının nedeni olarak, hemşirelerin hastaların gittikçe kötüleşen durumlarına daha fazla tanıklık ediyor olmaları ile hekimlerin ölümü hemşirelerden daha gerçekçi kabullenişlerinin olabileceği düşünülmüştür.

Çalışmamızda, çocuk sayısı hekimlerin ölüm kaygısını anlamlı olarak etkilemiş ve 1-3 çocuğu olan hekimlerin ÖKÖ puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur.

Işık çalışmasında, çocuk sahibi olmanın ölüm korkusu ve ölümden kaçınma puanlarını etkilediğini ve çocuk sahibi olmanın bireyin aile duygusal paylaşımlarını arttırdığını ve bu nedenle daha fazla ölüm korkusu yaşadığını ve aynı zamanda ölüm olayı ile başa çıkmada daha başarılı olduğunu ifade etmiştir¹⁴.

Çalışma kapsamındaki hekimlerin ölüm kaygısı, evde birlikte yaşadıkları kişilere göre anlamlı farklılık göstermiş ve geniş ailede yaşayan hekimlerin ölüm kaygısı en yüksek bulunmuştur. Bu durum, hekimlerin sağlıklı ilgili konularda kendilerini ailelerinden daha fazla sorumlu hissetmelerinden ve aile üyelerinin ölümlerine tanıklık edebileceklerini düşünmelerinden kaynaklanmış olabilir. Madnawat ve Kachhawa da (2007) ailesiyle birlikte yaşayanların, yalnız yaşayanlardan daha fazla ölüm kaygısı yaşadıklarını belirtmiştir²⁵.

Çalışmamızda, klinik sorumlusu olarak çalışmak hemşirelerin ölüm kaygısını arttırmıştır. Bu durum, klinik sorumlu hemşirelerinin hasta/hasta yakını ve kuruma karşı kendilerini daha sorumlu hissetmeleri ve ölüm olayında daha fazla kritik sorumluluk alma zorunlulukları ile açıklanabilir. Özkırış ve ark. (2011) ise mesleki unvanlarla ÖKÖ puan ortalaması arasında anlamlı farklılık saptamamıştır⁹.

Çalışmaya katılan hekimlerin dindarlık düzeyi ölüm kaygısını etkilemiştir. Dindarlık düzeyini belirleyen Tanrı'ya sığınmanın ölümü kabullenmede ve ölüm kaygısını yenmede önemli olduğu, inananların ümit kapılarını açık tuttuğu, endişeyi azalttığı, vicdan azabı ve korkuları yatıştırdığı belirtilmektedir¹. Dindarlık düzeyini "düşük" değerlendiren hekimlerin ölüm kaygısı en yüksek bulunmuştur. Ayten, dindarlık düzeyini "zayıf" değerlendirenlerde ölüm kaygısını en yüksek bulmuş, ancak istatistiksel anlamlılık saptamamıştır. Aynı çalışmada dini öğretilerin, dindarlığın

ve alınan eğitimin niteliğinin ölüm kaygısında etkili olduğu belirtilmiştir²⁶.

Çalışmamızda, ölümü "sık sık düşünen" hemşirelerin ölüm kaygısı, ölümü "ara ara düşünen" hemşirelerden yüksektir. Erdoğan ve Özkan (2007), ölümü çok sık düşünenlerin ÖKÖ puan ortalamasını en yüksek, ölümü hiç düşünmeyenlerin ÖKÖ puan ortalamasını en düşük bulmuş ve bu durumu "ölümü çok hatırlamak ölüm kaygısını arttırmaktadır" şeklinde yorumlamıştır²⁷. Çalışmamıza benzer şekilde Önsöz de (2013), kendi ölümünü çok sık düşünenlerin ölüm kaygısı daha yüksek bulunmuş ve hemşirelerin ölüm empatisi yaptığı şeklinde yorumlanmıştır²⁸. Şahin ve ark. (2016) ise hemşirelerin kendi ölümünü "ara sıra" düşünen hemşirelerin ölüm kaygısını, "sık sık" ve "nadiren" düşünenlere göre anlamlı olarak daha yüksek bulmuştur²³. Bu çalışmada, ölümlerle ilgili düşüncelerini paylaşan hemşirelerin ölüm kaygısı, düşüncelerini paylaşmayan hemşirelerden daha yüksektir. Bu durum, ölümlerle ilgili düşüncelerini paylaşmanın hemşireler için daha önce deneyimlenen ve etkili olduğunu gördükleri bir baş etme yöntemi olarak değerlendirmelerinden kaynaklanabilir. Ayrıca, hemşirelerin ölüm kaygısının hekimlerden daha fazla olması, ölümlerle ilgili düşüncelerini daha fazla paylaşmalarına da neden olabilir. Çevik (2010) çalışmasında, ölüm olayıyla karşılaşan hemşirelerin baş etme yöntemi olarak "ölümün doğal olduğunu düşünme, dua etme ve arkadaşları ile konuşma" yöntemlerini kullandıklarını belirlemiştir¹⁷. Yine hemşirelerin kendi ölüm kaygılarının farkında olmalarının ölümü daha rahat konuşmalarına yardımcı olabileceği belirtilmektedir¹³.

Çalışmamızda ölüme ilişkin hizmet içi eğitim almamayan hemşirelerin ölüm kaygısı, eğitim alanlardan daha yüksek bulunmuştur. İnci ve Öz (2009), ölüm eğitimi alan hemşirelerin ölüm kaygısını eğitim sonrasında daha düşük bulmuştur²⁹. Kurz ve Hayes (2006) hemşirelere uyguladıkları planlı bir eğitim programı sonucunda, hemşirelerin ölüme karşı tutumlarının olumlu yönde değiştiğini ve yaşadıkları ölüm kaygısında azalma olduğunu³⁰; Dadfar ve ark. (2016), ölüm eğitimi verilen hemşirelerin ölüm kaygısında azalma olduğunu¹⁸; McClatchey ve King de (2015) ölüm eğitimi alan grupta ölüm kaygısının azaldığını belirtmişlerdir³¹. Yine Lewis ve ark. (2016), yaşam sonu bakım ile ilgili verdikleri simülatif eğitim sonrası hemşirelerin ölüm tutumlarında olumlu etki olduğunu gözlemlemiştir³². Ölüme ilişkin verilen hizmet içi eğitimlerin hemşirelerin ölüme bakışlarını olumlu etkilediği ve kaygı düzeylerini azalttığı düşünülmüştür.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Çalışmamızda hekim ve hemşirelerin orta düzeyde ölüm kaygısına sahip oldukları ancak hemşirelerin ölüm kaygısının hekimlerden daha yüksek olduğu saptanmıştır. Hekim ve hemşirelerin ölüme ilişkin duygularının farkında olmalarını, bu duygularını ifade edebilmelerini ve ölüme ilişkin olumlu tutum geliştirmelerini destekleyecek eğitim programlarının mesleki eğitim sürecinde, kurum oryantasyon aşamasında ve hizmet içi eğitim programlarında verilmesi önerilir. Ayrıca, hekim ve hemşirelere danışmanlık hizmetlerinin verilmesi ve ölüm kaygı düzeylerinin belirli aralıklarla değerlendirilmesi önemlidir. Çalışma sonuçlarının hekim ve

hemşirelerin ölüm kaygısını ve bunu etkileyen faktörlere ilişkin farkındalığı artırabileceği ve yapılacak çalışmalarda bu konunun daha fazla incelenmesinin yeni öneriler geliştirilmesinde yararlı olabileceği düşünülmektedir.

Etik Kurul Onayı: Sağlık Bilimleri Üniversitesi Trabzon Kanuni Eğitim Araştırma Hastanesi Bilimsel Araştırmalar Kurulu'ndan (No:23618724) etik kurul izni alınmıştır.

Çıkar Çatışması: Bildirilmemiştir.

Finansal Destek: Yoktur.

Katılımcı Onamı: Hekim ve hemşirelerden bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

Yazar katkıları:

Araştırma dizaynı: ŞTM, SH, YÖ

Veri toplama: ŞTM, SH

Veri Analizi: ŞTM, SH, YÖ

Makale yazımı: ŞTM, SH, YÖ

Teşekkür

Yazarlar araştırmaya katılmayı kabul eden tüm hekim ve hemşirelere teşekkürlerini sunar.

Ethics Committee Approval: Approval was obtained from the Scientific Research Board of Health Sciences University Trabzon Kanuni Training and Research Hospital (Number: 23618724).

Conflict of Interest: Not reported.

Funding: None.

Author contributions:

Study design: ŞTM, SH, YÖ

Data collection: ŞTM, SH

Data analysis: ŞTM, SH, YÖ

Drafting manuscript: ŞTM, SH, YÖ

Acknowledgement:

We would like to thank all physicians and nurses who approved to participate to the study.

KAYNAKLAR

1. Çınar M. Tanrı'ya bağlanma tarzı ve ölüm kaygısı ilişkisi üzerine bir araştırma. İLTED. 2016;1(45):313-338.
2. Softa HK, Uçukoğlu H, Karaahmetoğlu GU, Esen D. Yaşlılarda ölüm kaygısı düzeyini etkileyen bazı faktörlerin incelenmesi. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi. 2011;(1-2):67-79.
3. Boyd MA. Psychiatric Nursing Contemporary Practice. North American Nursing Diagnosis Association International. NANDA-1 Nursing Diagnoses: Definitions and Classification, Fourth Edition. Philadelphia: Wolters Kluwer Lippincott Williams & Wilkins; 2003.
4. Yıldız M, Bulut BM. Ölüm kaygısı ile kişilik özellikleri arasındaki ilişkiler. Turkish Studies International Periodical for the Languages, Literature and History of Turkish or Turkic. 2017;12/13:659-676.
5. Nia HS, Lehto RH, Ebadi A, Peyrovi H. Death anxiety among nurses and health care professionals: A review article. Int J Community Based Nurs Midwifery. 2016;4(1):2-10.
6. Kızılcı S, Söylemez BA, Uğur Ö, Sezgin D, Küçükgüçlü Ö. İç hastalıkları kliniklerinde çalışan hemşirelerin refakatçiler hakkındaki görüş ve deneyimleri. Anadolu

7. Gürkan A, Babacan GA, Dodak H. Öğrenci hemşirelerin terminal dönem hasta sorunları hakkındaki görüşleri: hemşirelik girişimleri, hasta hakları ve etik sorunlar kapsamında bir inceleme. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi. 2011;4(1):2-12.
8. İnci F, Öz F. Palyatif bakım ve ölüm kaygısı. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2012;4(2):178-187.
9. Özkırış A, Güleç G, Yenilmez Ç, Musmul A, Yanaş M. Hekim tutumları üzerine bir çalışma: ölüm ve ölümcül hastaya yaklaşım. Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi. 2011;24(2):89-100.
10. Işıl Ö, Karaca S. Ölüm yaklaşırken yaşananlar ve söylenecekler: bir gözden geçirme. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi. 2009;2(1):82-89.
11. Thiemann P, Quince T, Benson J, Wood D, Barclay S. Medical students' death anxiety: severity and association with psychological health and attitudes to ward palliative care. J Pain Symptom Manage. 2015;50(3):335-342.
12. Benli SS, Yıldırım A. Hemşirelerde yaşam doyumu ve ölüme karşı tutum arasındaki ilişki. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2017;6(4):167-179.
13. Deffner JM, Bell SK. Nurses' death anxiety, comfort level during communication with patients and families regarding death, and exposure to communication education: a quantitative study. J Nurses Staff Dev. 2005;21(1):19-23.
14. Işık EA. Ölüme karşı tutum ölçeğinin Türk toplumu için geçerlik ve güvenilirliği [Yüksek Lisans Tezi]. İzmir: Ege Üniversitesi; 2008.
15. Cooper J, Barnett M. Aspects of caring for dying patients which cause anxiety to first year student nurses. Int J Palliat Nursing. 2005;11(8):423-430.
16. Koç Z, Sağlam Z. Hemşirelik öğrencilerinin yaşam sonu bakım ve ölüm durumuna ilişkin duygu ve görüşlerinin belirlenmesi. C.Ü Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2008;12(1):14-17.
17. Çevik B. Hemşirelerin ölüme ve ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutumları ve deneyimleri [Yüksek Lisans Tezi]. Ankara: Başkent Üniversitesi; 2010.
18. Dadfar M, Farid AAA, Lester D, Vahih MKA, Birashk B. Effectiveness of death education program by methods of didactic, experiential, and 8A model on the reduction of death distress among nurses. IJMRHS. 2016;5(7):60-71.
19. Ciccarello GP. Strategies to improve end-of-life care in the intensive care unit. Dimens Crit Care Nurs. 2003;22(5):216-222.
20. Templer DI. The construction and validation of death anxiety scale. The Journal of General Psychology. 1970;82(2):165-177.
21. Akca F, Kose A. Adaptation of death anxiety scale (DAS): validity and reliability studies. J Clin Psy. 2008;11(1):7-16.

22. Dönmez ÇF. Nefroloji hemşirelerinin ve diyaliz hastalarının ölüm kavramına ilişkin görüşleri [Yüksek Lisans Tezi]. Mersin: Mersin Üniversitesi; 2012.
23. Şahin M, Demirkıran F, Adana F. Hemşirelerde ölüm kaygısı, ölmekte olan hastaya bakım vermeye ilişkin tutumlar ve etkileyen faktörler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2016;7(3):135-141.
24. Hamama-Raz Y, Solomon Z, Ohry A. Fear of personal death among physicians. *OMEGA*. 2000;41(2):139-149.
25. Madnawat AV, Kachhawa PS. Age, gender, and living circumstances: discriminating older adults on death anxiety. *Death Stud*. 2007;31(8):763-769.
26. Ayten A. Üniversite öğrencilerinde ölüm kaygısı: Türk ve Ürdünlü öğrenciler üzerine karşılaştırmalı bir araştırma. *Din Bilimleri Akademik Araştırma Dergisi*. 2009;9(4):85-108.
27. Erdoğan MY, Özkan M. Farklı dini inanışlardaki bireylerin ölüm kaygıları ile ruhsal belirtiler ve sosyo-demografik değişkenler arasındaki ilişkiler. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2007;4(3):171-179.
28. Önsöz SB. Yoğun bakım hemşirelerinin ölüme karşı tutumları ile ruhsal durumları arasındaki ilişkinin incelenmesi [Yüksek Lisans Tezi]. İzmir: Ege Üniversitesi; 2013.
29. İnci F, Öz F. Ölüm eğitiminin hemşirelerin ölüm kaygısı, ölüme ilişkin depresyon ve ölümcül hastaya tutumlarına etkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2009;10(4):253-260.
30. Kurz J, Hayes E. End of life issues action: impact of education. *Int J Nurse Educ Scholarsh*. 2006;3(18):1-13.
31. McClatchey IS, King S. The impact of death education on fear of death and death anxiety among human services students. *OMEGA-Journal of Death and Dying*. 2015;71(4):343-361.
32. Lewis C, Reid J, McLernon Z, Ingham R, Traynor M. The impact of a simulated intervention on attitudes of undergraduate nursing and medical students to ward end of life care provision. *BMC Palliative Care*. 2016;15(1):2-6.

Araştırma makalesi

Research article

Yaşlı Bireylerin Ağrıya Yönelik Tamamlayıcı ve Alternatif
Tedavi Kullanım Durumu ve TutumuKadriye SAYIN KASAR¹, Eda ÜNAL², Sadet ÇAPACI³, Cemile KÜTMEÇ YILMAZ⁴,
Güler DURU AŞİRET⁵

ÖZ

Amaç: Araştırmanın amacı, yaşlı bireylerin ağrıya yönelik tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerini kullanım durumu ve tutumunu incelemektir.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı bu çalışmanın örneklemini, Kasım 2018-Nisan 2019 tarihlerinde bir eğitim araştırma hastanesinin dahiliye kliniklerinde yatan 178 yaşlı bireyden oluşmaktadır. Veriler "Birey Tanıtım Formu" ve "Tamamlayıcı Tedavileri Kullanmaya Yönelik Tutum Ölçeği (TTTÖ)" ile toplanmıştır.

Bulgular: Yaşlı bireylerin %25.8'i ağrıya yönelik tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemi kullanmaktadır. Kullanılan yöntemler çoğunlukla bitkisel ürünler (%65.2) olmakla birlikte, masaj (%19.6), dua etme (%6.5), aromaterapi (%4.3) ve sıcak uygulama (%4.3) kullanılan diğer yöntemlerdir. Katılımcıların, Tamamlayıcı Tedavileri Kullanmaya Yönelik Tutum Ölçeği puan ortalaması 12.82±7.45'dir. Ölçek toplam puanı ile yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir düzeyi, birlikte yaşadığı kişi, sürekli ilaç kullanımı, ağrı bölgesi ve kullanılan yöntem arasında anlamlı fark bulunmazken ($p>0.05$), ağrısı olan ve ağrısına yönelik tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemi kullananlarda anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$).

Sonuç: Bu çalışmada, ağrısı olan ve herhangi bir tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemi kullanan yaşlıların olumlu tutumları daha yüksek olmasına rağmen, genel olarak tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerine yönelik olumlu tutumları düşük düzeydedir.

Anahtar kelimeler: Ağrı, hemşirelik, tamamlayıcı ve alternatif tedavi, tutum, yaşlı

ABSTRACT

Complementary and Alternative Medicine Use for Pain among Elderly Persons and Their Attitudes

Aim: The aim of the study is to examine the status and attitude of elderly individuals using complementary and alternative medicine methods for pain.

Material and Methods: The sample of this descriptive study consists of 178 elderly individuals hospitalized in internal medicine clinics of a training and research hospital between November 2018-April 2019. Data were collected using the "Individual Information Form" and "Attitudes towards Using Complementary Treatments Scale (ACTS)".

Results: 25.8% of elderly individuals use complementary and alternative medicine for pain. Although the methods used are mostly herbal products (65.2%), massage (19.6%), praying (6.5%), aromatherapy (4.3%) and hot application (4.3%) are other methods used. The mean score of ACTS was determined as 12.82±7.45. While there was no significant difference between the total score of the scale and age, gender, marital status, educational status, employment status, income level, the person with whom he/she lived, continuous drug use, pain area and the method used ($p>0.05$), there was a significant difference in patients with pain and using complementary and alternative treatment methods for their pain ($p<0.05$).

Conclusion: In this study, although the positive attitudes of the elderly who had pain and used any complementary and alternative treatment methods were higher, their positive attitudes towards complementary and alternative treatment methods were generally low.

Keywords: Attitude, complementary and alternative medicine, elderly, nursing, pain

¹Dr. Öğr. Üyesi, Aksaray Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Aksaray, Türkiye, E-mail: kadriye_syn_321@hotmail.com Tel: 0382 2882785, ORCID: 0000-0002-0635-2862

²Arş. Gör., Aksaray Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Aksaray, Türkiye, E-mail: edaun0619@gmail.com, Tel: 0382 2882790, ORCID: https://orcid.org/0000-0002-6644-9850

³Hemşire, Aksaray Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Aksaray, Türkiye, E-mail: sadetcapaci68@gmail.com, Tel: 0382 2882790, ORCID: https://orcid.org/0000-0003-0729-573X

⁴Dr. Öğr. Üyesi, Aksaray Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Aksaray, Türkiye, E-mail: cemilekutmec@yahoo.com, Tel: 0382 2882771, ORCID: https://orcid.org/0000-0003-1827-5187

⁵Doç. Dr., Aksaray Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Aksaray, Türkiye, E-mail: gulerduru@gmail.com, Tel: 0382 2882768, ORCID: https://orcid.org/0000-0002-9635-1539

Geliş Tarihi: 5 Kasım 2019, Kabul Tarihi: 11 Eylül 2020

Atıf/Citation: Sayın Kasar K, Ünal E, Çapacı S, Kütmeç Yılmaz C, Duru Aşiret G. Yaşlı Bireylerin Ağrıya Yönelik Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Kullanım Durumu ve Tutumu. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2020; 7(3):271-277. DOI: 10.31125/hunhemsire.834195

GİRİŞ

Yaşlanma, özellikle sosyal, bilişsel ve psikososyal olmak üzere farklı işlev, kapasite ve olanaklarda gerilemenin ilerlemeye daha ağır bastığı bir dönemdir¹. Yaşlanmayla birlikte birçok sağlık sorunu da beraberinde gelmekte olup², artan sağlık sorunlarından biri de ağrıdır³. Ağrı, çok farklı nitelik ve şiddette ortaya çıkabilen, deneyimlerden etkilenen öznel bir deneyimdir. Bireylerin fiziksel fonksiyonlarını, iyilik durumlarını ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilmektedir^{3,4}.

Yaşlılarda birden fazla nedenle ortaya çıkabilen ağrının sıklığı tam olarak bilinmemekle birlikte, bakım evlerinde yaşayanlarda %45-80 olduğu belirtilmektedir^{5,6}. Bununla birlikte 65 yaş ve üzeri bireylerin %80-85'inin yaşamları boyunca en az bir kez ağrı sorunu yaşadığı ifade edilmektedir³. Ağrı kontrolünde farmakolojik tedavilerin yaygın kullanıldığı bilinmektedir⁷. Ancak bu yöntemler ağrıyı azaltmasına karşın, tüm hastalarda istedik düzeyde ağrı yönetimi sağlayamamaktadır. Bu durum, hem hastalar hem de bakım verenlerin ağrı yönetiminde farklı arayışlara yönelmesine, dolayısıyla da tamamlayıcı ve alternatif tedavi (TAT) yöntemlerinin kullanımının yaygınlaşmasına neden olmaktadır^{8,9}. Tamamlayıcı tıp (complementary medicine), günümüz modern tıpla birlikte, onun etkisini azaltmadan, hastanın durumunu iyileştirmek üzere birlikte kullanılması olarak tanımlanmaktadır. Modern zamanda, değişen toplum ihtiyaçlarına adapte olan tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemleri zamanla bütüncül tıp (integrative medicine) kavramının bir parçası haline gelmiştir^{10,11}.

Tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemleri uygulamaları tüm dünyada giderek artmakta olup, yaşlı bireylerde yapılan çalışmalarda bu oran %27.7-88 arasında değişmektedir¹²⁻¹⁴. Bu yöntemlerin, endorfin salınımını artırarak ağrıyı azalttığı belirtilmektedir¹⁵. Yaşlı yetişkinler ise, ağrıyı azaltma, düşük maliyet, daha etkili tedaviler arama ve yaşam kalitesini iyileştirme gibi çeşitli nedenlerle TAT kullanımını tercih etmektedir^{16,17}. Aynı zamanda bu tedaviler duygusal, çevresel ve ruhsal faktörlerle birlikte optimal sağlık düzeyinin yanı sıra öz bakım ve güçlenmeyi sağlayan bütüncül bir sağlık hizmeti sunmaktadır. Çünkü yaşlı nüfusun çoğunluğu, bitkisel ilaçların doğal kaynaklardan alındığı için güvenli olduğu kanısındadır¹⁶. Bununla birlikte her ne kadar tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerinin zararsız olduğuna inanılsa da¹⁶, yaşla birlikte kronik hastalık sayısının artması, çoklu ilaç kullanımı ve azalmış fonksiyonel rezerv nedeniyle sağlık açısından risk oluşturmaktadır¹⁸. Özellikle, bitkisel ilaçların yanlış kullanılması, bazı bitkisel ilaçların bilinmeyen toksik bileşiklerinin olması nedeniyle ciddi olumsuz etkilere yol açması, reçeteli ilaçların kullanımının aksatılması ve ilaçlarla etkileşim görülmesi gibi riskleri bulunmaktadır^{16,19}. Bu nedenle özellikle yaşlı bireylerin bakımında önemli sorumluluklar üstlenen hemşirelerin, ağrının değerlendirilmesi, kontrolü ve giderilmesine yardımcı olabilmek için hastanın ağrı davranışlarını, ağrıya yönelik uygulama ve tutumunu bilmesi gerekmektedir. Bununla birlikte, yaşlıların TAT kullanım durumu, bu yöntemleri kullanırken kendi ilaçlarına devam edip etmedikleri, bu

yöntemlerden fayda veya zarar görüp görmedikleri değerlendirilmelidir. Aynı zamanda hemşirelerin bakımın sürekliliği ve kalitesi için ekibinin diğer üyeleriyle bu durumu paylaşma ve koordine etme sorumluluğu da bulunmaktadır. Literatürde TAT yöntemlerinin ağrı üzerindeki etkisi ve kullanılan TAT yöntemlerinin belirlenmesine yönelik çalışmalar^{9,12,14,18,19} bulunmasına rağmen, ülkemizde yaşlı bireylerin ağrı yönetiminde kullandıkları TAT uygulamaları ve tutumlarını ele alan yeterli sayıda çalışmaya ulaşılamamıştır.

Araştırmanın Amacı

Bu çalışma, yaşlı bireylerin ağrıya yönelik tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerini kullanma durumu ve tutumunun belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Araştırmanın Soruları

-Yaşlı bireylerin ağrıya yönelik kullandıkları tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemleri nelerdir?

-Yaşlı bireylerin tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerine yönelik tutumları nasıldır?

GEREÇ ve YÖNTEM

Araştırmanın Türü

Bu araştırma, tanımlayıcı tipte bir araştırmadır.

Araştırma Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Kasım 2018-Nisan 2019 tarihleri arasında bir eğitim ve araştırma hastanesinin dahiliye kliniklerine yatan 65 yaş üstü hastalar oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini ise, belirtilen tarihlere hastanenin dahiliye (29 yatak), kardiyoloji (27 yatak), nöroloji (14 yatak) ve göğüs (29 yatak) kliniklerinde farklı hastalıklar nedeniyle yatan, fiziksel ve bilişsel sağlık düzeyleri kullanılan veri toplama formlarını cevaplamaya uygun ve araştırmaya katılmaya istekli olan 178 yaşlı birey oluşturmuştur. Örneklem yöntemi olarak, olasılıksız yöntemlerden gelişigüzel örneklem yöntemi kullanılmış olup, araştırmaya alınma kriterlerine uyan yaşlı bireyler çalışmaya dahil edilmiştir. Araştırmaya katılmaya gönüllü olmayan, bilişsel ve mental düzeyi soruları cevaplamaya uygun olmayan yaşlılar çalışma dışında tutulmuştur.

Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri "Birey Tanıtım Formu" ve "Tamamlayıcı Tedavileri Kullanmaya Yönelik Tutum Ölçeği (TTTÖ)" kullanılarak toplanmıştır.

Birey Tanıtım Formu: Araştırmacılar tarafından literatüre^{2,8,9,16} dayalı olarak hazırlanan anket formu iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde sosyo-demografik ve hastalık bilgilerini içeren (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, ilaç kullanımı, kronik hastalığı, ağrı durumu, ağrı bölgesi vb.) 25 soru bulunmaktadır. İkinci bölümde ise, tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerine yönelik (TAT yöntemi kullanma durumu, kullandığı TAT yöntemi, kullanma nedeni, nasıl kullandığı, bu yöntemi kimden öğrendiği vb.) 10 soru bulunmaktadır.

Tamamlayıcı Tedavileri Kullanmaya Yönelik Tutum Ölçeği (TTTÖ): Ölçek Bilge ve ark. (2018) tarafından geliştirilmiştir²⁰. Ölçek, bireylerin sağlık sorunları yaşadıklarında başvurdukları tamamlayıcı ve modern tedavi yöntemlerine yönelik tutumlarını ölçmektedir. Ölçek, 13

maddeden oluşmakta olup, 4'lü likert tipindedir. Ölçekte bulunan 9. madde ters kodlanmaktadır. 0-3 arasında puanlanan ölçekten alınan en az puan 0, en fazla puan ise 39'dur. Ölçekten alınan yüksek puan tamamlayıcı tedavilere karşı olumlu tutumu göstermektedir²⁰. Orijinal ölçekte Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı tüm ölçek için 0.79 bulunmuştur²⁰. Bu çalışmada ölçeğin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0.73 olarak bulunmuştur.

Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Araştırmanın verileri, araştırmacılar tarafından 08.00-16.00 saatleri arasında hasta odalarında ziyaret edilerek yüz yüze görüşülerek toplanmıştır. Anketler, araştırma kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmaya istekli olan yaşlı bireylere araştırmacılar tarafından sorular okunarak doldurulmuştur. Formların yanıtlanması yaklaşık 10-15 dakika sürmüştür.

Verilerin Analizi

Verilerin değerlendirilmesinde, SPSS (Statistical Package for Social Science for Windows 22.0) paket programı kullanılmıştır. Veri toplama formlarından elde edilen ordinal veriler aritmetik ortalama, standart sapma, minimum, maksimum değerlerle hesaplanmış, nominal veriler ise frekans ve yüzde olarak değerlendirilmiştir. Araştırmada bağımsız değişkenlerin ölçek toplam puan ortalamaları ile karşılaştırılmasında verilerin normal dağılımı incelenmiştir. Normal dağılım göstermeyen verilerde değişkenlerdeki gruplara göre, bağımsız gruplarda Mann-Whitney U ile Kruskal-Wallis testleri kullanılmıştır. Sonuçlar, %95 güven aralığında, p<0.05 anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

Araştırmanın Etik Boyutu

Bu araştırma, Helsinki Deklarasyonu Prensipleri'ne uygun olarak yürütülmüştür. Araştırmanın yürütülebilmesi için bir üniversitenin insan araştırmaları etik kurulundan (Sayı: 2018/209; Tarih: 02.11.2018) etik izni, araştırmanın yapıldığı kurumdan kurum izni (Sayı: 666472688-771; Tarih: 29.11.2018) ve ölçek sahibinden ölçek kullanım izni alınmıştır. Araştırmaya katılan hastalar bilgilendirilerek sözlü onamları alınmıştır.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışmanın sınırlılıkları, çalışmanın örneklemini sadece dahiliye kliniklerinde yatan yaşlı hastalardan oluşması ve tek bir hastanede yapılmış olmasıdır. Bu nedenle, çalışmadan elde edilen bulgular tüm yaşlı bireylere genellenemez.

BULGULAR

Araştırmaya katılan yaşlı bireylerin yaş ortalamaları 71.84±6.32 olup, %66.9'u kadındır. Katılımcıların %73'ü evli ve %42.1'i eşi ile yaşamaktadır. Yaşlı bireylerin ortalama yarısı (%50.6) okur-yazar olmayıp, tamamına yakını da (%96.1) bir işte çalışmamaktadır (Tablo 1).

Tablo 1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımları (n=178)

Değişkenler	Ort ± SS	Min-Maks
Yaş	71.84±6.32	65-95
	n	%
Cinsiyet		
Kadın	119	66.9
Erkek	59	33.1
Medeni Durumu		
Evli	130	73.0
Bekar	48	27.0
Eğitim Durumu		
Okur-yazar değil	90	50.6
Okuryazar/ilkokul	85	47.7
Ortaokul/Lise	3	1.7
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	7	3.9
Çalışmıyor	171	96.1
Gelir Durumu		
Gelir Giderden Az	43	24.2
Gelir Gidere Denk	122	68.5
Gelir Giderden Fazla	13	7.3
Birlikte Yaşadığı Kişi		
Eş ve çocukları	43	24.2
Yalnız	16	9.0
Eş ile	75	42.1
Diğer	44	24.7
Toplam	178	100

Araştırmaya katılan yaşlı bireylerin %81.5'inin sürekli ilaç kullandığı ve %78.1'inin ağrı yaşadığı saptanmıştır. Katılımcıların ortalama 98.13±123.93 gün ağrı yaşadığı bulunmuştur. Yaşlı bireylerin %40.3'ü diz/bacak ağrısı, %17.3'si göğüs, %16.5'i mide/karın ve %15.8'i bel/sırt ağrısı yaşamaktadır. Yaşlı bireylerin %25.8'inin herhangi bir TAT yöntemi kullandığı ve kullanılan yöntemin çoğunlukla bitkisel ürünler (%65.2) olduğu belirlenmiştir. Diğer kullanılan TAT yöntemlerinin ise; masaj (%19.6), dua etme (%6.5), aromaterapi (%4.3) ve sıcak uygulama (%4.3) olduğu saptanmıştır. Bitkisel ürün kullananların ise; ardıç (%23.3), çörek otu (%20), kekik (%16.7), yulaf (%16.7), sarımsak (%13.3), ıhlamur (%6.7) ve ısırgan otu (%3.3) kullandığı belirlenmiştir (Tablo 2).

Tablo 2. Katılımcıların Hastalık, Ağrı ve TAT Yöntemi Özelliklerine Göre Dağılımları (n=178)

Değişkenler	Ort ± SS	Min-Maks
Ağrı süresi (gün) (n=139)	98.13±123.93	1-600
	n	%
Sürekli ilaç kullanımı		
Var	145	81.5
Yok	33	18.5
Ağrı varlığı		
Evet	139	78.1
Hayır	39	21.9
Ağrı bölgesi (n=139 *)		
Diz/bacak	56	40.3
Bel/sırt	22	15.8
El/ayak	5	3.6
Baş	9	6.5
Göğüs	24	17.3
Mide/karın	23	16.5
Ağrıya yönelik ilaç kullanımı		
Var	87	48.9
Yok	91	51.1

Tablo 2. Katılımcıların Hastalık, Ağrı ve TAT Yöntemi Özelliklerine Göre Dağılımları (n=178) (devamı)

Ağrıya yönelik TAT kullanımı		
Evet	46	25.8
Hayır	132	74.2
Kullanılan TAT yöntemi (n=46)		
Bitkisel ürünler	30	65.2
Aromaterapi	2	4.3
Masaj	9	19.6
Dua etmek	3	6.5
Sıcak uygulama	2	4.3
Bitkisel ürün türü (n=30)		
Kekik	5	16.7
Yulaf	5	16.7
Çörek otu	6	20.0
Ihlamur	2	6.7
Ardıç	7	23.3
Sarımsak	4	13.3
Isırgan otu	1	3.3
Kullandığınız yöntemi kimden duyduunuz? (n=46)		
TV/radyo/internet	15	32.6
Eş/dost/akraba/komşu	31	67.4
Kullanılan yöntemin yararı oldu mu?(n=46)		
Evet	30	65.2
Hayır	16	34.8
Kullanılan yöntemin zararı/yan etkisi oldu mu? (n=46)		
Evet	5	10.9
Hayır	41	89.1
Toplam	178	100

Çalışmaya katılan yaşlı bireylerin Tamamlayıcı Tedavileri Kullanmaya Yönelik Tutum Ölçeği puan ortalaması 12.82±7.45'dir (Tablo 3). Ölçekten alınan en düşük puan 2 (min.), en yüksek puan ise 32'dir (maks.).

Tablo 3. Katılımcıların Tamamlayıcı Tedavileri Kullanmaya Yönelik Tutum Ölçeği (TTTÖ) Puan Ortalaması (n=178)

Ölçek	Ort±SS	Min-Maks
TTTÖ Toplam	12.82±7.45	2-32

Yaşlı bireylerin Tamamlayıcı Tedavileri Kullanmaya Yönelik Tutum Ölçeği toplam puanı ile yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir düzeyi, birlikte yaşadığı kişi, sürekli ilaç kullanımı, ağrı bölgesi ve kullanılan yöntem arasında anlamlı fark bulunmamıştır (p>0.05). Bununla birlikte yaşlı bireylerin Tamamlayıcı Tedavileri Kullanmaya Yönelik Tutum Ölçeği toplam puanı ile ağrı varlığı (p=0.029) ve TAT yöntemi kullanımı (p=0.000) arasında anlamlı fark bulunmuştur (Tablo 4). Katılımcılardan ağrısı olanların ve herhangi bir TAT yöntemi kullananların ölçek puan ortalamasının diğer gruplardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir (p=0.029; p=0.000) (Tablo 4).

Tablo 4. Tamamlayıcı Tedavileri Kullanmaya Yönelik Tutum Ölçeği (TTTÖ) Ortalamasının Bazı Özelliklere Göre Karşılaştırılması (n=178)

Değişkenler	n	TTTÖ	
		Ort ± SS	Test değeri
Yaş			
65-79	153	12.54±7.44	z= -1.478*
80 ve üstü	25	14.56±7.39	p= 0.139
Cinsiyet			
Kadın	119	13.31±7.34	z= -1.685*
Erkek	59	11.83±7.63	p= 0.092
Medeni Durumu			
Evli	130	12.90±7.71	z= -0.138*
Bekar	48	12.60±6.76	p= 0.890
Eğitim Durumu			
Okur-yazar değil	90	13.08±7.52	χ ² =0.280**
Okuryazar/İlkokul	85	12.50±7.33	p= 0.869
Ortaokul/Lise	3	14.00±7.45	
Çalışma Durumu			
Çalışıyor	7	14.71±10.65	z= -0.154*
Çalışmıyor	171	12.74±7.32	p= 0.878
Gelir Durumu			
Gelir giderden az	43	12.60±7.81	χ ² = 0.903**
Gelir gidere denk	122	13.09±7.46	p= 0.637
Gelir giderden fazla	13	11.00±6.31	
Birlikte Yaşadığı Kişi			
Eş ve çocukları	43	11.88±8.35	χ ² = 3.424**
Yalnız	16	11.31±6.13	p= 0.331
Eş ile	75	13.17±7.31	
Diğer	44	13.70±7.25	
Sürekli ilaç kullanımı			
Var	145	12.72±7.39	z= -0.238*
Yok	33	13.27±7.79	p= 0.812
Ağrı varlığı			
Evet	139	13.42±7.56	z= -2.189*
Hayır	39	10.69±6.70	p= 0.029
Ağrı bölgesi (n=139 *)			
Diz/bacak	56	14.25±7.74	χ ² = 3.606**
Bel/sırt	22	13.31±7,25	p= 0.607
El/ayak	5	14.40±10.64	
Baş	9	9.44±5.98	
Göğüs	24	12.04±5.94	
Mide/karın	23	14.30±8.77	
Ağrıya yönelik TAT kullanımı			
Evet	46	18.13±7.61	z= -5.318*
Hayır	132	10.97±6.46	p=0.000
Kullanılan TAT yöntemi (n=46)			
Bitkisel ürünler	30	18.58±8.19	z= -3.387*
Aromaterapi	2	14.00±4.24	p= 0.641
Masaj	9	17.44±6.54	
Dua etmek	3	15.33±6.35	
Sıcak uygulama	2	18.58±8.19	

*Mann Whitney-U testi z değeri, **Kruskal Wallis testi Ki-kare değeri
a Sadece ağrı şikayeti bildirenler yanıt verdiği için n azalmıştır.
TAT: tamamlayıcı ve alternatif tedavi

TARTIŞMA

Yaşlı bireylerin ağrıya yönelik tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemi kullanma durumu ve tutumunun belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışmada, araştırmaya katılan yaşlı bireylerin yaş ortalamaları 71.84 ± 6.32 olup, %66.9'u kadındır. Ülkemizde yapılan Dedeli ve Karadakovan'ın (2011) çalışmasında yaş ortalaması 71.7 ± 5.3 ve %75.7'si kadın iken, Erdoğan ve ark. (2017) çalışmasında yaş ortalaması 71.86 ± 6.70 , %61.7'si kadın, Sağkal ve ark. (2013) tarafından yapılan çalışmada yaş ortalaması 67.67 ± 6.65 ve %59'u kadın olup bulgular benzerdir^{2,21,22}. Günümüzde kitle iletişim araçlarına erişimin hızla artması nedeniyle bireyler yaşamlarında karşılaştıkları sorunların çözümünde ilk olarak en kolay ulaştıkları televizyon programlarını kullanmaktadır. Araştırmanın yürütülmesi sürecinde alınan geri bildirimlerde de katılımcılar, TAT yöntemlerini sıklıkla kitle iletişim araçlarından (televizyon) ve yakın çevresinden öğrendiklerini ifade etmektedir. Bu nedenle elde edilen bulgu, araştırma örnekleminin yarısından fazlasının kadın olması (%66.9) ve büyük bir kısmının çalışmamasından dolayı (%96.1) gün içinde evde olması, kitle iletişim araçlarıyla daha çok vakit geçirmeleri ve bu araçlarla yapılan bilgilendirmelerle TAT yöntemlerini daha fazla benimsemeleriyle açıklanabilir.

Çalışmaya katılan yaşlı bireylerin %78.1'i ağrı yaşadığını belirtmektedir. Yaşanan ağrı bölgesi değerlendirildiğinde, katılımcıların yaklaşık yarısında (%40.3) diz/bacak ağrısı yaşamaktadır. Bu konuda Güngörmüş ve Kıyak (2012) tarafından yapılan çalışmada, ağrısı olan ve TAT yöntemi kullanan bireylerin yaşadığı ağrı bölgelerini %42.9'u diz/bacak ve %38'i baş olarak belirtilmektedir⁸. Yaşlılarda sıklıkla eklem, bacaklar ve ayaklarda kronik ağrı görülmektedir. Diğer ağrı bölgelerinden baş, yüz/dental ve karın/mide ağrı sıklıklarının ise orta yaşların son dönemine zirveye ulaştığı belirtilmektedir²³. Çalışma bulgularında diz/bacak ağrısının yaygın olması, yapılmış diğer çalışmalarla benzer bir bulgudur.

Yaşlı bireylerin %25.8'i TAT yöntemi kullanmakta ve kullanılan yöntemlerin çoğunluğunu bitkisel ürünler (%65.2) oluşturmaktadır. Yaşlı bireylerin kullandıkları diğer TAT yöntemleri arasında masaj (%19.6), dua etme (%6.5), aromaterapi (%4.3) ve sıcak uygulama (%4.3) yer almaktadır. Bu konuda ülkemizde Güngörmüş ve Kıyak (2012) tarafından yapılan çalışmada, katılımcıların yaklaşık yarısının (%42.4) ağrıyı gidermek için TAT yöntemi kullandığı bulunmuştur⁸. Dedeli ve Karadakovan (2011) tarafından yapılan çalışmada, yaşlı bireylerin %54.3'ünün herhangi bir TAT yöntemi kullandığı ve bu yöntemlerin %62.1'ini bitkisel ürün ve karışımlarının oluşturduğu belirtilmektedir². Sağkal ve ark. (2013) kırsal kesimde yaşayan yaşlı bireylerin %70.7'sinin bitkisel ürün, %69.3'ünün dini uygulama ve %59.7'sinin beslenme terapisini kullandığını saptamıştır²². Erdoğan ve ark. (2017) tarafından huzurevinde kalan yaşlılarda yapılan çalışmada, yaşlı bireylerin %59.1'inin herhangi bir TAT yöntemi kullandığı, bu yöntemlerin ise bitkisel ürünler (%55.2), dua etme (%33.9), müzik (%18.3), masaj (%9.6) ve kaplıca (%7) tedavisi olduğu

belirtilmektedir²¹. Williamson ve ark. (2003) tarafından yapılan çalışmada yaşlı bireylerin en sık kayropratik (%61.9), bitkisel ürün (%54.8), masaj (%35.7) ve akupunktur (%33.3) yöntemlerini kullandıkları bulunmuştur¹⁶. Kullanılan tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerinin ülkeden ülkeye, kültürden kültüre ve etnik yapıya göre farklılık gösterdiği belirtilmektedir^{21,22}. Çalışma bulguları ve diğer araştırma sonuçlarında en sık bitkisel ürünlerin kullanıldığı görülmektedir. Bu durumun, bitkisel ürünlerin doğal oldukları düşüncesiyle herhangi bir yan etkisinin olmadığına inanılması, uzun süre güvenle kullanılabilmesi düşüncesi, semptomları hafiflettiği inancı, ucuz ve kolay ulaşılabilir olması gibi nedenlerden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Yapılan bu çalışmada sık kullanılan bitkisel ürünlerin; ardıç (%23.3), çörek otu (%20), kekik (%16.7), yulaf (%16.7), sarımsak (%13.3), ıhlamur (%6.7) ve ısırgan otu (%3.3) olduğu belirlenmiştir. Dedeli ve Karadakovan (2011) tarafından yapılan çalışmada yaşlı bireylerin kullandığı bitkisel ürünler arasında ıhlamur (%25.2), adaçayı (%20.3) ve nane-limonun (%22.3) yer aldığı saptanmıştır². Erdoğan ve ark. (2017) çalışmasında ise; en sık kullanılan bitkisel ürünlerin maydanoz (%32.6), sarımsak (%30.9), nane (%27.8), kara üzüm çekirdeği (%20.9), karadut (%20.4), yeşil çay (%20.4), adaçayı (%20.4), ısırgan otu (%18.3) ve keten tohumu (%16.5) olduğu ifade edilmektedir²¹. Tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerinin kullanımı inançlara, dinlere, yaşam tarzına ve belirli coğrafi bölgelerde yetişen bitki türlerine göre kültürler arasında değişiklik göstermektedir²¹. Çalışma bulguları kullanılan bitki farklılıklarının çalışmanın yapıldığı bölge ve kullanım amaçlarındaki farklılıktan kaynaklandığı düşünülmektedir. Bitkisel kaynaklı ürünlerin kullanımı gittikçe yaygınlaşmakla birlikte, bu ürünlerin etkilerinin halk arasında ve medyada "mucize ürün" şeklinde abartılı yansımaları, bitkilerin toplanma, uygun koşullarda saklanma ve kullanımında yapılan yanlış uygulamalar ile tıp eğitimi almamış kişilerce hastaya uygulanması bu yöntemlerin tedavi başarısını etkileyen önemli sorunlardandır^{2,24}. Bu durumun sağlık profesyonelleri tarafından göz önünde bulundurulması ve buna yönelik yaklaşımda bulunulması oldukça önemlidir.

Çalışmaya katılan yaşlı bireylerin ölçek puan ortalaması 12.82 ± 7.45 'dir. Ölçekten alınan en az puanın "0", en fazla puanın "39" ve puan arttıkça tamamlayıcı tedavilere karşı olumlu tutumun arttığı göz önüne alındığında, hastaların tamamlayıcı tedavilere yönelik olumlu tutumlarının düşük düzeyde olduğu söylenebilir. Ancak, ağrısı olan ve herhangi bir TAT yöntemi kullanan yaşlı bireylerin ölçek puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur. Ülkemizde bu alanda, bu ölçekle yapılmış bir çalışmaya ulaşılamamıştır. Ancak farklı çalışmalarda, yaşlı bireylerin kronik hastalığa sahip olma durumu ile TAT kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu belirtilmektedir^{21,25,26}. Jinekolojik kanserli hastaların TAT yöntemi kullanım durumu ve tutumunu belirlemek amacıyla yapılan çalışmada ise, kadınların TAT yöntemlerini kullanım oranlarının düşük olmasına rağmen, daha olumlu tutuma sahip oldukları belirtilmektedir²⁷. TAT yöntemlerinin toplum tarafından kolay ulaşılabilir, düşük maliyetli ve kültürel etkiler nedeniyle yaygın olarak tercih edilmesine rağmen, bireylerin

TAT yöntemlerini kullanımına yönelik tutumlarını inceleyen araştırmalarının yapılması önem arz etmektedir.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Yaşla birlikte birden fazla hastalığın bir arada bulunması, yaşlıların yaşam kalitesini artırma ve kronik hastalıkları kontrol altına alma istekleri onları TAT yöntemlerini kullanma arayışına yönlendirmektedir. Sonuç olarak, yaşlılarda daha fazla TAT kullanımı görülebilmektedir. Bununla birlikte, yaşlı bireylerde kullanılan bazı TAT yöntemlerinin istenmeyen, hatta hayatı tehdit eden ciddi yan etkileri görülebilmektedir. Sağlık profesyonelleri, özellikle hastalarla sürekli temas halinde olan hemşireler, erken evrede bu yan etkilerin tanımlanmasında önemli rol oynamaktadır. Aynı zamanda hemşireler tarafından TAT kullanımını kolaylaştıran veya engelleyen faktörlerin bilinmesi yaşlı nüfusun sağlığını korumada ve güvenliğini sağlamada önemlidir. Bu nedenle, hemşireler yaşlı bireylerin TAT kullanımını değerlendirmeli, kapsamlı ve nitelikli bakım için bu tedavilerin türü, kullanımları, ilaç etkileşimleri ve nedeni hakkında bilgi sahibi olmalıdır. Ek olarak, yaşlıların bu yöntemleri kullanırken, kendi reçeteli ilaç tedavilerine devam edip etmedikleri, ilaç etkileşimi olup olmadığı ve bu yöntemlerden fayda veya zarar görüp görmedikleri de değerlendirilmelidir.

Çalışma sonuçlarının, yaşlı bireylerin ağrıya yönelik kullandıkları TAT yöntemlerini ve tutumlarını göstermesi bakımından önemli olduğu düşünülmektedir. Bölgesel farklılıkları ve çalışma sonuçlarını karşılaştırabilmek için farklı bölgelerde, aynı yaş grubuyla benzer çalışmaların yapılması önerilmektedir.

Etik Kurul Onayı: Aksaray Üniversitesi İnsan Araştırmaları Etik Kurul'undan alınmıştır (Karar no: 2018/209).

Çıkar Çatışması: Bildirilmemiştir.

Finansal Destek: Yoktur.

Katılımcı Onamı: Yaşlı bireylerden bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

Yazar katkıları:

Araştırma dizaynı: KSK, CKY, GDA

Veri toplama: KSK, EÜ, SÇ

Veri analizi: KSK, EÜ, SÇ

Makale yazımı: KSK, CKY, GDA

Teşekkür

Çalışmaya katılan bütün katılımcılara teşekkür ederiz.

Ethics Committee Approval: Approval was obtained from Human Research Ethics Committee of Aksaray University (Decision number: 2018/209).

Conflict of Interest: Not reported.

Funding: None.

Exhibitor Consent: Informed consent was obtained from each participant.

Author contributions:

Study design: KSK, CKY, GDA

Data collection: KSK, EÜ, SÇ

Data analysis: KSK, EÜ, SÇ

Drafting manuscript: KSK, CKY, GDA

Acknowledgement:

We would like to thank all the participants.

KAYNAKLAR

1. Ünal PC. Aktif yaşlanma: Bilişsel ve sosyal boyut. The Journal of Turkish Family Physician. 2012;3(1):13-7.
2. Dedeli Ö, Karadakovan A. Yaşlı bireylerde ilaç kullanımı, tamamlayıcı ve alternatif tedavi uygulamalarının incelenmesi. Spatula DD. 2011;1(1):23-32.
3. Çilingir D, Bulut E. Yaşlı bireylerde ağrıya yaklaşım. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2017;20(2):143-53.
4. Linton SJ, Shaw WS. Impact of psychological factors in the experience of pain. Phys Ther. 2011;91(5):700-11.
5. Chen X, Cheng HG, Huang Y, Liu Z, Luo X. Depression symptoms and chronic pain in the community population in Beijing, China. Psychiatry Res. 2012;200(2):313-17.
6. Bauer U, Pitzer S, Schreier MM, Osterbrink J, Alzner R, Iglseider B. Pain treatment for nursing home residents differs according to cognitive state-a cross-sectional study. BMC Geriatr. 2016;16(1):124.
7. Yılmaz M, Gürlü H. Hastaların ameliyat sonrası yaşadıkları ağrıya yönelik hemşirelik yaklaşımları: Hasta görüşleri. AĞRI 2011;23(2):71-9.
8. Güngörmüş Z, Kıyak E. Ağrı yaşayan bireylerin tamamlayıcı ve alternatif tedaviye ilişkin bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi AĞRI. 2012;24(3):123-9.
9. Bayındır SK, Çürük GN. Türkiye'de ağrıya yönelik tamamlayıcı ve alternatif tıp uygulamaları konusundaki hemşirelik tezlerinin incelenmesi. HEAD. 2015;12(3):162-9.
10. Avcıbay B, Beji NK. İnfertilite tedavisinde tamamlayıcı/alternatif tıp uygulamaları. Androloji Bülteni. 2003;52(1):71-4.
11. National Center of Complementary and Alternative Medicine (NCCIH). Complementary, alternative, or integrative health: What's in a name? [Internet]. 2018 [Erişim Tarihi 17 Mayıs 2020]. Erişim adresi: <https://www.nccih.nih.gov/health/complementary-alternative-or-integrative-health-whats-in-a-name>
12. Cheung C, Wyman J, Halcon L. Use of complementary and alternative therapies in community-dwelling older adults. J Altern Complement Med. 2007;13:997-1006.
13. AARP and NCCAM Survey Report: U.S. National Institute of Health: Department of Health and Human Services, National Institute of Health; 2011. NCCAM. Complementary and alternative medicine: What people aged 50 and older discuss with their health care providers. [Internet]. 2011 [Erişim Tarihi 10 Haziran 2020]. Erişim adresi: <https://assets.aarp.org/rgcenter/health/complementary-alternative-medicine-nccam.pdf>
14. Schnabel K, Binting S, Witt CM, Teut M. Use of complementary and alternative medicine by older adults – a cross-sectional survey. BMC Geriatr. 2014;14:1-9.
15. Sher V. Incorporating complementary alternative methods in the management of chronic pain into a primary care practice in New York [Doctor of Nursing

- Practice (DNP) Project]. Massachusetts: University of Massachusetts Amherst; 2019.
16. Williamson AT, Fletcher PC, Dawson KA. Complementary and alternative medicine. use in an older population. J Gerontol Nurs. 2003;29(5):20-8.
 17. Siddiqui MJ, Min CS, Verma RK, Jamshed SQ. Role of complementary and alternative medicine in geriatric care: A mini review. Pharmacognosy Rev. 2014;8(16):81-7.
 18. Moses G. Complementary and alternative medicine use in the elderly. J. Pharm. Pract. Res. 2005;35(1):63-8.
 19. Taşkın Şayir Ç, Aslan Karaoğlu S, Evcik Toprak D. Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniği'ne başvuran 65 yaş üstü hastalarda polifarmasi ve tamamlayıcı tedavi kullanımlarının değerlendirilmesi. Türk Aile Hek Derg. 2014;18(1):35-41.
 20. Bilge A, Uğuryol M, Dülgerler Ş, Yıldız M. Tamamlayıcı tedavileri kullanmaya yönelik tutum ölçeği'nin geliştirilmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2018;34(2):55-63.
 21. Erdoğan Z, Çil Akıncı A, Emre Yavuz D, Kurtuluş Tosun Z, Atik D. Use of complementary and alternative medicine methods among elderly people living in nursing homes. Kafkas J Med Sci. 2017;7(1):60-6.
 22. Sağkal T, Demiral S, Odabaş H, Altunok E. Kırsal kesimde yaşayan yaşlı bireylerin tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerini kullanma durumları. F.Ü.Sağ.Bil.Tıp Derg. 2013;27(1):19-26.
 23. Öztürk GB, Karan MA. Yaşlıda ağrıya yaklaşım. Akad Geriatri. 1, 2009-01.
 24. Erdem S, Eren PA. Tedavi amacıyla kullanılan bitkiler ve bitkisel ürünlerin yan etkileri. Türk Hijyen ve Deneysel Biyoloji Dergisi. 2009;66(3):133-41.
 25. Ayele AA, Tegegn HG, Haile KT, Belachew SA, Mersha AG, Erku DA. Complementary and alternative medicine use among elderly patients living with chronic diseases in a teaching hospital in Ethiopia. Complement Ther Med. 2017;35:115-9.
 26. Falci L, Shi Z, Greenlee H. Multiple chronic conditions and use of complementary and alternative medicine among US adults: Results from the 2012 National Health Interview Survey. Prev Chronic Dis. 2016;13:150501.
 27. Öztürk R, Şatır DG, Sevil Ü. Jinekolojik kanserli hastaların tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanım durumları ve tutumlarının incelenmesi. Gaziantep Med J. 2016;22(3):141-7.

Derleme makale

Review article

Yaşlı Bakımında Kültürel Yeterlilik Süreci Modelinin Kullanılması

Ayşegül ILGAZ¹

Öz

Günümüzün çok kültürlü dünyasında yaşlı sayısının artması yaşlı bakımında kültürel yetkinliğin önemini ve yaşlı bakım ihtiyacını artırmaktadır. Bu bağlamda yaşlılara yeterli, etkili ve kaliteli bir bakım sunmak için kültür de göz önüne alınmalıdır. Kültürü dikkate alarak bakım veren sağlık profesyonelleri yaşlı bireylerin davranışlarını yönlendiren kültürel nedenleri ve sağlık hizmetine başvurma nedenlerini değerlendirir. Yaşlı bireyin kültürünü anlayamama; yaşlılar ile iletişim bozukluklarına, tedaviye uyumun azalmasına, bakıma katılmama, bakımı reddetme gibi sorunlara ve sağlık bakımında eşitsizliklere neden olabilir. Kültürlerarası hemşireliğin temelini oluşturan "Kültürel Yeterlilik Süreci Modeli" ile bu bakımı sunmak ve sağlık bakımı sonuçlarını iyileştirmek mümkün olabilir. Bu model ile sağlık profesyonelleri yaşlı bireylerin kültürel yapısını değerlendirerek bu yapıya uygun olarak bakım verme yeteneğini geliştirebilir, yaşlıların kültürünü daha iyi anlayabilir, kültürel olarak yeterli bir bakımı sağlayabilir. Modelin kullanımı ile güvenilir bir ilişkinin kurulması, yaşlının bakıma katılması, sağlık sonuçlarında iyileşme ve yaşam kalitesinin artması mümkün olabilir. Bu derlemenin amacı yaşlı bireylerin bakımında Kültürel Yeterlilik Süreci Modelini açıklamaktır.

Anahtar kelimeler: Hemşirelik, kültür, kültürel yeterlilik, kültürlerarası, yaşlı

ABSTRACT

Using Cultural Competence Process Model in Elderly Care

In today's multicultural world, the increase in the number of elderly people increases the importance of cultural competence in elderly care and elderly care needs. In this context, culture should be taken into account in order to provide adequate, effective and quality care for the elderly. Health professionals who care for culture, evaluate the cultural reasons that guide the behavior of the elderly and the reasons for applying to health services. Failure to understand the culture of the elderly person may lead to communication disorders, decreased compliance with treatment, non-attendance of care, rejection of care, inequalities in healthcare. It may be possible to offer care and improve health care outcomes with the "Cultural Competence Process Model", which forms the basis of transcultural nursing. With this model, health professionals can improve the ability to provide care in accordance with this structure by evaluating the cultural structure of elderly individuals, understand the culture of the elderly better, and provide a culturally adequate care. With the use of the model, it may be possible for the elderly to participate in the care, to establish a reliable relationship, to improve health outcomes and to increase quality of life. The purpose of this review is to explain Cultural Competence Process Model in the care of elderly.

Keywords: Cultural competence, culture, elderly, nursing, transcultural

¹ Dr. Öğr. Üyesi, Akdeniz Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Antalya, Türkiye, E-mail: aysegul_ilgaz@hotmail.com, Tel: 02422274400-2971, ORCID: 0000-0003-0640-2820

Geliş Tarihi: 19 Aralık 2019, Kabul Tarihi: 9 Mayıs 2020

*Bu çalışma, 31 Ekim- 01 Kasım 2019 tarihlerinde Bursa'da gerçekleştirilen 2. Uluslararası 5. Ulusal Kültürlerarası Hemşirelik Kongresi'nde poster bildiri olarak sunulmuştur.

Atıf/Citation: Ilgaz A. Yaşlı Bakımında Kültürel Yeterlilik Süreci Modelinin Kullanılması. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2020; 7(3): 278-284. DOI: 10.31125/hunhemsire.834205

GİRİŞ

Sağlık profesyonellerinin demografik değişimler, sağlık bakımında eşitsizlikler ve sağlık bakımında harcamaları azaltmak gibi nedenlerle kültürel yeterlilik becerilerini geliştirmeleri gerekmektedir¹⁻³. Yaşlı nüfus oranı 2018 yılında %8.8 iken 2060 yılında %22.6'ya çıkması beklenmekte olup sağlık bakım profesyonellerinin kronik hastalığı olan ya da engelli yaşlı bireylerle çalışma konusunda uzmanlaşması hedeflenmektedir⁴. Yaşlı nüfus oranı artarken yaşlı bakımı da önem kazanmaktadır.

Yaşlı bakımında, yaşlıların bakıma kendilerinin de katılımının sağlanması ve güvenli bir ortamda olması, sağlığı bütüncül olarak geliştirmeyi hedefleyen multidisipliner iş birliği içinde girişimler yapılması önemlidir^{5,6}. Yaşlılara bakım hizmeti sunarken onların ihtiyaç ve gereksinimlerine, kültürlerine, yaşam biçimlerine, değer ve inançlarına saygı duymak gerekir⁷. Ancak yaşlı bireylerin sağlık hizmetlerine erişim, kaliteli ve kültüre duyarlı bir bakım alması ile sağlık sonuçları konusunda eşitsizlikler vardır⁸⁻⁹. Kültüre duyarlı olmayan bir bakım verilmesi yaşlı bireylerin bakımında etik sorunlar, iletişim bozuklukları, sağlık problemlerinde yanlış tanı ve tedavi, tedaviye uyumun azalması gibi sorunlara yol açabilir. Sağlık kurumları ve eğitim kurumları bireysel ve kurumsal kültürel yetkinliğe odaklanarak sağlıktaki eşitsizlikleri azaltmayı hedeflemektedir. Sağlık profesyonelleri hasta merkezli ve kültürel olarak farklı olan gruplara kültüre duyarlı bir bakım sunmak durumundadır¹⁰.

Türk Dil Kurumu'nun tanımına göre kültür; tarihsel, toplumsal gelişme süreci içinde yaratılan bütün maddi ve manevi değerler ile bu değerleri yaratmada ve sonraki nesillere iletmeye kullanılan, insanın doğal ve toplumsal çevresine egemenliğinin ölçüsünü gösteren araçların bütünü olarak tanımlanmaktadır¹¹. Kültür; bireylerin sağlığı, sağlık bakımını, sağlık sistemlerini nasıl gördüğünü ve değerlendirdiğini etkileyen önemli bir faktördür. Yaşlı bireyin kültürünü anlamayama; yaşlılar ile iletişim problemlerine, memnuniyetsizliklere, tedaviye uyum azalmasına, bakıma katılmama, bakımı reddetme gibi sorunlara ve sağlık bakımında eşitsizliklere yol açabilir^{8,12}. Kültürel olarak yeterli bir bakım sunmak ve yaşlıların sağlık durumunu daha iyi seviyeye getirmek için kültürlerarası hemşireliğin temelini oluşturan "Kültürel Yeterlilik Süreci Modeli" kullanılabilir. Bu model, sağlık profesyonellerinin birey, aile ve topluma kültürel bağlamda etkin bir sağlık hizmeti sunabilmek ve kültürel açıdan daha yeterli hale gelebilmek için sürekli çaba gösterdiği devamlı bir süreç olarak tanımlanmaktadır¹³. Kültürel Yeterlilik Süreci Modeli, yaşlıların sağlık bakımında pratik bir yaklaşım için çerçeve oluşturabilir. Kültürel Yeterlilik Süreci Modeli sağlık profesyonellerinin yaşlıların kültürel değerlerini, inançlarını, gelenek ve göreneklerini değerlendirmede, yaşlının kültürel yapısına uygun olarak bakım verme yeteneğini geliştirmede ve kültürel yetkinliğini artırmada etkili olabilir. Bu model, sağlık profesyonellerinin bakım verdikçe kültürel olarak yeterliliklerinin arttığını varsaymaktadır. Kültürel Yeterlilik

Süreci Modeli; kültürel farkındalık, kültürel bilgi, kültürel beceri, kültürel karşılaşma ve kültürel istek gibi beş yapıdan oluşmaktadır¹⁴. Sağlık profesyonelleri yaşlılara bakım hizmeti sunarken bu modeli kullanarak yaşlıların kültürünü daha iyi değerlendirebilir, anlayabilir ve kültürel bir bakım sunabilir. Böylece yaşlı ile bakım veren hemşire arasındaki ilişkinin güçlenmesi, yaşlının bakım sürecine katılması ve tedaviye uyumun artması mümkün olabilir. Bu durum yaşlının sağlık ve iyilik durumunun iyileşmesi ile yaşam kalitesinin artmasına katkıda bulunabilir.

Amaç

Bu derlemede, yaşlı bireylerin bakımında Kültürel Yeterlilik Süreci Modelini açıklamak amaçlanmıştır.

Yaşlı Bakımı

Dünyada ve Türkiye'de yaşlı nüfusun oranı artmakta, toplumlar yaşlanmaktadır. Genel nüfus içinde yaşlı birey sayısının artmasına bağlı olarak yaşlı bakımı kavramı önem kazanmaktadır. Ülkelere göre 2019 yılı yaşlı oranı incelendiğinde; Japonya'da %28, İtalya'da %23, Portekiz %22.4, Finlandiya'da %22.1, Yunanistan'da %21.9, Almanya'da %21.6 oranında 65 yaş ve üzeri birey yaşamaktadır¹⁵. Türkiye'de yaşlı nüfus oranı 2018 yılında %8.8 olarak belirlenmiş olup 2040 yılında %16.3 ve 2060 yılında %22.6 olacağı tahmin edilmektedir³. Yıllar geçtikçe yaşlı nüfusun artışının devam edeceği öngörülmekte olup bu durum yaşlı bakımının önemini daha çok ön plana çıkarmaktadır¹⁶.

Yaşlı bakımında öncelikli olarak yaşlıların yaşam koşullarını iyileştirmek, yaşadığı ortamları yaşlıların kullanımına uygun ve kolay hale getirmek gerekir¹⁷. Yaşlılara bakım verirken sağlığı korumayı, geliştirmeyi ve daha iyi seviyeye getirmeyi hedefleyen girişimlerin seçilmesi ve uygulanması önemlidir. Sağlığı korumak için işitme ve görmeyi korumak, belirli periyotlarla işitme ve görme kayıplarını değerlendirmek, bağışıklamayı sağlamak, kanserden korumak, yeterli ve dengeli beslenmeyi sağlamak, ağız ve diş sağlığını korumak, düzenli uykuyu, egzersiz yapmasını sağlamak gerekir. Ayrıca yaşlıları düşme ve kazalardan korumak için gerekli önlemler de alınmalıdır^{6,18}.

Yaşlı bireylerin bağımsızlık düzeyinin artırılması, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazandırılması, düzenli aralıklarla kontrollerine gitmesi, tedavi etmekten ziyade koruyucu/önleyici sağlık hizmetlerinin sunulması, hastalıkların erken dönemde tanınması, ilaç ve tedavilerin yan etkilerinin önlenmesi ve gerekli durumlarda destekleyici bakım sağlayarak rehabilitasyonun sağlanması yaşlı bakımında olması gerekenlerdir^{6,16}. Bu tür düzenlemeler ve girişimler yaşlıların yaşam kalitesini artırmaya katkı sağlar. Ayrıca toplumun yaşlılık sürecine ilişkin bilgilendirilmesi, yaşlı ayrımcılığı, ihmal ve istismarın önlenmesi için gerekli önlemlerin alınması önem arz etmektedir¹⁶.

Evde, huzurevinde ya da bakım evlerinde kalan yaşlılara bakım verirken sağlık bakımına kendilerinin de katılımının ve güvenli bir ortamda yaşamasının sağlanması, sağlığı bütüncül olarak geliştirebilecekleri girişimler uygulanması, gerektiği durumlarda sağlık ve sosyal hizmetlere ulaşabilmelerinin ve rehabilitasyon hizmeti alabilmelerinin sağlanması gerekir^{5,6}. Bu durumlarda yaşlılara bakım hizmeti

sunarken onların ihtiyaç ve gereksinimlerine, kültürlerine, yaşam biçimlerine, değerlerine ve inançlarına saygı duymak önemlidir⁷.

Yaşlı Bakımında Kültürel Yeterlilik

Sağlık uygulamalarına başlamadan önce yaşlı bireyi anlayabilmek ve onunla etkili bir iletişim kurabilmek için onun kültürel değer, inanç ve davranışlarını kavramak ve bu değerlere, inançlara göre davranmak gereklidir. Yaşlının kendi bakımı için kararı, otonomisi, hastalığı ile baş etmek için destek gereksinimi, hastalığa ilişkin inancı ve yaşlı birey ile sağlık personeli arasındaki ilişki kültürden kültüre farklılık gösterir⁸. Bu nedenle bilimsel bilgi doğrultusunda ve bütüncül bakış açısı (ruhsal, sosyal, biyolojik, kültürel ve spiritüel açılarından bireyi değerlendiren bakış açısı) ile bireyin kültüründe yapılan sağlık uygulamalarının araştırılması, uygun olması durumunda hemşirelik bakımına dahil edilmesi önemlidir¹⁹. Bu bakımı verirken ne tür bir kültürel bakım uygulanacağına karar verilmelidir. Bireyin kültüründe yer alan ritüel, sembol ve geleneklerin belirlenmesi bakımı planlamada önemli faktörlerdir²⁰.

Sağlık profesyonellerinin yaşlı bakımı yaparken yaşlının kültürünü ve bunu etkileyen faktörleri unutmaması gerekir. Yaşlı bireyin kültürü, erken tanının önemini algılamayı, sağlık bilgisini, sağlık ve hastalığı algılamayı, sağlık davranışlarını, sağlık hizmetlerinden yararlanmayı, hastalığa ve tedaviye ilişkin görüşleri ve kabullenmeyi, sağlık profesyonelleri ile iletişim kurmayı etkiler^{8,11,21}. Yaşlıların kültürleri, değerleri, inançları, gelenek ve görenekleri ile sağlık uygulamaları holistik bakımın önemli bir parçasıdır^{8,22}.

Kültürel çeşitliliği olan toplumlarda sağlık hizmetleri kültürlere özgü sunulmalıdır. Sağlık profesyonellerinin ve bakım alan yaşlıların kültürel farklılıkları, farklı dilleri kullanmaları, sözel/sözel olmayan iletişim yöntemleri ve tedavi seçimindeki farklılıklar sağlık bakımını etkileyebilmektedir⁸. Yaşlılar sağlık ve hastalık kavramlarını kendi kültürel geçmişleri doğrultusunda tanımlamaktadır²³. Bu nedenle yaşlıların kültürel özelliklerini içeren, ihtiyaç duydukları ve hak ettikleri sağlık bakımını alabilmeleri için hemşirelerin çok kültürlü toplumda yaşayan yaşlılarla doğru bir şekilde iletişim kurması, bakımda kültürel yeterliliğin sağlanması açınsından önemlidir.

Kültürel yeterlilik, "bireyin kültürler arası durumlarda etkin bir şekilde çalışmasını sağlayan bir dizi uyumlu davranış, tutum, politika ve yapı"dır²⁴. Aynı zamanda, bireyin değişik etnik kökenler arasındaki farklılıklara karşı farkındalığını artıran akademik, kişilerarası ve klinik uygulama yeteneklerini içeren kazanılmış bir beceridir²⁵. Sağlık profesyonelleri kültürel olarak yetkin oldukları zaman bireyler memnuniyetinin arttığını ve ihtiyaçları doğrultusunda bakım gereksinimlerinin karşılandığını hissetmektedir¹⁰.

Sağlık profesyonelleri yaşlı bireylere kültürel olarak yeterli bir bakım sunabilir. Bunun için yaşlılardan gerekli bilgiler toplanarak yanlış tanı konulmasının engellenmesi, sağlık taramalarına aktif katılımlarının ve medikal tedavi ile periyodik kontrollerine uyumlarının sağlanması gerekir. Hemşirelerin bu bakımı sunması ile tıbbi hataların azalması, sağlıkta eşitsizliklerin giderilmesi, etkili, güvenilir, maliyet

etkili ve nitelikli bir hemşirelik bakımı verilmesi sağlanabilir^{8,12}.

Kültürel Yeterlilik Süreci Modeli ve Yaşlı Bakımında Kullanılması

Kültürel yeterlilik süreci modeli, Josepha Campinha-Bacote'nin 1991 yılında modeli kavramsallaştırması ile oluşmuştur. İlk model oluşturulduğunda kültürel yeterliliğin dört yapısı tanımlanmıştır. Bu yapılar; kültürel farkındalık, kültürel bilgi, kültürel beceri ve kültürel karşılaşmalardır. Ancak 1998 yılında Campinha-Bacote başlangıçta oluşturduğu modelin kültürlerarası sağlık bakımında sınırlı kaldığını, bu modelin kültürel yeterlilik sürecini yeterince tanımlamadığını fark etmiştir. Campinha-Bacote kültürel yeterliliğin; farkındalık, bilgi, beceri ve karşılaşmadan daha fazlası olduğunu hissetmiştir. Bu nedenle modele beşinci bir yapı olarak kültürel istek boyutunu eklemiştir¹³. Bu modeli "Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Kültürel Yeterlilik Süreci" olarak yeniden isimlendirmiştir. Modelin gelişim sürecinde 2002 yılında, kültürel yeterliliği geliştirme isteğinin kültürel yeterlilik sürecinde anahtar rol oynadığı, bu süreci tetikleyen bir yapı olduğu düşünülmüştür. Ancak 2010 yılında, Campinha-Bacote bu modeli ve ölçüm araçlarını kullanarak kanıt temelli araştırmalar yapmaya başlamış, kültürel yeterlilik sürecinde önemli ve anahtar yapının aslında kültürel karşılaşmalar olduğunu keşfetmiştir¹⁴. Bu modelin kullanıldığı çalışmalarda, hemşirelerin kültürel yeterliliklerinin arttığı, kültürel yeterliliği artırmada Kültürel Yeterlilik Süreci Modelinin etkili bir eğitim aracı olduğu belirlenmiştir²⁶⁻²⁸.

Kültürel Yeterlilik Süreci Modeli, sağlık profesyonellerinin hasta/sağlıklı bireye, aile ya da topluma kültürel olarak etkin bir şekilde çalışabildiği ve kültürel beceriyi kazanmak için sürekli çaba gösterdiği bir süreç olarak tanımlanmaktadır¹³. Bu süreç boyunca kültürel olarak yeterlilik kazanma söz konusudur. Bu modelde yer alan kültürel farkındalık, kültürel bilgi, kültürel beceri, kültürel karşılaşmalar ve kültürel istek gibi beş yapıdan herhangi birinin aktif hale gelmesi durumunda kültürel yeterlilik etkilenmekte ve diğer yapılar da bu durum ile güçlenmektedir¹⁴.

Kültürel yeterlilik süreci modelinde, kültürel karşılaşmalar diğer dört yapı üzerinde en büyük etkiye sahip olup süreçte çok önemli bir rol oynamaktadır. Modeldeki kültürel karşılaşma kavramı sürecin merkezini oluşturup anahtar konumdadır. Güncel olan model, birçok kültürel karşılaşmanın arayışı ve deneyimlenmesi ile başlar ve biter. Kültürel farkındalık, kültürel bilgi, kültürel beceri ve kültürel istegi elde edebilmek için sürekli olarak kültürel karşılaşma gereklidir. Bu açıdan bakıldığında; kültürel yeterlilik, sürekli olan kültürel karşılaşmaların içeriğinde sergilenmesi beklenen ve devam eden bir yolculuk olarak görülebilir¹⁴.

Campinha-Bacote'nin¹³ kültürel yeterlilik süreci modelinin kullanılması yaşlıların sağlık bakımında pratik bir yaklaşım için çerçeve oluşturabilir. Bu model, kültürel çeşitliliği olan bireylerin bakım verirken sağlık profesyonellerinin kullanabileceği özelliklere odaklanmaktadır²⁹. Modele göre, hemşirelerin kültürel bilgisinin artırılması, dil yeterliliğinin sağlanmasına ek olarak kendi kültürel bilgi, değerleri ve inançlarının değerlendirilmesi ve bakıma kendi kültürlerini

yansıtılmalarının önlenmesi gerekir²⁷. Aşağıda kültürel yeterlilik sürecinde yer alan beş yapı ve yaşlı bakımının bu yapılar doğrultusunda planlanması için öneriler tartışılmıştır.

Kültürel Farkındalık

Kültürel farkındalık “farklı kültürlerden gelen bireyler hakkında sahip olunan kişisel önyargılar, klişeler ve varsayımların bilinçli bir şekilde incelenmesi ve derinlemesine araştırılması” olarak tanımlanabilir¹⁴. Aslında hemşirenin kendi kültürel ve profesyonel geçmişinin öz yansımasıdır²⁷. Kültürel farkındalığı artırmada amaç, kültürel inanç ve değerlerin bilinçli ya da bilinçaltı düşünceleri nasıl etkilediği ile ilgili farkındalık geliştirmek ve diğer kültürlere karşı oluşan önyargıların oluşmasını engellemektir.

Kültürel farkındalığı artırmak için yaşlıların bireysel değerlerini, önyargılarını araştırmak gerekir. Hemşireler kendi kişisel değerlerini keşfetmeli, bu değerlerin verdikleri bakıma yansıyor yansımadığını sorgulamalı ve yaşlı bireye bakım verirken bu değerlerini ona empoze etmemelidir¹⁴. Hemşirelerin kişisel farkındalıklarını değerlendirmesi sırasında, belirli kültürler hakkındaki inançlara ve bu kişisel inançların yaşlı bakımını nasıl etkileyebileceğine odaklanılmalıdır³⁰.

Çok kültürlü toplumlarda yaşayan yaşlılara en iyi şekilde hizmet edebilmek için sağlık profesyonellerinin kültürel değerlendirme becerilerini geliştirmesi gerekir. Sağlık profesyonelleri kültürel farkındalıklarını geliştirmek için öncelikle kendilerini tanımalı, kültürleri araştırmalı ve bakım verdiği bireylerin kültürünün farkında olmalıdır. Bu farkındalık, bakım veren profesyoneller ile birey arasında güvenilir bir ilişki kurulmasını sağlar, diğer kültürlere karşı önyargı oluşmasını engeller. Kendi kültürünün ve bakım verdiği yaşlının kültürünün ve bunlar arasındaki farklılıkların farkında olan sağlık profesyonelleri bakımda kültürel yeterliliği sağlayabilir, yanlış tanı ve tedaviyi engelleyebilir, sağlıkta eşitsizlikleri azaltabilir²⁹.

Hemşirelerin kültürel farkındalıklarını artırmak için dünyaya ilişkin algıları etkileyen kültürel faktörleri gösteren kolajlar, oyunlar hazırlanabilir ve bu kolajlar, oyunlar hakkında hemşireler tartışabilir³⁰. Örneğin; Çerkez, Arnavut, Laz ya da Alevi kültüründe yaşlılığa bakışı/yaşlılığın anlamını ve ölüm ritüellerini temsil eden resimler/kolajlar hazırlanabilir, sergi düzenlenebilir. Ayrıca farklı kültürlerden gelen hastalara bakım verirken zorluk yaşanan durumların/vakaların paylaşılması, bu vakalar konusunda ne hissedileceği, ne düşünüleceği ve nasıl tepki verileceği gibi konularda farkındalık geliştirme etkinlikleri düzenlenebilir. Kültürlerin tanıtımında o kültürün geleneksel tatilleri ve festivallerini gösteren videolar izlenebilir, özel günlerde kutlama yapılabilir. Farklı kültürlerin özelliklerini sergileyen vaka çalışmaları, rol-oyun ve simülasyonlar yapılabilir. Örneğin; Türkiye’de yaşayan farklı etnik ve dini grupların nevrüz, paskalya, Noel bayramları, aziz Meryem ana ve vaftiz günleri gibi özel günlerinde hemşirelere tanıtım videoları izletilebilir, bu günlerde yaşlılar ile birlikte kutlamalar yapılabilir. Ayrıca farklı kültürden bir yaşlıya bakım veren hemşirenin bakım deneyimlerinin paylaşılması, dini

inanışları ve yaşlılığı temsil eden rol-oyunların yapılması (örneğin yaşlıların değerli olması, yaşlının yanına izinsiz oturulmaması, bir ölüm olduğunda yas tutulması, radyo televizyon açılmaması gibi) gibi etkinlikler düzenlenebilir.

Kültürel Bilgi

Kültürel bilgi; kültürel değerler, sağlıkla ilgili inançlar ve uygulamalar ile hastalık insidansı ve prevalansı hakkında çeşitli kültürel gruplarla ilgili güvenilir/sağlam bir eğitim temelinin araştırmalar yoluyla oluşturulmasını içerir¹³. Yani farklı kültürler hakkında bilgi elde etmek olarak da tanımlanabilir²⁷. Kültürel bilgi süreci, diğer kültürleri ve çeşitli dünya görüşlerini keşfetme sürecidir. Kültürlerin sürekli değiştiği unutulmamalıdır¹⁴.

Kültürel bilgi edinme sürecinde her bireyin eşsiz olduğu, kendi kültürünün özelliklerini yansıtmak zorunda olmadığı bilinmelidir. Bazı davranışlar bazı kültürler ile ilişkili olsa da o kültürde yaşayan tüm bireyler aynı davranış, görüş ve değerlere sahip olmayabilir. Kültürel bilgi edinen sağlık profesyonelleri etnik gruplar arasında hastalık insidansı ve prevalansı arasındaki benzerlik ya da farklılıkları belirleyebilir. Yaşlının erken tanıya, sağlık ve hastalığa bakışı öğrenilerek etkin bir sağlık eğitimi, sağlık taraması yapılması ve tedavinin etkinliğinin artırılması mümkün olabilir^{13,31}.

Kültürel bilgiyi geliştirmek için kültürel terimler ve değerler, kültürel yeterlilik modelleri, sağlık eşitsizlikleri, kurumsal kültürel yeterlilik ve hizmet verilen toplumdaki kültürel grupların derinlemesine araştırılması ve bu kültürleri öğrenme etkinlikleri düzenlenebilir²⁶. Ayrıca hemşireler terminoloji (kültürel terimlere odaklanan öğrenme aktiviteleri) ve kültür tanımlama oyunu (kültürel terimlerin listesi ve tanımları içeren listeler ile eşleştirmelerin yapılması) gibi aktiviteler planlayabilir. Örneğin; Arnavut kültüründe besa terimi (sözünü tutmak, yemin etmek), Alevi kültüründe semah (müzik eşliğinde dini tören), Çerkez kültüründe tlepk (aynı soyadını taşıyan aileler) gibi kültürlerdeki önemli terimler/tanımlar ile kültürlerin eşleştirilmesi yapılabilir. Sağlık eşitsizlikleri ile ilgili makaleler, kitaplar okuyabilir. Hemşireler kültürel değerler etkinliği düzenleyebilir. Bu etkinlikte kültürel değerlerin öğrenilmesi için hemşirelerin daha önce yaşadıkları kültürleri ya da şu an hangi kültürün bireyi olduklarını ve yaşlı bakımında karşılaştıkları zorluklar ile bu durumda nasıl hissettiklerini, ne düşündüklerini yazması ve diğerleri ile paylaşması gerekir. Her hemşirenin diğer arkadaşlarından öğrendiği birkaç kültürel değeri tanımlaması istenerek kültürel değerlerin birlikte öğrenilmesi sağlanabilir.

Kültürel bilgiyi artırmak için hemşireler kültürel danışmanlık alabilir. Çeşitli ülkelerdeki sağlık eşitsizliklerini karşılaştırmak ve değerlendirmek için interneti kullanabilir. Bir kültür hakkında araştırma yapma ve rapor yazarak diğer hemşirelerle tartışma panelleri, sempozyumları düzenleyebilir.

Kültürel bilgiyi artırmak için kültürel yeterlilik modelleri incelenebilir, kitap okuma ve paylaşma etkinlikleri düzenlenebilir. Ayrıca videolar izlenebilir ve seminerler yapılabilir. Yaşlılık dönemi ile ilgili bir rapor hazırlama ve sunma etkinlikleri yapılabilir. Huzurevi, bakım evi, yaşlı

bakım merkezi gibi kurumların kültürel yeterlilikleri değerlendirilebilir^{32,33-36}.

Kültürel Beceri

Kültürel beceri; uygun ve hassas biçimde hasta merkezli sağlık bakımı uygulamak için ve kültürel ve sağlık öyküsü ile ilgili verileri toplamak için uygun kültürlerarası iletişim becerilerini kullanma yeteneğidir²⁶. Diğer bir deyişle bireyin kültürel verileri hassas bir şekilde toplayabilme ve değerlendirmesini yapma becerisidir²⁷. Bu süreç aslında kültürel bir değerlendirmenin nasıl yapılacağına ilişkin becerileri öğrenmeyi içermektedir²⁹. Kültürel becerinin gelişmesi ile yaşlı bireylerin fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden daha doğru bir şekilde değerlendirilmesi, eksiksiz ve doğru veri toplanması ve uygun müdahalelerde bulunulması mümkün olabilir.

Günümüzde demografik değişimler nedeniyle çok kültürlü toplumdaki yaşlı bireylere sağlık bakım hizmeti ulaştırılmalıdır¹⁴. Hemşirelerin kültürel beceriyi artırması için kültürel değerlendirme araçlarını tanıması ve kullanması önemlidir²⁹. Engelli ve yatağa bağımlı yaşlılar ya da diğer yaşlılar ile iletişim kurmaya odaklanan çeşitli eğitim videoları izlenebilir. Kültürlerarası görüşmelerin artması ile kültürel beceri artmış olur. Bunun için yaşlı bireylerle iletişimde empati yaparak, anlama ve dinleme, bakım planını açıklama, hastalığı anladığını ifade etmesini sağlama önemlidir. Ayrıca bu beceriyi geliştirmek için kültürel bir grupla çalışan danışmandan destek alınabilir²⁶.

Kültürel Karşılaşmalar

Kültürel açıdan farklı bir geçmişe sahip bir kişiyle gerçekleşen doğrudan bir etkileşimdir. Aslında her buluşma kültürel bir karşılaşmadır. Bu karşılaşma öz farkındalık gerektirir¹⁴. Çok kültürlü toplumdaki bireylere bakım sunarken yaşanan deneyimlerin her birisi kültürel karşılaşmadır²⁷. Farklı kültürel geçmişlere sahip bireylerle kültürel karşılaşmalar, sağlık profesyonellerini gerçekliği değerlendirmeye ve belirli bir kültürel grup hakkında önceden var olan inançları sorgulamaya teşvik eder. Bu karşılaşmalar, belirli bir kültüre karşı var olan ön yargılar, inançlar ve algıları değiştirmeyi sağlar. Bakımda güvenli bir ilişkinin kurulması, etkin bir sağlık hizmeti sunulması mümkün olabilir. Kültürel karşılaşmaların artması kültürel yeterliliğin geliştirilmesi açısından önemlidir. Ancak sağlık profesyonelleri bir kültürden üç dört kişi ile karşılaşarak o kültürün uzmanı olamayacağını bilmelidir.

Kültürel karşılaşmalar; takdir, merak ve saygı gibi kültürel yetkinliğe uygun tutumlar geliştirmek için fırsatlar yaratabilir. Bunun için makale ya da kitap okuma ve tartışma etkinlikleri, videolar, sunumlar (bir kültürün sunulması), farklı kültürden yaşlılar ile kültürlerarası görüşme etkinlikleri ve geziler ile çeşitli kültürlerarası buluşmalar yapılabilir^{26,29}. Ayrıca yaşlı bireylerin kültürlerindeki özel günlerin akranları ile birlikte kutlanması da kültürel karşılaşmaları sağlayabilir.

Kültürel İstek

Kültürel istek, sağlık profesyonellerinin kültürel açıdan yetkin olma sürecine katılma motivasyonlarıdır²⁶. Aslında kültürel olarak daha yetkin olmayı isteme sürecidir²⁷. Sağlık profesyonellerinin kendi arzularıyla bu sürece dahil olması

demektir. Kültürel istek; araştırmayı, öğrenmeyi, değişik fikirlere açık olmayı, saygı duymayı ve kabul etmeyi kapsar³⁶. Kültürel isteğin olması durumunda, hemşirelerin kültürel çeşitliliğe değer vermesi, farklılıkları kabul etmesi, yaşlı bireylere uygun ve şefkatli sağlık bakımı sunması ve onların ihtiyaçlarını karşılama olasılıkları daha yüksektir²⁶. Bireysel farklılıklara saygı göstermek ve benzer yönleri ortaya koymak önemlidir¹⁴.

Farklı kültürel geçmişe sahip yaşlılara bakım verme isteği; kültürel karşılaşmaları, kültürel bilgileri, kültürel becerileri ve kültürel farkındalığı artırır¹⁴. Hemşireler kültürel yeterliliğin avantajlarına odaklanarak, kültürel olarak yetkin olma isteklerini değerlendirmelidir^{27,32}. Kültürel isteğin artırılması için yaşlı bireylere bakım veren hemşirelerin motivasyonunun, kültürel yeterlilik sürecine dahil olma konusundaki isteklerinin ve bağlılıklarının artırılması gerekir. Yeni bir kültürü deneyimleyince kültürel isteğin artması mümkün olabilir. Bu nedenle kültürel isteği artırmak için diğer kültürleri araştırmak, deneyimlemek için geziler düzenlemek, videolar ve simülasyonlar kullanmak olabilir³⁰. Önyargılı kavramların neler olduğunun belirlenmesi ve bu kavramların ortadan kaldırılması için etkinlikler düzenlenmesi mümkün olabilir²⁷.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Çok kültürlü toplumlarda yaşlı nüfusun artması ile kültürel yetkinliğin ve yaşlı bakımının önemi artmaktadır. Sağlık profesyonellerinin yaşlılara kültürel yeterli bir bakım sunması ile iletişimin güçlenmesi, hastaların takip ve tedaviye uyumunun artması, bakıma ve sağlık kararlarına katılma, nitelikli bir sağlık bakımı alma ile sağlık eşitsizliklerinin azalması mümkün olabilir. Kültürel Yeterlilik Süreci Modeli yaşlılara bu bakımı sunmak için bir çerçeve oluşturmaktadır. Bu model sağlık profesyonellerinin yaşlıların kültürel değerlerini tanımlamasında, kültürel bilgiyi değerlendirmesinde, kültürel isteğin oluşması ile beceri ve farkındalığın artmasında ve kültürel yetkinliğin artmasında etkili olabilir. Bu modeli kullanan hemşirelerin bakım sonuçlarını iyileştirerek yaşlıların yaşam kalitesini yükseltmesi, sağlıkta eşitsizlikleri gidermesi, etkili, güvenilir, maliyet etkili ve nitelikli bir hemşirelik bakımı vermesi mümkün olabilir. Bu nedenle hemşirelerin kültürel yeterlilik konusunda cesaretlendirilmesi, bakım evi, huzurevi, yaşlı bakım merkezi gibi kurumlarda çalışan hemşirelerin kültürel yeterlilik düzeylerinin değerlendirilmesi önemlidir. Kültürel Yeterlilik Süreci Modeline göre, hemşireler farklı kültürlerin özel günleri ve festivallerini yaşlılar ile birlikte kutlayabilir, videolarını izleyebilir, simülasyonlar hazırlayabilir, kültürler ile ilgili kitap ya da makaleler okuyabilir, kültürleri tanıma etkinlikleri, tartışma panelleri, sempozyumlar düzenleyebilir, kültürel danışmanlık alabilir. Ayrıca farklı kültürden yaşlılar ile kültürlerarası görüşme etkinlikleri, geziler düzenleyebilir ve tüm bu bakım deneyimlerini sunulan hizmetlerin geliştirilmesi amacıyla sağlık profesyonelleri ile paylaşabilir.

Çıkar Çatışması: Bildirilmemiştir.

Finansal Destek: Yoktur.

Yazar katkıları:

Araştırma dizaynı: AI

Veri toplama: -

Literatür araştırması: AI

Makale yazımı: AI

Conflict of Interest: Not reported.

Funding: None.

Author contributions:

Study design: AI

Data collection: -

Literature search: AI

Drafting manuscript: AI

KAYNAKLAR

- AHRQ. National healthcare quality and disparities report chartbook on care coordination; Agency for healthcare research and quality: Rockville, MD, USA [Internet]. 2014 [Erişim tarihi 15 Ekim 2019]. Erişim adresi: <https://archive.ahrq.gov/research/findings/nhqdr/nhqdr14/index.html>
- Cengiz Z, Budak F. Use of complementary medicine among people with diabetes in eastern Turkey: A descriptive study. *Complement Ther Clin Pract*. 2019;36:120-4.
- TÜİK. İstatistiklerle yaşlılar [Internet]. 2018 [Erişim tarihi 30 Ağustos 2019]. Erişim adresi: https://hsqm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kronik-hastaliklar-engelli-db/hastaliklar/Yasli_Sagligi/raporlar_istatistikler/TUIK_Yasli_Istatistik_2018.pdf
- TC Sağlık Bakanlığı. Türkiye Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı ve Uygulama Programı 2015-2020. Yayın no : 960 [Internet]. 2015 [Erişim tarihi 30 Ağustos 2019]. Erişim adresi: <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/Sa%C4%9F%C4%B1k%C4%B1%20Ya%C5%9F.%202015-2020%20Pdf.pdf>
- Çavuş F. Yaşlılara yönelik evde bakım hizmetlerinin değerlendirilmesi [Yüksek Lisans tezi]. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2013.
- TC Sağlık Bakanlığı. Yaşlı Sağlığı Modülleri. Yayın no:810 [Internet]. 2011 [Erişim tarihi 10 Eylül 2019]. Erişim adresi: <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/yaslisagligi.pdf>
- Genç Y. Yaşlı bakım hizmetlerinde çağdaş yaklaşım: Kurumsal bakım yerine evde bakım hizmetlerinin güçlendirilmesi. *Journal of Academic Social Sciences*. 2015;3(10):36-57.
- Bayık Temel A. Hemşirelikte kültürel yeterlilik. Esen E, Yazıcı Z, editörler. *Çok Kültürlülük ve Kültürlerarası İletişimin Sağlık Hizmetlerinin Sunumuna Etkileri*. Ankara: Siyasal Kitabevi; 2011.
- Şeker A, Kurt G. Bir sosyal politika alanı olarak yaşlılık ve sosyal hizmet uygulamaları. *Nüfusbilim Dergisi*. 2018;40:7-30.
- Lehman D, Fenza P, Hollinger-Smith L. Diversity & cultural competency in health care settings [Internet]. 2016 [Erişim tarihi 30 Ağustos 2019]. Erişim adresi: <https://www.ecald.com/assets/Resources/Diversity-and-Cultural-Competency.pdf>
- Türk Dil Kurumu. Güncel türkçe sözlük [Internet]. 2019 [Erişim tarihi 25.02.2020]. Erişim adresi: <https://sozluk.gov.tr/?kelime=k%C3%BCl%C3%BCr>
- Başalan İz F, Bayık Temel A. Hemşirelikte kültürel yeterlilik. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*. 2009;5(17):51-8.
- Campinha-Bacote J. The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: A model of care. *J Transcult Nurs*. 2002;13(3):181-4.
- Transcultural CARE Associate. The process of cultural competence in the delivery of healthcare services [Internet]. 2015 [Erişim tarihi 30 Temmuz 2019]. Erişim adresi: <http://transculturalcare.net/the-process-of-cultural-competence-in-the-delivery-of-healthcare-services/>
- United Nations. Department of Economic and Social Affairs. World population ageing [Internet]. 2019 [Erişim tarihi 05 Nisan 2020]. Erişim adresi: <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2019-Highlights.pdf>
- Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı. Türkiye’de yaşlılara yönelik hizmetler, kurumsal yaşlı bakımı ve kurumsal yaşlı bakımında illerin durumu [Internet]. 2018 [Erişim tarihi 12 Eylül 2019]. Erişim adresi: <https://ailevecalisma.gov.tr/media/9323/kitaptuerkiyede-yasli-lara-yonelik-hizmetler-kurumsal-ya%C5%9F%C4%B1-bak%C4%B1m%C4%B1-ve-illerin-durumu2018.pdf>
- Kalinkara V. Yaşlı bireyler için yaşam çevresinin ergonomik tasarımı. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*. 2010;3(1):54-64.
- Yıldırım Kaptanoğlu A. TC. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı. Yaşlı sağlığı [Internet]. 2011 [Erişim tarihi 12 Eylül 2019]. Erişim adresi: https://www.aep.gov.tr/wp-content/uploads/2012/10/05_05_yasli-sagligi.pdf
- Narayananamy A. Transcultural nursing: How do nurses respond to cultural needs? *British Journal of Nursing*. 2003;12:185-94.
- Ray MA. *Transcultural Caring Dynamics in Nursing and Health Care*. USA: FA Davis Company; 2016.
- Wills J. *Community development in public health and primary care*. Sines D, Saunders M and Forbes-Burford J, editors. *Community Health Care Nursing*. 4th ed. United Kingdom: Blackwell Publishing Ltd; 2009.
- Tortumluoğlu G. Transkültürel hemşirelik ve kültürel bakım modeli örnekleri. *CÜ Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2004;8(2):47-57.
- Feinberg I, Greenberg D, Talwar A. *Cultural Competence and health literacy*. Kopera-Frye K, editor. *Health Literacy Among Older Adults*. New York: Springer Publishing Company; 2017.
- Flaskerud JH. Cultural competence: What is it? *Issues in Mental Health Nursing*. 2007;28:121-3.
- Meaney KS, Bohler HR, Kopf K, Hernandez L, Scott LS. *Service-learning and pre-service educators' cultural*

- competence for teaching: An exploratory study. *Journal of Experiential Education*. 2008;31:189-208.
26. Bauer K, Bai Y. Using a model to design activity-based educational experiences to improve cultural competency among graduate students. *Pharmacy (Basel)*. 2018;6(2):48.
 27. Wall-Bassett E, Hegde A, Craft K, Oberlin A. Using campinha-bacote's framework to examine cultural competence from an interdisciplinary international service learning program. *Journal of International Students*. 2018;8(1):274-83.
 28. Gibbs DK, Culletion AL. A project to increase educator cultural competence in mentoring at-risk nursing students. *Teaching and Learning in Nursing*. 2016;11(3):118-25.
 29. Campinha-Bacote J. Delivering patient-centered care in the midst of a cultural conflict: the role of cultural competence. *Online Journal of Issues in Nursing*. 2011;16(2):5.
 30. Ingram R. Using Campinha-Bacote's process of cultural competence model to examine the relationship between health literacy and cultural competence. *J Adv Nurs*. 2012;68(3):695-704.
 31. Blais K, Bollinger N. Teaching older adults and their families. Mauk KL, editor. *Gerontological nursing: Competencies for care*. 3rd ed. USA: Jones&Bartlett Learning; 2013.
 32. Thiagarajan S, Thiagarajan R. *Barnga: A simulation game on cultural clashes*. London: International Press; 2011.
 33. Bauer K, Liou D. Communication with diverse population groups. Bauer K, Liou D and Sokolik C, editors. *Nutrition counseling and education skill development*. 3rd ed. USA: Cengage Learning; 2016.
 34. Chen ML. Ethnic or racial differences revisited: impact of dosage regimen and dosage form on pharmacokinetics and pharmacodynamics. *Clin Pharmacokinet*. 2006;45(10):957-64.
 35. Ohta G. National standards for culturally and linguistically appropriate services (clas) in health and health care. *Hawaii J Med Public Health*. 2015;74(1)12.
 36. Abitz T. Cultural congruence and infusion nursing practice. *Journal of Infusion Nursing*. 2016;39(2):75-9.

Derleme makale Review article

En Önemli Miras Anne Mikrobiyotası



Hatice GÜDÜL ÖZ¹, Hatice BALCI YANGIN²

ÖZ

İnsan vücudunda yaşayan mikroorganizmalar veya mikrobiyota tarafından sağlanan gen paketi, insan mikrobiyomu olarak bilinmektedir. Tehlikeli işgalciler olarak düşünülen mikroorganizmaların, temel insan süreçlerinde kritik işlevler sağladığı ve steril kabul edilen birçok vücut sıvısı ve anatomik bölgelerde non-patojen mikroorganizmaların olduğu saptanmıştır. Mikrobiyotaların kolonizasyonu, intrauterin dönemden başlayıp özellikle üç yaşa kadar çeşitliliğini artırarak devam eden bir süreçtir. Bu yüzden intrauterin dönemden itibaren mikrobiyotanın kolonileşmesini etkileyen faktörlerin bilinmesi önemlidir. Bu faktörlerden biri maternal vajinadır. Bozulmuş maternal vaginal mikrobiyota gebelik komplikasyonlarına ve erken doğuma neden olabilmektedir. Ayrıca doğum şeklinin de fetüste mikrobiyota gelişimi üzerinde önemli etkisi vardır. Gebelik ve doğum anında mikrobiyota geçişi, doğum sonrası emzirme ile devam etmektedir. Gebelik, doğum ve emzirmenin mikrobiyota üzerine etkisinin bilinmesi ve bu süreçlerde sağlıklı mikrobiyota oluşumunu olumsuz etkileyen faktörler konusunda sağlık profesyonellerinin ve anne adaylarının farkındalığının artırılması gerekmektedir. Bu derleme, gebelik süreci, doğum şekli ve anne sütünün, genel sağlık düzeyi üzerine önemli etkileri olan mikrobiyota ekosisteminin oluşumu ve gelişimindeki rollerinin güncel literatür eşliğinde değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

Anahtar kelimeler: Anne sütü, doğum, gebelik, mikrobiyota

ABSTRACT

Most Important Heritage Mother Microbiota

The microorganisms in the human body or the gene pack provided by the microbiota are known as human microbiome. Microorganisms considered as dangerous occupants provide critical functions in basic human processes and non-pathogenic microorganisms were found in many body fluids and anatomical regions which were considered sterile. The colonization of microbiota is an ongoing process starting from intrauterine period, increasing its diversity especially up to the first three years. Therefore, it is important to know the factors affecting the colonization of microbiota from intrauterine period. One of these factors is maternal vagina. The impaired maternal vaginal microbiota can cause pregnancy complications and preterm labor. Transition to microbiota during pregnancy and birth continues with postpartum breastfeeding.

It is necessary to know the effect of pregnancy, birth and breastfeeding on microbiota and to increase the awareness of health professionals and expectant mothers about the factors that negatively affect the formation of healthy microbiota in these processes. This review was carried out to evaluate the role of pregnancy process, type of delivery and breastmilk in the formation and development of microbiology ecosystem which have important effects on general health level in the light of current literature.

Keywords: Birth, breast milk, microbiota, pregnancy

¹Araş. Gör. Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Antalya, Türkiye, E-mail: haticegudul@gmail.com, Tel: 0507 510 48 83, ORCID: 0000-0001-7300-5126

²Doç. Dr. Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Antalya, Türkiye, E-mail: bhatice@akdeniz.edu.tr, Tel: 0505 819 56 07 ORCID-ID: 0000-0002-2827-1481

Geliş Tarihi: 27 Nisan 2019, Kabul Tarihi: 9 Mayıs 2020

Atıf/Citation: GÜDÜL ÖZ H, BALCI YANGIN H. En Önemli Miras Anne Mikrobiyotası. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2020; 7(3):285-291.

DOI: 10.31125/hunhemsire.834219

GİRİŞ

İnsan vücudunun tüm anatomik bölgelerinde yaşayan mikroorganizmaların tamamına “mikrobiyota” mikroorganizmaların taşıdıkları genoma “mikrobiyom” adı verilmektedir. Mikrobiyom, konakçı ve çevresi ile mutualist bir ilişki içerisinde olan ve yerine getirdikleri görevler ile bir çeşit metabolik ‘organ’ görevini üstlenen karmaşık bir mikrobik topluluktur¹. Bu topluluktaki mikroorganizmaların sayısı ve filogenetik ilişkilerini belirlemek için yapılan ilk denemeler, iyi korunmuş 16S rRNA analizi şeklinde olmuştur. İnsan mikrobiyom ile ilgili bilgilerin çoğu 16S rRNA teknolojisi kullanarak yapılan kültür tabanlı yaklaşımlardan ortaya çıkmıştır. Yakın zamana kadar mikrobiyotaların insan vücuduna zararlı olduğu düşünülmekteydi. Ancak yapılan araştırmalarla, mikrobiyotaların mukozal bariyer direncini artırarak dokuları patojenlerden koruduğu ortaya çıkarılmıştır^{2,3}. İnsan vücudunun en az kendi hücre sayısı kadar mikrobiyal hücre içerdiği, mikrobiyal genlerin ise sayıca insan genlerinden fazla olduğu tahmin edilmektedir⁴. İnsan mikrobiyomunu oluşturan mikrobiyal topluluklar; cilt, kulaklar, üreme sistemi, boşluk ve organların mukoz membranları ve gastrointestinal sistem dahil olmak üzere vücudun her yerinde bulunmaktadır. Yapılan çalışmalarda özellikle deri, gastrointestinal mukoza, ağız ve vajinanın mikrobiyota yönünden zengin olduğu belirlenmiştir²⁻⁴. İntestinal mikrobiyota, Bacteroides ve Firmicutes adı verilen anaerob bakterilerden oluşmakta ve beslenme, metabolik, nörolojik ve fizyolojik işlevlerde görev almaktadır. Günümüzde diyabet, astım, alerjik hastalıklar⁵, obezite, gastrointestinal sistem hastalıkları ve ateroskleroz gibi birçok hastalığın intestinal mikrobiyota ile ilişkisi olduğu bulunmuştur^{6,7}. Gastrointestinal sistem, mikroorganizmalar için geniş yüzey alanına sahip olması ve zengin besin öğeleri içermesi nedeniyle kolonizasyon için en uygun ortamı sunmaktadır. Gastrointestinal sistem vücudumuzda bulunan mikroorganizmaların %70’ini barındırmaktadır⁸. Literatürde hastalıklarla ilişkili mikroorganizma türleri ve gelişebilecek hastalıklara yönelik çok sayıda çalışma yapılmıştır⁹⁻²². Mikrobiyota, ilişkili mikroorganizmalar ve gelişebilecek hastalıklar Tablo 1’de sunulmuştur.

Mikrobiyotanın yaşam boyunca intrauterin dönemden itibaren, bebeklik, çocukluk, yetişkinlik ve yaşlılığa kadar değiştiği düşünülmektedir²³. Mikrobiyota kilo alımı, bağışıklık, diyet ve hormonal değişikliklerden etkilenir. Ancak gebeliğin ilk gününden erişkinliğe kadar birçok sistemi etkileyen mikrobiyota üzerinde en belirleyici role sahip faktörün ‘anne’ ile ilgili olduğu gösterilmiştir^{24,25}.

Amaç

Bu derleme fetüsün mikrobiyota ile ilk maruziyeti ve gebelik süreci, intrapartum süreç ve anne sütünün mikrobiyota oluşumu üzerine etkisine genel bir bakış sunmayı amaçlamaktadır.

Gebelik Süreci ve Mikrobiyota

Sağlıklı bir mikrobiyomun oluşumu, doğumdan önce başlamakta ve temel olarak yaşamın ilk üç yılı içinde şekillenmektedir. Yaşlılık dönemine kadar büyük ölçüde sabit kalan mikrobiyotalar yaşlılık ile birlikte azalmaktadır²⁶. Yaşamın ilk zamanından itibaren gelecekteki sağlığın önemli

belirleyicisi olan mikrobiyota, intrauterin yaşamda basit bir mikroorganizma yapısı içerisindeyken, yetişkinlik dönemiyle birlikte büyük bir ekosisteme dönüşmektedir⁴.

Fetüsün steril bir ortamda olduğu düşüncesi uzun zamandır kabul görmesine rağmen, yapılan araştırmalar hem plasenta hem de mekonyumda mikrobiyomaların olduğunu açığa çıkarmıştır^{2,27,28}. Mikrobiyal popülasyonları karakterize eden bir çalışmada, mekonyum mikrobiyotasının, plasenta ve amniyotik sıvının mikrobiyotasına sahip olduğu ve fetal gelişim sırasında bağırsak kolonizasyonu için ilk aşılamanın plasenta ve amniyon sıvısından kaynaklandığını göstermiştir⁵. Aagaard ve ark. (2014), oral florada bulunan bakterilerle plasentada saptananlar arasında benzerlik olduğunu belirlemiştir²⁹. Bunun yanısıra maternal vajinal mikrobiyom, konakçı sistem metabolizması ve bağışıklık üzerinde derin bir etkiye sahip olan yenidoğanın bağırsak mikrobiyomu için önemli bir öncü bakteri kaynağıdır³⁰.

Ürogenital bölge, toplam insan mikrobiyomunun %9’unu oluşturmaktadır³¹. Gebelikteki vajinal mikrobiyom hem anne hem de yenidoğan sağlığı açısından önemli bir rol oynar^{32,33}. Gebelikte, vajinanın bakteri kolonizasyon yapısında, çoğunlukla *L. Crispatus*, *L. Jensenii* ve *Lactobasil türlerinin* baskın olduğu bir ortam bulunmaktadır. Bu vajinal mikrobiyom, patojen bakterilerin büyümesini engellemekte ve laktik asit gibi metaboliklerin üretilmesiyle vajen pH’sını 6’nın altında tutmaktadır¹⁷. Vajinal mikrobiyomun disbiyozu, gebelik komplikasyonlarıyla, özellikle de erken doğum riskindeki artış ile ilişkilidir^{28,32-35}. *Laktobasil türlerinin* hakim olduğu normal asidik ortam, *Gardnerella vaginalis*, *Moliluncus* gibi bakteri çeşitliliğindeki artış *Laktobasillerin* etkinliğini inhibe etmekte, erken doğum ve koriyoamniyotik riski ile bağlantılı olan bakteriyel vajinozis (BV) gelişmesine neden olmaktadır. Gebe olmayan kadınlarda %15-30 arasında görülen BV, gebelerde yaklaşık %50 oranında görülebilen bir durumdur^{33,36}. Hyman ve ark. (2014) tarafından yapılan bir araştırmada; etnik kökenin, gebelikte vajinal mikrobiyal bileşimin spesifik yönlerinin önemli bir belirleyicisi olabileceği gösterilmiştir. Preterm doğumla ilişkili mikrobiyal taksonların (özellikle *Prevotella spp.* ve *Sneathia spp.*) Siyah Kuzey Amerikalı kadınların mikrobiyomlarında, Beyaz Kuzey Amerikalı kadınlara göre daha yaygın olduğu belirlenmiştir¹¹. Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar (CYBE), pelvik inflamatuvar hastalık, endometrit, vajinal duş, sigara, immün sistem toleransı ve kronik hastalıklar; BV gelişiminde etkilidir^{33,36-38}. BV gebelik döneminde; preterm eylem ve spontan düşük riskini artırırken, prekonsepsiyonel dönemde gebe kalabilme oranını düşürmektedir³⁸. BV ile infertilite arasındaki ilişkiyi araştıran bir meta-analizde, infertil kadınların BV prevalansının %19 olduğu bildirilmiştir³⁹. IVF tedavisi alan 130 kadınının %28’nin anormal vajinal mikrobiyotaya sahip olduğu bulunmuştur⁴⁰. Deney grubunu kadın faktör infertilite tanısı alan 874 kadın, kontrol grubunu 382 asemptomatik fertil kadının oluşturduğu bir randomize kontrollü çalışmada; deney grubunda BV görülme oranının %45.5 kontrol grubunda ise %15.4 olduğu saptanmıştır⁴¹.

Intrapartum Süreç ve Mikrobiyota

Fetüsün mikrobiyomalar ile karşılaştığı ikinci aşama doğum anıdır. 2010’lu yılların başından itibaren yaşamın

Tablo 1. Hastalıklarla İlişkili Mikroorganizma Türleri ve Gelişebilecek Hastalıklar

Mikrobiyata Yerleşim Yeri	Hastalıklarla İlişkili Mikroorganizmalar	Gelişebilecek Hastalıklar
Deri ^{9,10}	<i>Actinobacteria (Propionibacterium, Corynebacterium), Firmicutes (Staphylococcus spp.), Proteobacteria, Bacteroidetes, S. Aureus,</i>	Egzema, Alerji, Atopik dermatit, Akne, Sedef hastalığı
	<i>Mycobacterium</i>	Cüzzam
Ağız, Burun Boğaz ¹¹⁻¹³	<i>Tropheryma, Burkholderia multivorans, Proteobacteria (özellikle Haemophilus spp.)</i>	Grip, Nezle, Akut otitis media, Sinüzit gibi üst solunum yolu enfeksiyonları, Astım, Pnömoni, Bronşit gibi alt solunum yolu enfeksiyonları, Astım
Gastrointestinal Sistem	<i>Firmicutes, Bacteroidetes, Actinobacteria, Proteobacteria, Verrucomicrobia, Cyanobacteria, Fusobacteria, Spirochaetes TM7.</i>	Romatoit artrit, Ateroskleroz, Hipertansiyon, Metabolik sendrom, Karaciğer hastalıkları Crohn hastalığı ¹⁴
	<i>Firmicutes/Bacteroidete</i>	Kolorektal kanser ^{15,16}
	<i>Bacteroides, Proteobacteria</i>	Diyare ^{15,16}
	<i>Lactobacillus reuteri</i>	Obezite ¹⁷
	<i>Aggregatibacter actinomycetemcomitans, Pseudoramibacter alactolyticus</i>	Diyabet ^{15,18}
	<i>Corynebacterium ve Klebsiella</i>	Kronik peridontitis ^{11,19}
Ürogenital Bölgeler	<i>Firmicutes (Lactobacillus; L. crispatus, L. iners, L. jensenii, ve L. gasserii.) Prevotella species</i>	Preterm doğum eylemi İnfertilite ^{5,6,11}
	<i>Gardnerella vaginalis, Prevotella spp.</i>	Bakteriyel vajinozis
Nörolojik Sistem	<i>Escherichia coli, Bacteroides fragilis, Sutterella Lactobacillus, Rikenellaceae, Enterobacteraceae</i>	Otizm, Depresyon, Alzheimer, Parkinson, Anksiyete, Şizofreni ²⁰⁻²²

başlangıcıyla birlikte birçok hastalıkla (astım, obezite, alerji vb.) ciddi ilişkisi bulunan mikrobiyotaların çeşitliliğini ve kolonizasyonunu etkileyen önemli faktörlerden birinin de doğum şekli olduğu düşünülmektedir⁴²⁻⁴⁵. Fetüs doğum kanalından geçerken, yoğun şekilde kolonize olmuş çeşitli mikroorganizmaların oluşturduğu ekosisteme maruz kalmaktadır^{2,7,27,28}. Yapılan çalışmalarda vajinal olarak doğan bebeğin öncü florasının sezaryan ile doğan bebekten belirgin bir şekilde farklı olduğu belirtilmektedir. Fetüs, vajinal doğum (VD) sırasında vajinal ve gut mikrobiyatasına maruz kalırken, sezaryan (CS) ile doğum sırasında maternal deri mikrobiyatasına maruz kalmaktadır^{2,28,45}. CS ile doğum VD ile karşılaştırıldığında anne mikrobiyatasına daha az benzeyen bir bağırsak mikrobiyomu ile sonuçlanmaktadır ve ameliyat odasındaki deri ve oral mikroorganizmaları ve bakterileri içerme olasılığı daha yüksektir⁴⁶. CS ile doğan bebekler, yaşamı boyunca obezite, egzema, çölyak hastalığı, alerji ve astım gibi kronik hastalıklara daha yatkındır^{23,24,43-45}. Dominguez-Bello ve ark. (2016)'nın 18 anne/yenidoğan ile yaptığı çalışmada, yenidoğanlar; VD ile doğan, CS ile doğan ve doğumdan hemen sonra anne vajinal sıvısına maruz bırakılan CS ile doğan yenidoğanlar olmak üzere üç gruba ayrılmış ve anne ve yenidoğanların mikrobiyomları karşılaştırılmıştır. Doğumdan iki dakika sonra, son grupta yer alan yenidoğanların ağız, yüz ve vücutları, annelerinin vajinasında bir saat boyunca kuluçkada bırakılmış gazlı bezle silinmiştir. Anne vajinal sıvısına maruz bırakılan CS ile doğan yenidoğanların bağırsak, ağız ve cilt mikrobiyomlarının, CS ile doğan yenidoğanlar ile karşılaştırıldığında VD ile doğan yenidoğanların mikrobiyomlarına daha benzer olduğu belirlenmiştir⁴⁵. CS ile doğan bebeklerde laktobasillerin daha düşük oranda saptanması, yenidoğan bağırsak laktobasil kaynağının anal mikrobiyatadan ziyade maternal vajinal mikrobiyata ile oluşabileceğini göstermektedir^{41,47}. CS ile doğumun yenidoğan mikrobiyom oluşması üzerine bir başka etkisi de, CS ile doğum yapan kadınların antibiyotiklere erken maruz kalmasıdır. CS ile doğum yapacak kadınların çoğunluğuna ameliyat sonrası enfeksiyon riskini azaltmak amacıyla intrapartum dönemde antibiyotik verilmektedir. Bu güçlü intravenöz antibiyotikler, plasenta yoluyla fetüse hızlı bir şekilde iletilmekte ve doğum anında hem anne hem de yenidoğanın aktif dolaşımında olan antibiyotikler mikrobiyota transferi üzerine olumsuz etkiler meydana getirmektedir^{43,48}. Ayrıca, vajinal olarak doğmuş yenidoğanlarla karşılaştırıldığında, CS ile doğmuş yenidoğanların hastaneden taburcu edilmeden önce emzirmeye başlama olasılığı daha düşüktür⁴⁹ ve emzirme güçlüğü yaşama olasılığı daha yüksektir⁴⁵. Yenidoğan mikrobiyatası, yetişkinlere göre daha az sayıda mikrobiyata türüne sahipken daha fazla oranda Bifidobakteri içermektedir. Bifidobakteri bebeklik döneminde enfeksiyonlardan, yetişkinlikte ise belirli kronik hastalıklardan korumaktadır. Mikrobiyota insan yaşamının üçüncü yılından itibaren yaşlılık dönemine kadar sabit ve benzer şekilde kalır^{1,42}. Yetişkinlik dönemine kadar büyük bir mikroorganizma ekosistemine dönüşmesine katkı sağlayan etkenlerden biri de anne sütüdür.

Anne Sütü ve Mikrobiyota

Anne sütü bebek beslenmesinin altın standardı olarak kabul edilir. Emzirmenin koruyucu mekanizmaları bağırsak mikrobiyatasının bileşimi üzerindeki etkisi ile açıklanabilir. Doğum sonrasında da mikrobiyota transferi devam etmektedir. Anne sütü bakterilerinin kökeni günümüzde bilinmemektedir, ancak varlıkları gebeliğin üçüncü trimesterinde başlayan ve laktasyonla devam eden perinatal döneme karşılık gelmektedir⁵¹. Anneler gebelik boyunca mikrobiyata sağlama hazırlığına başlar. Entero-meme yolu olarak bilinen bu mekanizma, yararlı mikroorganizmaların maternal bağırsaktan memelere taşınmasını sağlar. Yenidoğan anne sütü içerisinde yer alan antikorları, oligosakkaritleri ve gelişmesi için gerekli olan protein, yağ, karbohidrat, vitamin ve minerallere ilaveten kendi mikrobiyatasının gelişimini arttıracak mikroorganizmaları da alır⁵². Emzirilen bebekte baskın mikroorganizma, anne sütü oligosakkaritleri ile birlikte bulunan Bifidobakteriler, mikrobiyomayı besleyen ve zararlı mikroorganizmalardan koruma görevi gören prebiyotiklerdir. Kültür ve moleküler teknikler kullanılarak anne sütü tipik olarak cilt hem de enterik ilişkili organizmalar olarak tanımlanan Staphylococcus, Streptococcus, Escherichia, Enterococcus, Veillonella, Prevotella, Pseudomonas ve Clostridia organizmaları içerir. Kolostrum örneklerinde olgun süte göre daha fazla mikrobiyal çeşitlilik bildirilmiştir⁵³. Anne sütünün taksonomik bileşiminde, başlangıçta Weissella, Leuconostoc, Staphylococcus, Streptococcus ve Lactococcus türleri baskın olmakla birlikte daha sonra esas olarak Veillonella, Prevotella, Leptotrichia, Lactobacillus, Streptococcus ve Bifidobacterium'un oluşturduğu laktasyon dönemi boyunca da değişir^{7,53}. Özellikle ilk ay bebeklerin emzirilmesi önemlidir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) de yaşamın ilk 6 ayında sadece anne sütü ve iki yaşına kadar ek besinlerle anne sütü verilmesini önermektedir. Dünya Sağlık Örgütü emzirme oranlarına göre üç bebekten ikisi 6 ay boyunca sadece anne sütü alma kriterini sağlamamaktadır⁵⁴. Türkiye'de TNSA 2018 verilerine göre; ilk 6 ay sadece anne sütü ile beslenme %41'dir⁵⁵. Anne sütü dışında farklı besinlerle beslenen bebekler patojen mikroorganizmalara ve enfeksiyonlara karşı daha hassas bir yapıya sahiptir. Ancak beslenmenin mikrobiyata gelişimi üzerine etkisi günümüzde halen anlaşılabilir değildir. Sadece anne sütü ile beslenen bebeklerin intestinal mikrobiyata içeriğinde Bifidobakterilerin arttığı, formül mama (prebiyotik takviyesi olmayan) ile beslenen bebeklerde ise intestinal mikrobiyatanın daha az geliştiği saptanmıştır. Anne sütünün, emzirilen bebek bağırsağının ana bakteri kaynaklarından birini oluşturduğu, yaklaşık 800 ml/gün süt tüketen bir bebeğin günde 1×10^5 ile 1×10^7 bakteri gelişeceği belirtilmiştir. Laktasyon aşaması, süt içerisindeki mikroorganizmaları etkileyen bir faktör olarak tanımlanmıştır^{7,30,53,55}. Sadece anne sütü ile beslenen ve beslenmeyen bebeklerin bağırsak mikrobiyatalarını karşılaştırmak için yedi mikrobiyom çalışmasını (684 bebekten 1825 dışkı örneği) içeren bir meta-analiz çalışmasında; sadece anne sütü ile beslenen bebeklerin mikrobiyal çeşitliliği ve kolonizasyonunda artış olduğu bulunmuştur. Ayrıca sadece anne sütünün diyare atakları

sırasında bebek bağırsak mikrobiyotası üzerinde koruyucu bir etkisi olduğu bulunmuş ve bebekler arasındaki bağırsak mikrobiyota farkı 6 ay sonrada devam etmiştir⁵⁶. Pannaraj ve ark. (2017) tarafından 107 sağlıklı anne-bebek çifti ile yapılan boylamsal araştırmada emzirilen bebeklerin bağırsak mikrobiyotalarının %27.7'sini anne sütünden aldığı ve %10.4'ünü yaşamın ilk ayında areola derisinden aldığı saptanmıştır⁵⁷. Ancak anne sütü içerisindeki mikrobiyotayı olumsuz yönde değiştirebilecek faktörler vardır. Bunlar; maternal obezite, gestasyonel yaş, maternal yetersiz beslenme, maternal immünolojik bozukluklar, CS ile doğum, preterm doğumlar^{24,29,31} ve annenin antibiyotik kullanımınıdır^{43,48}.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Gebelik, doğum ve emzirmenin mikrobiyotalarla ilişkisinin anlaşılması, gelecekteki sağlığı belirleyicilerinden olan çeşitli mikroorganizmaların bebeklik döneminde alınmasını artıracaktır. Son zamanlarda yapılan araştırmalarla steril olduğu düşünülen uterin kavitenin kendine has bir mikrobiyal florasının olduğu ortaya konmuştur. Mikrobiyotadaki değişimler hem gebelik sürecini hem de bebeği olumlu ve olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Intrauterin yaşamın başlangıcından itibaren; maternal vajinal mikrobiyom, annenin obez olma durumu, yetersiz beslenmesi, antibiyotik kullanımı, alerji durumu, doğum şekli, yenidoğanın doğum ağırlığı ve anne sütü alma durumu bebek mikrobiyotasını önemli derece etkilemektedir. Toplumun sağlığını geliştirmek için önemli role sahip sağlık profesyonellerden biri olan hemşirelerin mikrobiyotanın sağlıklı yaşam üzerine etkisini anlamaları son derece elzemdir. Özellikle kadın sağlığı alanında çalışan hemşireler gebelik, doğum ve doğum sonu süreçte optimal mikrobiyom gelişiminin sağlanmasında önemli görev ve sorumluluğa sahiptir. Prenatal dönemden başlayarak hemşirelerin bakımda fetus ve yenidoğan mikrobiyotasını etkileyecek durumlar üzerinde durması, doğum eylemi fizyolojisinin bilincinde olan, gebelik ve doğum süreci boyunca sürekli değişen ihtiyaçları karşılayan hemşirelik bakımı sağlayarak vajinal doğumu destekleyen bir ortam oluşturulmasını sağlaması önemlidir. Doğum eylemi sırasında da vajinal doğumu destekleyici kanıt temelli uygulamaları kullanılmalıdır. Emzirme için intrapartum ve postpartum dönemde DSÖ'nün "Başarılı Emzirmede On Adım" ilkelerinin gerçekleştirilmesi konusunda öncülük etmeli ve danışmanlık vermelidir. Sonuç olarak insan mikrobiyomunun sağlık üzerindeki derin etkisi, hemşirelerin çeşitli mikrobiyal toplulukların temel yapılarını ve işlevlerini anlamalarını zorunlu kılmaktadır.

Çıkar Çatışması: Bildirilmemiştir.

Finansal Destek: Yoktur.

Yazar katkıları:

Araştırma dizaynı: HGÖ, HBY

Veri toplama: -

Literatür araştırması: HGÖ, HBY

Makale yazımı: HGÖ, HBY

Conflict of Interest: Not reported.

Funding: None.

Author contributions:

Study design: HGÖ, HBY

Data collection: -

Literature search: HGÖ, HBY

Drafting manuscript: HGÖ, HBY

KAYNAKLAR

1. Baquero F, Nombela C. The microbiome as a human organ. *Clin Microbiol Infect.* 2012;2-4.
2. Ravel J, Gajera P, Abdob Z, Schneider GM, Koenig SS, McCulle SL, et al. Vaginal microbiome of reproductive-age women. *Proc Natl Acad Sci USA.* 2011;108:4680-7.
3. Relman DA. The human microbiome and future practice of medicine. *JAMA.* 2015;314(11):1127-8
4. Zhu B, Wang X, Li L. Human gut microbiome: The second genome of human body. *Protein & Cell.* 2010;1:718-25.
5. Ardisson AN, De la Cruz DM, Davis-Richardson AG, Rechcigl KT, Li N, Drew JC, et al. Meconium microbiome analysis identifies bacteria correlated with premature birth. *PLoS One.* 2014;9(3):90784.
6. Cacho N, Neu J. Manipulation of the intestinal microbiome in newborn infants. *Adv Nutr.* 2014;5(1):114-18.
7. Rautava S. Early microbial contact the breast milk microbiome and child health. *J Dev Orig Health Dis.* 2016;7(1):5-14.
8. Herrema H, Ijzerman RG, Nieuwdorp M. Emerging role of intestinal microbiota and microbial metabolites in metabolic control. *Diabetologia.* 2016;60(4):613-617.
9. Zeeuwena LJMP, Kleerebezem M, Timmerman M.H, Schalkwijk J. Microbiome and skin diseases. *Curr Opin Allergy Clin Immunol.* 2013;13:514-520
10. Salem I, Ramser A, Isham N, Ghannoum M.A. The gut microbiome as a major regulator of the gut-skin axis. *Front Microbiol.* 2018;9:1459.
11. Patini R, Staderini E, Lajolo C, Lopetuso L, Mohammed H, Rimondini, L, et al. Relationship between oral microbiota and periodontal disease: A systematic review. *Eur. Rev. Med. Pharmacol. Sci.* 2018;22:5775-88.
12. Gern JE. The urban environment and childhood asthma study. *Journal of Allergy and Clinical Immunology.* 2010;125:545-49.
13. Liu F, Lv L, Jiang H, Yan R, Dong S, Chen L, Wang W, Chen YQ. Alterations in the urinary microbiota are associated with cesarean delivery. *Front Microbiol.* 2018;9:2193
14. Ait-Belgnaoui A, Colom A, Braniste V, Ramalho L, Marrot A, Cartier C, et al. Probiotic gut effect prevents the chronic psychological stress-induced brain activity abnormality in mice. *Neurogastroenterol Motil.* 2014;26:510-20.
15. Cani PD, Everard A, Duparc T. Gut microbiota, enteroendocrine functions and metabolism. *Curr Opin Pharmacol.* 2013;13:935-40.

16. Fung TC, Olson CA, Hsiao EY. Interactions between the microbiota, immune and nervous system in health and disease. *Nat Neurosci.* 2017;20:145-55.
17. Abbott A. Sugar substitutes linked to obesity. *Nature.* 2014;18:513.
18. Bajaj JS. The relationship between the gut microbiota and liver disease. *Gastroenterology & Hepatology.* 2015;11(9):626-29.
19. Shi M, Wei Y, Hu W, Nie Y, Wu X Lu R. The subgingival microbiome of periodontal pockets with different probing depths in chronic and aggressive periodontitis: A pilot study. *Front Cell Infect Microbiol.* 2018;8:124.
20. Castro-Nallar E, Bendall ML, Pérez-Losada M, Sabuncyan S, Severance EG, Dickerson FB, et al. Composition, taxonomy and functional diversity of the oropharynx microbiome in individuals with schizophrenia and controls. *PeerJ.* 2015;3:1140.
21. Harach T, Marungruang N, Dutilleul N, Cheatham V, Mc Coy KD, Frisoni G, et al. Reduction of Abeta amyloid pathology in APPPS1 transgenic mice in the absence of gut microbiota. *Scientific Reports.* 2017;7:41802.
22. Keshavarzian A, Green SJ, Engen PA, Voigt RM, Naqib A, Forsyth CB, et al. Colonic bacterial composition in Parkinson's disease. *Mov Disord.* 2015;30:1351-60.
23. Dunlop AL, Mulle JG, Ferranti EP, Edwards S, Dunn AB, Corwin EJ. Maternal microbiome and pregnancy outcomes that impact infant health: A review. *Adv Neonatal Care.* 2015;15:377-85.
24. Cunha AJ, Leite AJ, Almeida IS. The pediatrician's role in the first thousand days of the child: The pursuit of healthy nutrition and development. *J Pediatr (Rio J).* 2015;91(6):44-51.
25. Amenyogbe N, Kollmann TR, Ben-Othman R. Early-life host-microbiome interphase: The key frontier for immune development. *Front Pediatr.* 2017;24(5):111.
26. Duncan SH, Louis P, Flint HJ. Cultivable bacterial diversity from the human colon. *Lett Appl Microbiol.* 2007;44:343-50.
27. Decker E, Engelmann G, Findeisen A, Gerner P, Laass M, Ney D, Posovszky C, Hoy L, et al. Cesarean delivery is associated with celiac disease but not inflammatory bowel disease in children. *Pediatrics.* 2010;125:1433-40.
28. Hymn RW, Fukushima M, Jiang H, Fung E, Rand L, Johnson B, Vo KC, et al. Diversity of the vaginal microbiome correlates with preterm birth. *Reprod Sci.* 2014;21:32-40.
29. Aagaard K, Ma J, Antony KM, Ganu R, Petrosino J, Versalovic J. The placenta harbors a unique microbiome. *Sci Transl Med.* 2014;6:237.
30. Jost T, Lacroix C, Braegger CP, Chassard C. New insights in gut microbiota establishment in healthy breast fed neonates. *PloS One.* 2012;7:44595.
31. Sirota I, Zarek SM, Segars JH. Potential Influence of the microbiome on infertility and assisted reproductive technology. *Semin Reprod Med.* 2014;32(1):35-42.
32. Aagaard K, Riehle K, Ma Jun, Segata N, Mistretta TA, Coarfa C, et al. A metagenomic approach to characterization of the vaginal microbiome signature in pregnancy. *PloS One.* 2012;7:36466.
33. Romero R, Hassan SS, Gajer P, Tarca AL, Fadrosh DW, Nikita L, et al. The composition and stability of the vaginal microbiota of normal pregnant women is different from that of non-pregnant women. *Microbiome.* 2014;2:4.
34. Reid, G, Younes JA, Van der Mei HC, Gloor GB, Knight R, Busscher HJ, et al. Microbiota restoration: natural and supplemented recovery of human microbial communities. *Nature reviews. Microbiology.* 2010;9:27-38.
35. DiGiulio DB, Romero R, Kusanovic JP. Prevalence and diversity of microbes in the amniotic fluid, the fetal inflammatory response, and pregnancy outcome in women with preterm pre-labor rupture of membranes. *Am J Reprod Immunol.* 2010;64:38-57.
36. Taylor BD, Darville T, Haggerty CL. Does bacterial vaginosis cause pelvic inflammatory disease?. *Sex Transm Dis.* 2013;40(2):117-22.
37. Beruchashvili M, Gogiashvili L, Datunashvili E, Topuria Z, Tsagareli Z. Morphological peculiarities of endometrium in chronic endometritis associated with bacterial vaginosis. *Georgian Med News.* 2010;181:59-63.
38. Sirota I, Zarek SM, Segars JH. Potential Influence of the Microbiome on Infertility and Assisted Reproductive Technology. *Semin Reprod Med.* 2014;32(1):35-42.
39. Van Oostrum N, De Sutter P, Meys J, Verstraelen H. Risks associated with bacterial vaginosis in infertility patients: a systematic review and meta-analysis. *Hum Reprod.* 2013;28(7):1809-15.
40. Haahr T, Jensen JS, Thomsen L, Duus L, Rygaard K, Humaidan P. Abnormal vaginal microbiota may be associated with poor reproductive outcomes: A prospective study in IVF patients. *Hum Reprod.* 2016;31(4):795-803.
41. Salah RM, Allam AM, Magdy AM, Mohamed ASH. Bacterial vaginosis and infertility: cause or association? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2013;167(1):59-63.
42. Yatsunencko T, Rey FE, Manary MJ, Trehan I, Dominguez-Bello MG, et al. Human gut microbiome viewed across age and geography. *Nature.* 2012;486:222-7.
43. Rigon G, Vallone C, Lucantoni V, Signore F. Maternal factors pre- and during delivery contribute to gut microbiota shaping in newborns. *Front Cell Infect Microbiol.* 2012;2:93.
44. Goedert JJ, Hua X, Yu G, Shi J. Diversity and composition of the adult fecal microbiome associated with history of cesarean birth or appendectomy: Analysis of the American Gut Project. *EBioMedicine.* 2014;1(2-3):167-72.
45. Dominguez-Bello MG, De Jesus-Laboy KM, Shen N, Cox LM, Amir A, Gonzalez A, Clemente JC. Partial restoration of the microbiota of cesarean-born infants via vaginal microbial transfer. *Nat Med.* 2016;22(6):250-53.

46. Backhed F, Roswall J, Peng Y, Feng Q, Jia H, Kovatcheva-Datchary P, et al. Dynamics and stabilization of the human gut microbiome during the first year of life. *Cell Host Microbe*. 2015;17(6):690–703.
47. Nagpal R, Tsuji H, Takahashi T, Kawashima K, Nagata S, Nomoto K, et al. Sensitive Quantitative Analysis of the Meconium Bacterial Microbiota in Healthy Term Infants Born Vaginally or by Cesarean Section. *Front Microbiol*. 2016;7:1997.
48. Smaill FM, Grivell RM. Antibiotic prophylaxis versus no prophylaxis for preventing infection after cesarean section. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;(10):7482.
49. Prior E, Santhakumaran S, Gale C, Philipps LH, Modi N, Hyde MJ. Breastfeeding after cesarean delivery: A systematic review and meta-analysis of world literature. *Am J Clin Nutr*. 2012;95(5):1113–35.
50. Karlstrom A, Lindgren H, Hildingsson I. Maternal and infant outcome after caesarean section without recorded medical indication: findings from a Swedish case-control study. *BJOG*. 2013;120(4):479–86.
51. Jost T, Lacroix C, Braegger CP, Chassard C. New insights in gut microbiota establishment in healthy breast fed neonates. *PloS One*. 2012;7(8):445-95.
52. Jeurink PV, Bergenhenegouwen J, Jiménez E, Knippels LM, Fernández L, Garssen J, et al. Human milk: a source of more life than we imagine. *Benef Microbes*. 2013;4(1):17-30.
53. Hunt KM, Foster JA, Forney LJ, Schütte UM, Beck DL, Abdo Z, et al. Characterization of the diversity and temporal stability of bacterial communities in human milk. *PLoS One*. 2011;6:21313.
54. World Health Organization. Breastfeeding [Internet]. 2016 [Erişim Tarihi 10 Mart 2019] Erişim adresi: https://www.who.int/health-topics/breastfeeding#tab=tab_3
55. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA). Beslenme Durumu ve Çocuk Sağlığı. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü [Internet]. 2018 [Erişim Tarihi 09 Mart 2020] Erişim adresi: <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/analiz.shtml>
56. Ho NT, Li F, Lee-Sarwar KA, Tun HM, Brown BP, Pannaraj PS, et al. Meta-analysis of effects of exclusive breastfeeding on infant gut microbiota across populations. *Nat Commun*. 2018;9(1):1-13.
57. Pannaraj PS, Li F, Cerini C, Bender JM, Yang S, Rollie A, et al. Association between breast milk bacterial communities and establishment and development of the infant gut microbiome. *JAMA pediatrics*. 2017;171(7):647-54.
58. Cabrera-Rubio R, Collado MC, Laitinen K, Salminen S, Isolauri E, Mira A. The human milk microbiome changes over lactation and is shaped by maternal weight and mode of delivery. *Am J Clin Nutr*. 2012; 96(3):544–51. cultural competence. *Online Journal of Issues in Nursing*. 2011;16(2):544-51.

Derleme makale Review article

Preterm Bebeği Olan Aile ve Hemşirelik Yaklaşımı

Harun ÖZBEY¹, Yağmur SEZER EFE², Emine ERDEM³

ÖZ

Dünyada ve ülkemizde yüksek morbidite ve mortalite oranlarına sahip preterm doğumlar, önemli bir sağlık sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır. Son yıllarda sağlık teknolojisinin gelişmesi preterm bebeklerin yaşama oranlarını arttırmış, ancak ciddi sağlık sorunları da beraberinde getirmiştir. Özellikle prematüre retinopatisi, duyma kaybı, kronik akciğer hastalığı, serebral palsi, nörolojik bozukluklar, dikkat eksikliği ve kemik mineralizasyonunda azalma gibi sorunlar preterm bebeklerde sıklıkla görülebilmektedir. Bu sorunlar preterm bebeklerin uzun süreli hastane yatışlarına, sağlık bakım maliyetlerinin artmasına, ebeveynlerinde psikososyal ve ekonomik sorunların yaşanmasına neden olmaktadır. Preterm doğum, preterm doğum komplikasyonları, uzun süreli hastane yatışları, bebeğin bakımına katılamama, bebeği hakkında bilgi alamama, taburculuk sonrası poliklinik ziyaretleri/izlemleri ve sosyal destek azlığı ebeveynlerin yaşadığı önemli sorunlar arasında yer almaktadır. Ebeveynlerin karşılaştığı bu sorunların önlenmesinde hemşirelere önemli sorumluluklar düşmektedir. Hemşireler bu dönemde ailelerin gereksinimlerini belirleyerek destek verici yaklaşımlarda bulunmalıdır. Bu derleme makalede preterm bebeklerde gelişebilecek sağlık sorunları, preterm bebeği olan ailelerin yaşadıkları sorunlar ve hemşirelik yaklaşımına dikkat çekilmesi amaçlanmıştır.

Anahtar kelimeler: Ebeveynler, preterm bebek, yenidoğan hemşireliği

ABSTRACT

Families with Preterm Infants and Nursing Approach

Preterm births, which have high morbidity and mortality rates in the world and in our country, emerge as an important health problem. In recent years, the development of health technology has increased the survival rate of preterm infants but has also brought serious health problems. Problems such as retinopathy of prematurity, hearing loss, chronic pulmonary disease, cerebral palsy, neurological disorders, attention deficit and preterm osteopenia are frequently seen in preterm infants. These problems lead to long-term hospitalizations of preterm infants, increase in health care costs and psychosocial and economic problems in their parents. Preterm birth, preterm birth complications, long-term hospitalization, not being able to attend the infant's care, not getting information about the infant, outpatient clinic visits/follow-ups after discharge, and lack of social support are among the major problems experienced by parents. Nurses have important responsibilities in preventing these problems encountered by parents. Nurses should determine the needs of families in this period and take supportive approaches. In this review article, it is aimed to draw attention to the health problems that may develop in preterm infants, the problems experienced by families with preterm infants and the nursing approach.

Keywords: Neonatal nursing, parents, preterm infant

¹ Arş. Gör., Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD, Kayseri, Türkiye, E-mail: harunozbey@erciyes.edu.tr, Tel: 90 352 207 6666- 28551, Tel: 05446559461, ORCID ID: 0000-0001-9827-0655

²Dr. Öğr. Üyesi., Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD, Kayseri, Türkiye, E-mail: yezerefe@erciyes.edu.tr, Tel: 90 352 207 6666- 28560, ORCID ID: 0000-0003-0980-8439

³ Doç. Dr., Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD, Kayseri, Türkiye, E-mail: emine@erciyes.edu.tr, Tel: 90 352 207 6666- 28555, ORCID ID: 0000-0001-6386-5595

Geliş Tarihi: 16 Nisan 2019, Kabul Tarihi: 10 Haziran 2020

Atıf/Citation: Özbey H, Sezer Efe Y, Erdem E. Preterm Bebeği Olan Aile ve Hemşirelik Yaklaşımı. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2020; 7(3):292-298. DOI: 10.31125/hunhemsire.834246

GİRİŞ

Preterm doğumlar, morbidite ve mortalite riskleri nedeniyle önemli bir sağlık sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Amerikan Pediatri Akademisi, 37. gebelik haftasından önce gerçekleşen tüm canlı doğumları preterm doğum olarak tanımlamaktadır^{1,2}. DSÖ'nün 2012 yılında yayınladığı Born Too Soon- Erken Doğum Küresel Eylem Raporu'nda her yıl yaklaşık 15 milyon preterm doğumun gerçekleştiği, bu sayının giderek arttığı, ülkelerin preterm doğum oranlarının %5-18 arasında değiştiği ve ülkemizin preterm doğum oranının %12 olduğu bildirilmiştir. Bu rapora göre, her yıl yaklaşık olarak bir milyon preterm bebeğin prematürelite nedeniyle öldüğü ve hayatta kalanların çoğunluğunda ise ciddi morbiditelerin geliştiği bildirilmektedir³. Özellikle prematüre retinopatisi, duyma kaybı, kronik akciğer hastalığı, serebral palsi, nörolojik bozukluklar, dikkat eksikliği ve kemik mineralizasyonunda azalma gibi sorunlar preterm bebeklerde sıklıkla gelişebilmektedir⁴⁻⁹. Preterm bebeklerin karşılaştıkları bu komplikasyonlar uzun süreli hastane yatışlarına, sağlık sistemi maliyetlerinin artmasına ve ebeveynlerin hem psikolojik, hem de ekonomik sorunlar yaşamalarına neden olmaktadır¹⁰.

Doğum sonu dönemde, bebeklerini sağlıklı bir şekilde kucağına alma beklentisi içinde olan ebeveynler, preterm doğum komplikasyonları, preterm bebeğin yoğun bakımda uzun süreli yatışı ve bebeğin bakımında aktif rol alamamaları gibi nedenlerden dolayı ciddi sorunlar yaşamaktadırlar^{4,11}. Ebeveynlerin yaşadığı bu sorunların önlenmesinde, ebeveyn-bebek bağlanmasının sağlanmasında hemşirelere önemli sorumluluklar düşmektedir. Hemşireler bu dönemde ailelerin deneyimledikleri yaşantıları anlamalı, destek verici uygulamaları planlayarak aile merkezli bakım vermelidir^{12,13}.

Amaç

Bu derleme makalede preterm bebeklerde gelişebilecek sağlık sorunları, preterm bebeği olan ailelerin yaşadıkları sorunlar ve hemşirelik yaklaşımına dikkat çekilmesi amaçlanmıştır.

Preterm Bebeklerde Görülen Sağlık Sorunları

Preterm bebeklerin bazı karakteristik özellikleri ve fizyolojik farklılıkları vardır. Bu özellikleri/farklılıkları, preterm bebekleri bazı sağlık sorunlarına yatkın hale getirebilir. Preterm bebeklerde gestasyon yaşı küçüldükçe, solunum, kardiyovasküler, sinir, metabolik-endokrin, renal, immün ve gastrointestinal sistemlere ilişkin sağlık sorunları daha fazla görülür.

Solunum sistemindeki farklılıklar: Preterm bebeklerin solunum kaslarının iyi gelişmemesi, alveollerin ve alveoler kapillerlerin gelişiminin 26-28. gebelik haftasından önce sınırlı olması nedeniyle, solunumları hızlı ve düzensizdir, apne ve siyanoz periyodları vardır. Diyafragma solunumu yaparlar. Öksürük ve öğürme reflexleri çok azdır ya da yoktur. Sürfaktan yapımı 34. gestasyon haftasından önce doğan preterm bebeklerde yetersizdir¹⁴⁻¹⁹. Tüm bu nedenlerle preterm bebeklerde respiratuar distress sendromu, bronkopulmoner displazi, apne, pulmoner

kanama, pulmoner hipoplazi, pnömoni, pnömotoraks, yanidoğanın geçici takipnesi gelişebilir.^{8,14,15,18,19}

Kardiyovasküler sistemdeki farklılıklar: Preterm bebeklerde periferik dolaşımın yetersiz olması nedeniyle sistemik direnç yüksek kalır ve duktus arteriyozusun kapanması gecikebilir. Tromboembolik komplikasyonlar gelişebilir. Kan damarlarının frajil olması ve kemik iliğinin fonksiyonel yetersizliği hemorajik problemlere neden olabilir^{14-16,18,19}. Patent duktus arteriosus, hipotansiyon, hipertansiyon, konjenital kalp anomalileri preterm bebeklerde sıklıkla gelişebilir.^{8,14,15,18,19}

Merkezi sinir sistemindeki farklılıklar: Hem term hem de preterm bebeklerde sinir sistemi tam olarak gelişmemiştir. Preterm bebekler inaktif, hipotonik ve letarjiktir. Preterm bebeklerin refleks aktivitesi tam gelişmediği için uyaranlara tepkisi azdır. Sıçrama ve jeneralize hareketler görülebilir. Nöbet aktivitesi normal değildir^{14-16,18,19}. İnaventriküler kanama, periventriküler lökomalazi, hidrosefali, hipotoni, hipoksik iskemik ensefalopati, konjenital anomaliler, konvülsiyon, prematüre retinopatisi, sağırılık, kernikterus, menenjit gibi sağlık sorunları preterm bebeklerde gelişebilir.^{8,14,15,18,19}

Metabolik ve endokrin sistemdeki farklılıklar: Glikozun depolanması ve salınımı yeterli olmadığından preterm bebekler hipoglisemiye eğilimlidirler. Metabolik fonksiyonların tam olarak gelişmemiş olması preterm bebeklerin hipokalsemi, hipoksi, asidoz, prematüre osteopenisi ve hipoproteinemiye yatkın olmalarına neden olur^{14-16,18,19}.

Renal sistemdeki farklılıklar: Böbrek fonksiyonları 38. gebelik haftasından sonra yeterli düzeye ulaşır. Glomerüler filtrasyon hızının düşük olması ve idrarı konsantre etme yeteneklerinin sınırlı olması nedeniyle preterm bebekler asidoza daha yatkındır^{14,16,18}. Ayrıca hem metabolik hem de renal sistemdeki farklılıklar preterm bebeklerde hiponatremi, hipernatremi, hipokalemi, hiperkalemi, ödem, renal yetersizlik gelişmesine neden olabilir.^{8,14,15,18,19}

İmmün sistemdeki farklılıklar: Preterm bebekler hücrel immünitenin yetersiz olması, prematürite nedeniyle gebeliğin son ayında anneden geçen maternal immünglobulinlerden yararlanamama, deri ve müköz membranların koruyuculuğunun daha az olması nedeniyle enfeksiyonlara yatkındırlar. Ayrıca, preterm bebeğe çok fazla dokunulması, resüsitasyon ve diğer invaziv girişimler enfeksiyon insidansının yüksek olmasına katkıda bulunan diğer faktörlerdir^{14,16,18}.

Gastrointestinal sistemdeki (GİS) farklılıklar: Preterm bebeklerde mide küçüktür, kardiyak sfinkterin gelişmemesi nedeniyle kusma siktir. Kusma ve diyare durumlarında dehidratasyon daha kolay gelişir. Enzimler yetersizdir. Peristaltik hareketler azdır ve abdominal distansiyon vardır. Emme, yutma ve öğürme reflexlerinin tam gelişmemesi nedeniyle preterm bebeklerde beslenme güçlüğü ve aspirasyon riski vardır. GİS'teki yetersiz absorpsiyon, beslenmeyi daha da güçleştirir. Emme reflexlerinin zayıf ve GİS'in tam olgunlaşmaması nedeniyle orogastrik yol ya da total parenteral beslenme (TPN) ile beslenebilirler. Bu

durum Nekrotizan Enterokolit'e (NEK) yatkınlığı artırır. Preterm bebeklerde karaciğer fonksiyonları da tam olgunlaşmamıştır. Glukuronil transferaz enzim yetersizliği nedeniyle indirekt bilirubin direkt bilirubine çevrilemez, bu nedenle preterm bebeklerde hiperbilirubinemi daha sık görülür. Ayrıca, K vitamini sentezi yetersiz olduğundan hemorajik hastalık riski fazladır^{14-16,18,19}.

Preterm Bebeği Olan Ailelerin Yaşadıkları Sorunlar

Bir bebeğin doğumu pek çok aile için heyecan verici olup, bakımı tamamen diğer insanlara bağlı bir varlığın getirdiği sorumluluk ebeveynlerde mutluluğun yanı sıra, ciddi endişelere de neden olabilmektedir. Aileye yeni ve bağımlı bir üyenin katılımı, ailenin günlük işlev ve rutinlerinde değişiklikler yaratırken, bu yeni üyenin preterm bebek olması aileye ek yük ve sorumluluklar getirecek ve ebeveynlerde daha fazla endişe yaratacaktır⁹.

Ailelerin Yaşadığı Psikososyal Sorunlar: Ebeveynlerin henüz hazır olmadıkları bir zamanda bebeğin doğması, preterm bebekte yaşanan sağlık sorunları, hızla gelişen olayların getirdiği çok ve bebeğin doğum sonrası Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi'ne (YYBÜ) alınması, ailelerde ciddi bir travma oluşturmaktadır. YYBÜ'ndeki yatış süreci ve sonrasında, ebeveynler bebeklerinin hayatı ve geleceği konusunda endişe duymakta, kaygı, korku, keder ve suçluluk duygusu yaşamaktadırlar²⁰.

Mehler ve ark. (2014), doğum sonrası dönemde preterm bebeği olan ebeveynlerin depresyon puanlarının yüksek olduğunu saptamışlardır²¹. Carson ve ark. (2015)'nin anne ve babaları içeren geniş bir örneklemede yaptıkları çalışmada, preterm bebeği olan anne ve babaların stres düzeylerinin term bebeği olan anne ve babalardan yaklaşık iki kat daha fazla olduğu belirtilmiştir²². Preterm bebeğin YYBÜ'de uzun süreli yatışı ve ebeveynlerin bebeğin bakımına katılımının sınırlı olması ebeveyn-bebek ilişkisini ve bağlanmayı olumsuz etkilemekte, ebeveynlerde var olan stresin daha da yoğun yaşanmasına neden olmaktadır. Yapılan çalışmalarda da preterm bebeği olan ailelerin stres ve depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu ve bu durumun olumsuz ebeveyn-bebek bağlanmasına neden olduğu bildirilmiştir²³⁻²⁵. Preterm bebek ve ebeveyn bağlanmasını inceleyen bir metaanalizde, preterm bebek ve ebeveynlerinin bağlanma açısından risk taşıdığı, bu nedenle doğum sonrası dönemde ebeveynlerin kaygı ve streslerinin azaltılmasının önemli olduğu bildirilmiştir²⁶.

Yaşanılan stres, kaygı, sosyal destek sistemlerinin azlığı, preterm bebeğin uzun süreli yoğun bakım yatışı ve sağlık sorunları ailelerin yaşam kalitelerini olumsuz etkilemektedir. Ebeveynlerin preterm doğum sürecine uyum sağlamada, bebeklerini anlamada ve bebek bakımında görülen ipuçlarını okumada zorlandıkları belirtilmiştir²⁷. Ailelerin yaşam kalitesini; depresyon, yetersiz uyku, yorgunluk, stres, erken doğum, ebeveynlerin gün ışığından yararlanamaması, bebeklerine dokunamaması, bakım verememesi ve dini inançların zayıf olması gibi ebeveynlere ilişkin faktörler ile preterm bebeğin sağlık sorunları ve ileri bakım merkezlerine sevk edilmesi gibi preterm bebeklere ilişkin faktörlerin olumsuz etkilediği bildirilmiştir²⁷.

Ailelerin Yaşadığı Ekonomik Sorunlar: Son yıllarda teknoloji ve sağlık bakım uygulamalarındaki ilerlemeler nedeniyle preterm bebeklerin hayatta kalma oranlarındaki artışa karşın, prematüritelik nedeniyle hastaneye yatış ve yoğun bakım maliyetlerindeki artış da dikkat çekmektedir²⁸⁻³⁰. Bebek başına tıbbi bakım maliyeti gestasyon yaşı küçük doğan bebeklerde (<28. gebelik haftası) daha yüksektir³¹. Preterm doğum, aynı zamanda bireyin hayatının ilk 5 yılında aldığı hastane hizmetleri için harcadığı para miktarının artmasının nedeni olabilmektedir³². Dolayısıyla prematüritelik, aileler üzerindeki sosyoekonomik etkinin ötesinde, geniş ekonomik ve toplumsal tüketime neden olmaktadır³⁰. Preterm bebeklerin aileleri tarafından yapılan harcamalar; hastaneye yatışları ve poliklinik ziyaretleri sırasında ulaşım, konaklama ve diğer kardeşler için çocuk bakımı masraflarını içerebilir. Ayrıca, preterm bir bebeğin doğumu ve evde bakımı ebeveynlerin özellikle annenin iş/çalışma hayatını etkileyebilir ve aile gelirinin düşmesine neden olabilir³¹.

Tüm erken doğmuş bebekler tıbbi ve nörogelişimsel komplikasyonların yanı sıra yeniden hastaneye yatış riski altındadır³³. Tekrarlı hastane yatışlarında en sık neden solunum yolu enfeksiyonlarıdır^{34,35}. Ayrıca preterm bebekler görme ve işitme bozukluğu, konuşma gecikmeleri ve dikkat bozuklukları, yetersiz beslenme ve büyüme, solunum komplikasyonları ve nörobilişsel zorluklarla daha fazla karşılaşabilirler³³⁻³⁷. Tüm bu faktörler bebeğin sağlık bakım harcamalarını artırır ve yaşam boyu sağlık bakım desteği gerektirebilir.

Preterm doğumların toplum üzerindeki ekonomik etkisinin güncel bir değerlendirmesini sağlamak için daha fazla araştırma yapılması gerekmektedir. Preterm doğum sonrası ailede yaşanan değişiklikler, özellikle bebek çok erken doğarsa veya prematüritelik nedeniyle gelişebilecek sağlık sorunları/komplikasyonları varsa, daha geniş olabilir³¹.

Ailelerin Preterm Bebeğin Evde Bakımında Yaşadıkları Sorunlar:

Herhangi bir sağlık sorunu olmayan term bebek aileleri bile taburculuk sonrası dönemde evde bakımda zorlanırken hem preterm hem de YYBÜ'nden taburcu olan preterm bebeklerin aileleri ise bebeğin evde bakımında daha fazla zorlanmakta, bu durum ebeveynlerde korku ve yetersizliğe neden olmaktadır. Bebeğin beklenmeyen bir zamanda doğması, ailenin yeni bir aile bireyine hazırlanmamış olması ve preterm bebeğin evde bakım gerektiren sağlık sorunlarının olması, ebeveynlerin bakım becerisi konusunda yetersizlik ve güvensizlik yaşamalarına yol açmaktadır³⁸. Çırlak ve Erdemir (2013), preterm bebeği olan ebeveynlerin kendilerine daha az güvendiklerini, bebeğin bakımına aktif olarak katılmaktan çok seyirci olarak izlemeyi tercih ettiklerini belirtmişlerdir³⁹. Taş Arslan ve Turgut (2013) ise, preterm bebeği olan annelerin, taburculuk sonrası evde bakımda emzirme, banyo yaptırma, göz bakımı, ağız bakımı, kucağa alma-tutma gibi konularda sorun yaşadıklarını ve bu konularda bilgiye gereksinim duyduklarını bildirmişlerdir⁴⁰. Boykova (2016)'nin preterm bebeğe sahip aileler ile yaptığı görüşmeler sonucunda; ebeveynler preterm bebeğin ebeveyni olmanın ve ona bakım vermenin fiziksel olarak zor

olduğunu, preterm bebeğe sahip olmanın ebeveyn rolünü değiştirdiğini, sosyal olarak yıkıcı olabildiğini ve sağlık uzmanlarının desteğini gerektirdiğini ifade etmişlerdir⁴¹. Preterm bebeklerin sağlık durumunun aile refahı ve işlevi üzerinde önemli bir etkisi olabilir. Preterm bebek ile ebeveynler arasındaki ayrılık, bağlanma ve bağlanma süreci için bir tehdittir²³⁻²⁵. Dünya çapında, YYBÜ'lerde son on yılda bir paradigma değişikliği olmuştur ve aile merkezli bakım ya da kanguru bakımı gibi farklı bakım modelleri ile preterm bebeğin bakımına ebeveynlerin katılımı ve taburculuk sonrası da evde bakıma hazır olmaları sağlanmaktadır⁴²⁻⁴⁵. Ebeveynlerin bebeğin bakımına dahil edilmesi, ebeveynleri bebeğin bakımındaki sorumlulukları üstlenmeye hazırlar⁴⁶. Aynı zamanda YYBÜ'de kanguru bakımı ve aile merkezli bakım verilen preterm bebeklerin anne-bebek bağlanma düzeyleri de artmaktadır^{47,48}. Sweeney et al. (2017) YYBÜ'de kanguru bakımı verilen preterm bebeklerin annelerinde ebeveynlik kaygı düzeyinde azalma, ebeveynlik becerilerine daha fazla güven duyma ve daha yüksek emzirme oranı görüldüğünü belirlemişlerdir. Bostanabad et al. (2017) YYBÜ'de aile merkezli bakım uygulanan ebeveynlerin kaygı düzeylerinin, kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde düştüğünü saptamışlardır⁴⁹. Bu nedenle preterm bebeği olan ailelerin yaşadıkları ve taburculuk sonrası yaşayabilecekleri sorunları önlemek ya da azaltmak için bebeğin bakımında aile merkezli bakım, kanguru bakımı gibi modellerden yararlanılabilir⁵⁰.

Preterm Bebeği Sahip Ailelerin Desteklenmesi ve Hemşirelik Yaklaşımı

Doğumdan itibaren bazı gelişimsel sorunlar açısından risk altında bulunan preterm bebek ve ailesinin desteklenmesi; bebeğin fiziksel, psikososyal gelişimi ve ailenin uyumu için büyük önem taşımaktadır. Preterm bebeğin yoğun bakım sürecinden başlayarak taburculuk sonrası evde bakımı da kapsayan psikososyal destek; ebeveyn-bebek bağlanma sürecinin olumlu yaşanmasına, ebeveynlerin yaşadıkları stres, kaygı ve depresyon düzeylerinin azalmasına ve bebek bakımında kendilerini yeterli hissetmelerine yardımcı olmaktadır³⁹.

Hastanede, özellikle YYBÜ yatış sürecinde bireyselleştirilmiş destekleyici gelişimsel bakım verilerek ebeveynlerin preterm bebeğin bakımına katılımının sağlanması hem aile hem de bebek için yararlıdır. Yapılan çalışmalarda, yoğun bakımda preterm bebekleri yatan ebeveynlerin bebeklerine dokunduklarında ve kucaklarına aldıklarında yoğun bakımda yatış süresinin azaldığı, apne nöbetlerinin daha az olduğu, daha erken enteral beslenmeye geçtiği, daha hızlı kilo aldığı ve uyku kalitelerinin daha iyi olduğu bildirilmiştir^{40,50-54}. Ebeveyn-bebek ilişkisinin başlatıldığı YYBÜ'de ebeveynlerin bebeklerini olabildiğince sık görüp, tensel temasta bulunmaları bu nedenle oldukça önemlidir. Hardin ve ark. (2020) preterm bebeklerde uygulanan tensel temasın anne ve bebeklerde oksitosin seviyesini arttırdığını ve kortizol seviyelerini azalttığını⁵⁵; Kurt ve ark. (2020) anne bebek bağlanmasını arttırdığını ve anne bebek etkileşimini olumlu yönde etkilediğini⁴⁷ belirtirken, Xie ve ark. (2019) ise aşırı düşük doğum ağırlıklı preterm bebeklere uygulanan tensel

temasın mekanik ventilasyonda kalma süresini ve apne sıklığını azalttığını belirtmişlerdir⁵⁶.

Preterm bebek ve ebeveyn ilişkisinin başlatılması ve sürdürülmesinde hemşirelere önemli roller düşmektedir. Ebeveynler bu süreçte preterm bebeğe dokunma ve bakım verme konusunda kendilerini yetersiz hissetmekte ve korku yaşamaktadırlar. Hemşireler ebeveynleri bu konuda cesaretlendirmeli ve ebeveynlerin bebeklerini sık görmelerini, dokunmalarını ve bakım vermelerini sağlayacak şekilde aile merkezli bir bakım sağlamalıdır⁵⁷. Aşırı düşük doğum ağırlıklı preterm bebeklere uygulanan aile merkezli bakım uygulamasının nörofizyolojik ve nörodavranışsal gelişmeyi teşvik ettiği⁵⁸, emme becerilerini arttırdığı ve daha hızlı kilo alımını sağladığı belirtilmiştir⁵⁹. Bastani ve ark. (2015) ise, aile merkezli bakımın anne memnuniyetini arttırdığı ve preterm bebeklerin hastaneye tekrar yatışlarını azalttığını belirtmişlerdir⁵².

Preterm bebek ve ailesine verilen desteğin sadece yoğun bakım süreci ile sınırlı kalmaması; psikososyal desteğin sürekli olması, ebeveyn-bebek bağlanması ve aile sürecinin sağlıklı bir şekilde sürdürülmesi açısından oldukça önemlidir. Yoğun bakım sürecinde ebeveynlerin taburculuğa ve bebeğin evde bakımına hazırlanması ve ailenin desteklenmesi hemşirelerin önemli sorumluluklarındandır. Bu süreçte hemşirelerin, preterm bebeğe verecekleri temel bakım (emzirme, besleme, ağız bakımı, göz bakımı, cilt bakımı, perine bakımı, bebek banyosu, pişik bakımı, gaz çıkarma, uyku düzeni ve giysi seçimi), preterm bebeğin sağlık sorunlarına ilişkin gereken bakım (aspirasyon, stoma bakımı, solunum desteği vb.) ve oluşabilecek riskli durumları tanılama konularında ebeveynlere yeterlilik kazandırmaları gerekmektedir. Eve geçiş sürecinde önce ev ortamının değerlendirilmesi, taburculuk sonrası en erken dönemde ailenin ziyaret edilerek evde bebeklerinin bakımında yaşadıkları sorunların ve gereksinimlerinin belirlenmesi konularında hemşirelerin sorumlulukları bulunmaktadır⁶⁰.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Doğum sonu dönem, aileye yeni bir üyenin katılmasından dolayı yeni bir düzenin kurulduğu özel bir dönemi kapsamaktadır. Bu dönemde bebeklerini sağlıklı bir şekilde kucaklarına alma beklentisi içinde olan ebeveynler için bebeğin erken doğumu aile içerisinde krize neden olmaktadır. Bu dönemde ebeveynlerde stres, kaygı ve suçluluk duyguları yoğun bir şekilde yaşanmaktadır. Aile içerisinde oluşan bu krizin çözülmesinde, ebeveynlerdeki stres, kaygı ve suçluluk duygularının önlenmesinde ve ebeveyn-bebek bağlanmasının erken dönemde başlatılmasında hemşirelere önemli sorumluluklar düşmektedir.

YYBÜ yatış sürecinde hemşireler; kanguru bakımı, cenin pozisyonu, sarmalama gibi uygulamalarla ebeveyn-bebek etkileşimini, bireyselleştirilmiş destekleyici gelişimsel bakım ve aile merkezli bakım uygulayarak ebeveynlerin bebek bakımına katılmalarını, YYBÜ yatışından itibaren ebeveynlerin preterm bebeğin taburculuğuna ve evde bakımına hazırlanmalarını sağlarlar.

Çıkar Çatışması: Bildirilmemiştir.

Finansal Destek: Yoktur.

Yazar katkıları:

Araştırma dizaynı: HÖ, YSE, EE

Veri toplama: -

Literatür araştırması: HÖ, YSE, EE

Makale yazımı: HÖ, YSE, EE

Conflict of Interest: Not reported.

Funding: None.

Author contributions:

Study design: HÖ, YSE, EE

Data collection: -

Literature search: HÖ, YSE, EE

Drafting manuscript: HÖ, YSE, EE

KAYNAKLAR

- Chawanpaiboon S, Vogel JP, Moller AB, Lumbiganon P, Petzold M, Hogan D, et al. Global, regional, and national estimates of levels of preterm birth in 2014: A systematic review and modelling analysis. *Lancet Glob Health*. 2019;7(1):e37-e46.
- American Academy of Pediatrics. American College of Obstetricians and Gynecologists, Guidelines for Perinatal Care, USA: American Academy of Pediatrics; 2005.
- World Health Organization (WHO). Born Too Soon The Global Action Report on Preterm Birth [Internet]. 2012 [Erişim Tarihi 31 Mart 2019]. Erişim Adresi: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44864/9789241503433_eng.pdf;jsessionid=7C5DFBD65FB7274E7A2B6FD445E51333?sequence=1
- Kısa C. Postpartum psikiyatrik bozukluklar. *3P Dergisi*. 2004;12(4):3-6.
- Topal K. Pediatrics. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2011.
- Karabudak SS, Ergün S. Yenidoğan hastalıkları ve hemşirelik bakımı. Conk Z, Başbakkal Z, Yılmaz HB, Bolışık B, Editörler. *Pediatric hemşireliği*. Ankara: Güneş Kitabevi; 2018.
- Olusanya BO. Perinatal outcomes of multiple births in Southwest Nigeria. *J Health Popul Nutr*. 2011;29:639-47.
- Kingma PS. Care of the high-risk neonate. Kellerman RD, Bope ET, editors. *Conn's current therapy*. Philadelphia: Elseiver; 2018.
- Olde E, Van Der Hart O, Kleber R, Van Son M. Posttraumatic stress following childbirth: A review. *Clin Psychol Rev*. 2006;26(1):1-16.
- Platt MJ. Outcomes in preterm infants. *Public Health*. 2014;128:399-403.
- Çalışır H, Şeker S, Güler F, Anaç TG, Türkmen M. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebeği yatan ebeveynlerin gereksinimleri ve kaygı düzeyleri. *C.Ü. HYO Derg*. 2008;12(1):31-44.
- Çavuşoğlu H. Çocuk sağlığı hemşireliği- 1. cilt. Genişletilmiş 10. Baskı. Ankara: Sistem Ofset Basımevi; 2013, s.51-67.
- Kılıçarslan Törüner E, Büyükgöncü L. Çocuk sağlığı temel hemşirelik yaklaşımları. 2. Baskı. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri; 2017, s. 19-23.
- Gowen CW. Fetal and neonatal medicine. Marcdante KJ, Kliegman RM, editors. *Nelson essentials of pediatrics*. Philadelphia: Elseiver; 2019, s.219-529.
- Can G, Çoban A, İnce Z, Özmen M. Yenidoğan ve hastalıkları. Neyzi O, Ertuğrul T, Editörler. *Pediatric*. 4. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2010, s.505-535.
- Çavuşoğlu H. Çocuk sağlığı hemşireliği- 2. cilt. Genişletilmiş 10. Baskı. Ankara: Sistem Ofset Basımevi; 2013, s.57-110.
- Potts NL, Mandelco BL. Pediatric nursing: Caring for children and their families. 2nd ed., Albany: Delmar Thomson Learning Inc; 2007, s.192-197.
- Carlo WA. The high risk infant. Kliegman RM, Stanton BF, Geme JW, Schor NF, Berhman RE, eds. *Nelson textbook of pediatrics*. 19th. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2011, s.532-564.
- Ecevit AN, İnce DA. Yenidoğan bebek. Sarılioğlu F, Varan A, Yazıcı N, Köksoy ÖT, editörler. *Pediatric tanı ve tedavi*. 20. Baskı. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri; 2013, s.1-63.
- Eutrope J, Thierry A, Lempp F, Aupetit L, Saad S, Dodane C, et al. Emotional reactions of mothers facing premature births: Study of 100 mother infant dyads 32 gestational weeks. *PLoS One*. 2014;9:e104093.
- Mehler K, Mainusch A, Hucklenbruch-Rother E, Hahn M, Hunseler C, Kribs A. Increased rate of parental postpartum depression and traumatization in moderate and late preterm infants is independent of the infant motor repertoire. *Early Hum Dev*. 2014;90:797-801.
- Carson C, Redshaw M, Gray R, Quigley MA. Risk of psychological distress in parents of preterm children in the first year: Evidence from the UK Millennium Cohort Study. *BMJ Open*. 2015;5:e0079422.
- Baum N, Weidberg Z, Osher Y, Kohelet D. No longer pregnant, not yet a mother giving birth prematurely to a very low birth weight baby. *Qual Health Res*. 2012;22:595-606.
- Goutaudier N, Lopez A, Séjourné N, Denis A, Chabrol H. Premature birth: Subjective and psychological experiences in the first weeks following childbirth, a mixed methods study. *J Reprod Infant Psychol*. 2011;29:364-373.
- Horwitz SM, Leibovitz A, Lilo E, Jo B, Debattista A, St John N, et al. Does an intervention to reduce maternal anxiety, depression and trauma also improve mothers' perceptions of their preterm infants' vulnerability? *Infant Ment Health J*. 2015;36(3):42-52.
- Korja R, Latva R, Lehtonen L. The effects of preterm birth on mother-infant interaction and attachment during the infant's first two years. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2012;91(2):164-173.

27. Amorim M, Silva S, Kelly-Irving M, Alves E. Quality of life among parents of preterm infants: A scoping review. *Qual Life Res.* 2018;27(5):1119-1131.
28. McLaurin KK, Hall CB, Jackson EA, Owens OV, Mahadevia PJ. Persistence of morbidity and cost differences between late-preterm and term infants during the first year of life. *J Pediatr.* 2009;123(2):653-659.
29. Hintz SR, Bann CM, Ambalavanan N, Cotten CM, Das A, Higgins RD. Predicting time to hospital discharge for extremely preterm infants. *J Pediatr.* 2010;125(1):e146-e154.
30. Ahmadzadeh N, Rezapour A, Ghanavatinejad Z, Nouhi M, Karimi S, Saravani A, Nasre Tahoonah A, Jahangiri R. Estimation of economic burden of preterm and premature births in Iran. *Med J Islam Repub Iran.* 2017;31:78.
31. Frey HA, Klebanoff MA. The epidemiology, etiology, and costs of preterm birth. *Seminars in Fetal & Neonatal Medicine.* 2016;21(2):68-73.
32. Petrou S, Mehta Z, Hockley C, Cook-Mozaffari P, Henderson J, Goldacre M. The impact of preterm birth on hospital inpatient admissions and costs during the first 5 years of life. *J Pediatr.* 2003;112(6):1290-1297.
33. Lakshmanan A, Agni M, Lieu T, Fleegler E, Kipke M, Friedlich PS, et al. The impact of preterm birth <37 weeks on parents and families: A cross-sectional study in the 2 years after discharge from the neonatal intensive care unit. *Health Qual Life Outcomes.* 2017;15(1):38.
34. Kuzniewicz MW, Parker SJ, Schnake-Mahl A, Escobar GJ. Hospital readmissions and emergency department visits in moderate preterm, late preterm, and early term infants. *Clin Perinatol.* 2013;40(4):753-775.
35. Özdoğan T, Aldemir EY, Kavuncuoğlu S. Orta derece ve geç prematüre bebekler ve sorunları. *İKSST Derg.* 2014;6(2):57-64.
36. de Kieviet JF, Zoetebier L, van Elburg RM, Vermeulen RJ, Oosterlaan J. Brain development of very preterm and very low-birth weight children in childhood and adolescence: A meta-analysis. *Dev Med Child Neurol.* 2012;54(4):313-323.
37. Burnett AC, Scratch SE, Lee KJ, Cheong J, Searle K, Hutchinson E, et al. Executive function in adolescents born <1000g or <28 weeks: A prospective cohort study. *Pediatrics.* 2015;135(4):e826-e834.
38. Erdem Y. Anxiety levels of mothers whose infants have been cared for in unit level-I of a neonatal intensive care unit in Turkey. *Journal of Clinical Nursing.* 2010;19(11-12):1738-1747.
39. Çırlak A, Erdemir F. Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde yatan bebeklerin ebeveynlerinin rahatlık düzeyi. *Anadolu Hem Sağ Bil Derg.* 2013;16(2):73-81.
40. Taş Arslan F, Turgut R. Prematüre bebek annelerinin evdeki bakım gereksinimleri ve bakım verme yeterliliklerini algılama durumları. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi.* 2013;6(3):119-124.
41. Boykova M. Life after discharge: What parents of preterm infants say about their transition to home? *Newborn and Infant Nursing Reviews.* 2016;16(2):58-65.
42. Conde-Agudelo A, Díaz-Rossello JL. Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birth weight infants. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;23(8):CD002771.
43. Öztürk C, Ayar D. Pediatri hemşireliğinde aile merkezli bakım. *DEUHYO ED.* 2014;7(4):315-320.
44. Smith VC, Hwang SS, Dukhovny D, Young S, Pursley DM. Neonatal intensive care unit discharge preparation, family readiness and infant outcomes: Connecting the dots. *J Perinatol.* 2013;33(6):415-421.
45. Arpacı T, Altay N. Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde bireyselleştirilmiş gelişimsel bakım: Güncel yaklaşımlar. *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci.* 2017;9(3):245-254.
46. Gönülal D, Yalaz M, Altun-Köroğlu Ö, Kültürsay N. Both parents of neonatal intensive care unit patients are at risk of depression. *Turk J Pediatr.* 2014;56(2):171-176.
47. Kurt FY, Küçüköğlü S, Özdemir AA, Özcan Z. The effect of kangaroo care on maternal attachment in preterm infants. *Niger J Clin Pract.* 2020;23(1):26-32.
48. Zeraati H, Nasimi F, Shahinfar J, Delaiee MM, Momenizadeh A, Barfidokht A. The effect of family-centered care program on maternal attachment in mothers of premature infants. *JBUMS.* 2017;16(6):22-27.
49. Bostanabad MA, NamdarAreshtanab H, Balila M, Jafarabadi MA, Ravanbakhsh K. Effect of family-centered intervention in neonatal intensive care unit on anxiety of parents. *Int J Pediatr.* 2017;5(6):5101-5111.
50. Sweeney S, Rothstein R, Visintainer P, Rothstein R, Singh R. Impact of kangaroo care on parental anxiety level and parenting skills for preterm infants in the neonatal intensive care unit. *Journal of Neonatal Nursing.* 2017;23(3):151-158.
51. Özbek A, Miral S. Çocuk ruh sağlığı açısından prematürite. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi.* 2003;46:317-327.
52. Bastani F, Rajai N, Farsi Z. The effects of kangaroo care on the sleep and wake states of preterm infants. *J Nurs Res.* 2017;25(3):231-239.
53. Everekliyan M, Posmontier B. The Impact of kangaroo care on premature infant weight gain. *J Pediatr Nurs.* 2017;34:e10-e16.
54. Cho ES, Kim SJ, Kwon MS, Cho H, Kim EH, Jun EM, et al. The effects of kangaroo care in the neonatal intensive care unit on the physiological functions of preterm infants, maternal-infant attachment, and maternal stress. *J Pediatr Nurs.* 2016;31(4):430-438.
55. Cho ES, Kim SJ, Kwon MS, Cho H, Kim EH, Jun EM, et al. The effects of kangaroo care in the neonatal intensive care unit on the physiological functions of preterm infants, maternal-infant attachment, and maternal stress. *J Pediatr Nurs.* 2016;31(4):430-438.

56. Xie X, Chen X, Sun P, Cao A, Zhuang Y, Xiong X, et al. Kangaroo mother care reduces noninvasive ventilation and total oxygen support duration in extremely low birth weight infants. *Am J Perinatol.* 2019;10.1055/s-0039-3402717.
57. da Silva LJ, Leite JL, Scochi CG, da Silva LR, da Silva TP. Nurses' adherence to the kangaroo care method: Support for nursing care management. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2015;23(3):483-490.
58. Yu YT, Huang WC, Hsieh WS, Chang J, Lin CH, Hsieh S, et al. Family-centered care enhanced neonatal neurophysiological function in preterm infants: Randomized controlled trial. *Phys Ther.* 2019;99(12):1690-1702.
59. Lv B, Gao XR, Sun J, Li TT, Ye Liu Z, Latour JM, et al. Family-centered care improves clinical outcomes of very-low-birth-weight infants: A quasi-experimental study. *Front Pediatr.* 2019;7:138.
60. Okumuş N. Prematüre ve sorunlarına genel bakış. Numan O, Editör. *Hayata prematüre başlayanlar.* Ankara: Aysun Yayıncılık; 2012.

Düzeltilme

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi'nin 2020 Mayıs/Ağustos 2. sayısında yayınlanan "Hemodiyaliz Hastalarında Konfor Düzeyinin İncelenmesi" makalesinin yazarı Gülay TURGAY'ın ad-soyadı sehven Turgay GÜLAY olarak yazılmıştır. Bu nedenle, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi'nin Eylül/Aralık 3. sayısında yazarın ad-soyad bilgileri ve makalenin künyesi düzeltilmiş hali ile aşağıda belirtilmiştir.

Turgay G, Özdemir Eler Ç, Ökdem Ş, Akgün Çıtak E. Hemodiyaliz Hastalarında Konfor Düzeyinin İncelenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 2020;7(2):122-129. DOI: 10.31125/hunhemsire.763155

Yazarlara Bilgi

Dergi Hakkında

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

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

Makale Kabulü

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

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

Makale gönderme sürecinde tüm yazarların ORCID numaralarını belirtmeleri gerekmektedir. ORCID hesabı ücretsiz olup "<https://orcid.org/register>" adresinden hesap oluşturulabilir. Makalelerin değerlendirilmeye alınabilmesi için etik kurul onay belgesinin sisteme yüklenmesi gerekmektedir.

Yayın Hakkı Devir Formu

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

Yazarlık Katkısı

Makalede yazar olarak belirtilen her kişi International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) tarafından önerilen yazarlık kriterlerini karşılamalıdır (www.icmje.org). Dergi etik kuralları ayrıntılı olarak yayın politikaları bölümünde yer almaktadır.

Çıkar Çatışmaları

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

Makalenin Hazırlanması

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

Dergiye gönderilen randomize çalışmalar CONSORT (<http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/consort/>), gözlemsel çalışmalar STROBE (<http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/strobe/>), tanısal değerli çalışmalar STARD (<http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/stard/>) sistematik derleme ve meta-analizler PRISMA (<http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/prisma/>), nitel çalışmalar COREQ (<http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/coreq/>) ve

randomize olmayan davranış ve halk sağlığıyla ilgili çalışmalar TREND (<http://www.cdc.gov/trendstatement/>) kılavuzlarına uyumlu olmalıdır.

Başlık Sayfası - HUHEMFAD_başlık_sayfası

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

Makalelerin Türkçe-İngilizce adı

Türkçe-İngilizce kısa başlığı (kelimeler arasındaki boşluklar ile beraber en fazla 40 karakter),

En son akademik dereceleriyle, tüm yazarların adı-soyadı, çalıştıkları kurum, bölüm, şehir ve ülke bilgileri, telefon, e-mail ve ORCID bilgileri

Sorumlu yazar ve iletişim bilgileri

Çıkar Çatışması Beyanı

Kurumsal ve Finansal Destek Beyanı

Yazar Katkıları, Etik Kurul İzni (Kurul adı, tarih ve sayı no)

Teşekkür

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

- ÖZ/ABSTRACT (150-200 kelime, Türkçe ve İngilizce hazırlanmalı)
- GİRİŞ
 - Araştırmanın Amacı
- GEREÇ ve YÖNTEM
 - Araştırmanın Türü
 - Araştırma Evren ve Örneklemi
 - Veri Toplama Araçları
 - Veri Toplama Araçlarının Uygulanması
 - Araştırmanın Etik Boyutu
 - Verilerin Analizi
 - Araştırmanın Sınırlılıkları
- BULGULAR
- TARTIŞMA
- SONUÇ ve ÖNERİLER
- KAYNAKLAR

Derleme; Hemşirelik alanında güncel ve gereksinime yönelik konularda, ulusal ve uluslararası literatür kullanılarak konu ile ilgili tartışmaların ve yazar/yazarların görüşlerinin ortaya konduğu çalışmalardır. En fazla 3000 kelime olmalıdır. Derleme makaleler aşağıda verildiği gibi yapılandırılmalıdır;

- ÖZ/ABSTRACT (150-200 kelime, Türkçe ve İngilizce hazırlanmalı)
- GİRİŞ
 - Amaç
- Konu ile ilgili diğer başlıklar
- SONUÇ ve ÖNERİLER
- KAYNAKLAR

Olgu sunumu; Alanda önemli klinik deneyimleri içeren olguların yer aldığı çalışmalardır. En fazla 2000 kelime olmalıdır. Olgu sunumları aşağıda verildiği gibi yapılandırılmalıdır;

- ÖZ/ABSTRACT (150-200 kelime, Türkçe ve İngilizce hazırlanmalı)
- GİRİŞ
 - Amaç
- OLGU SUNUMU
- TARTIŞMA

- KAYNAKLAR

Editöre mektup; Dergide yayımlanan makaleler ile ilgili görüş, katkı, soruları içeren, başlık ve öz bölümleri bulunmayan makalelerdir. En fazla 500 kelime olmalıdır. Editöre mektup yazılarında atıfta bulunulan makalenin adı, yayınlandığı sayı ve tarih belirtilmeli, mektubu yazan kişinin isim, kurum ve adres bilgileri verilmelidir.

Kısaltmalar

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

Öz Sayfası ve Anahtar Kelimeler

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

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

Genel Yazım Kuralları

Bütün başlıklar numaralandırılmadan yazılmalıdır.

Bütün başlıklardan sonra ilk paragraf ve izleyen paragraflar sola yaslanmış olmalı ve yazılar iki yana yaslanmış olmalıdır.

Makale ana metninde ana başlıklar (GİRİŞ/INTRODUCTION, GEREÇ ve YÖNTEM/ MATERIAL and METHODS, BULGULAR/RESULTS, TARTIŞMA/DISCUSSION, SONUÇ ve ÖNERİLER/CONCLUSION) büyük, bold ve sola yaslanmış olarak yazılmalıdır.

Alt başlıklar ise kelimenin ilk harfi büyük, bold ve sola yaslanmış olmalıdır.

Yazılarda alt çizgi kullanılmamalıdır. Vurgulanmak istenen sözcükler italik veya koyu yazılabilir.

Cümle sonunda noktadan önce boşluk bırakılmamalı ve noktadan sonra bir boşluk bırakarak cümleye başlanmalıdır.

Virgülden önce boşluk bırakılmamalı ve cümle içinde kelimeler arasında tek vuruş boşluk bırakılmalıdır.

Ondalık sayılar ayrılırken virgül değil, nokta kullanılmalıdır. % işareti ile rakamlar arasında boşluk bırakılmadan yazılmalıdır. Yüzde işareti Türkçe makalelerde rakamın Önünde, İngilizce makalelerde rakamdan sonra yazılmalıdır. Örneğin, Türkçe için; %38.5, İngilizce için; 38.5%

(), " " ve / işareti kullanılan yerlerde cümle/kelime öncesi ve sonrası boşluk bırakılmadan yazılmalıdır.

Metin, başlık 12 punto koyu renk (bold), öz, ana metin ve kaynaklar 12 punto, tablolar 10 punto olacak şekilde çift satır aralıklı Times New Roman karakterinde iki yana yaslı olarak yazılmalıdır. Yazı A4 boyutunda sayfaya her kenardan 2,5 cm boşluk kalacak şekilde yerleştirilmelidir. Makalelerde dipnot kullanılmamalı, açıklamalar metin içinde verilmelidir. Metinde yer alan şekil, grafik ve fotoğrafların eni 11 cm, boyu 8 cm'yi aşmamalıdır.

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

Etik Kurallar

Klinik ve deneysel çalışmalar için etik kurul onayı alınmış olmalıdır. Deneysel çalışmaların sonuçlarını bildiren makalelerde, çalışmanın yapıldığı kişilere uygulanan prosedürlerin niteliği tümüyle açıklandıktan sonra, onaylarının alındığına ilişkin bir açıklamaya metin içinde yer verilmelidir. Hasta onamları, etik kurul onayının alındığı kurumun adı, belge numarası ve tarihi tam metin dosyasında yer alan "Yöntemler" bölümü altına yazılmalıdır. Çift-kör hakemlik ilkesi ele alındığı için ilk gönderilen makalelerde etik kurul onayı yazılırken, kurum bilgisi verilmemelidir.

Çalışmada "Hayvan" ögesi kullanılmış, ise yazarlar, makalenin GEREÇ ve YÖNTEM bölümünde Guide for the Care and Use of Laboratory Animals (www.nap.edu/catalog/5140.html) prensipleri doğrultusunda çalışmalarında hayvan haklarını koruduklarını ve kurumlarının etik kurullarından onay aldıklarını belirtmek zorundadır

Dergi, "İnsan" ögesinin içinde bulunduğu tüm çalışmalarda Helsinki Deklerasyonu Prensipleri'ne uygunluk (<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>) ilkesini kabul eder. Yazarlar, makalenin GEREÇ ve YÖNTEM bölümünde bu prensiplere uygun olarak çalışmayı yaptıklarını, kurumlarının etik kurullarından ve çalışmaya katılmış, insanlardan "Bilgilendirilmiş, onam formu" (informed consent) aldıklarını belirtmek zorundadır. Tüm makalelerde "Araştırma ve Yayın Etiğine" uyulduğuna dair bir ifadeye yer verilmelidir.

Olgu sunumlarında da benzer şekilde hastalardan "Bilgilendirilmiş, onam formu" (informed consent) alınmalıdır. Bu bilgi, yazar tarafından olgunun sunumu kısmında belirtilmelidir.

Kullanılan fikir ve sanat eserleri için telif hakları düzenlemelerine riayet edilmesi gerekmektedir.

Aşağıda örnekte yer alan bilgilerin İngilizce ve Türkçe olarak (etik kurul onayı: kurul adı, sayı no ve tarih bilgileri, çıkar çatışması, finansal destek bilgisi, katılımcı onamı ve yazar katkıları ve teşekkür) makalenin sonuna (sonuç bölümünden sonra) eklenmesi gerekmektedir.

Etik Kurul Onayı: Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan alınmıştır (Karar No: GO17/907-16, Karar Tarihi: 17.05.2019).

Çıkar Çatışması: Bildirilmemiştir.

Finansal Destek: Yoktur.

Katılımcı Onamı: Çocuklar ve/veya ebeveynlerinden bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

Yazar katkıları:

Araştırma dizaynı: HP, HK, GSB

Veri Toplama: HK, GSB, HP

Veri Analizi: HP

Makale Yazımı: HP, HK

Teşekkür: Yazarlar araştırmaya katılmayı kabul eden tüm ebeveyn ve çocuklara teşekkürlerini sunar.

Ethics Committee Approval: Approval was obtained from Non-interventional Clinical Research Ethics Committee of Hacettepe University (Decision number: GO17/907-16).

Conflict of Interest: Not reported.

Funding: None.

Exhibitor Consent: Informed consent was obtained from children and/or their parents.

Author contributions:

Study design: HP, HK, GSB

Data collection: HK, GSB, HP

Data analysis: HP

Drafting manuscript: HP, HK

Acknowledgement: We would like to thank all children and their parents who approved to participate to the study.

Tablolar

Tablolar ayrı bir dosya olarak eklenmeli, ana metin içerisindeki geçiş sıralarına uygun olarak numaralandırılmalı ve ana metin içerisinde yerleştirilmesi istenen yerler belirtilmelidir (Örn: "(Tablo 1 ekleyiniz)" vb.). Tabloların üzerinde tanımlayıcı bir başlık yer almalı ve tablo içerisinde geçen kısaltmaların açılımları tablo altına tanımlanmalıdır. Tablolar Microsoft Office Word dosyası içinde kolay okunabilir şekilde düzenlenmelidir. Tablolarda sunulan veriler ana

metinde sunulan verilerin tekrarı olmamalı; ana metindeki verileri destekleyici nitelikte olmalıdırlar. Makalelerde en fazla 5 (beş) adet tablo verilmelidir.

Kaynaklar

Kaynakların yazımında Vancouver stili kullanılmalıdır. https://library.vcc.ca/media/vcc-library/content-assets/documents/VancouverStyleGuide_ACM_2018.pdf

Kaynaklar metin içindeki geçiş sırasına göre numaralandırılmalıdır. Yalnızca yayınlanmış ya da yayınlanmak üzere kabul edilmiş ve güncel çalışmalar kullanılmalıdır. Kaynak seçiminde son 10 yıl içerisinde yayınlanmış yayınlara öncelik verilmesi gönderilen makalelerin değerlendirilme sürecinde yayın kurulu tarafından olumlu karşılanmaktadır. Ulaşılması mümkün olmayan ve veri tabanlarında indekslenmeyen kaynaklar kullanılmamalıdır.

Birden fazla kaynak kullanıldıysa kaynaklar arasına virgül konulmalıdır. Arka arkaya ikiden fazla kaynak kullanımında ilk ve son kaynak numaraları belirtilmeli ve araya "tire" işareti konulmalıdır (örneğin 2-6). Kaynak numaraları üst simge şeklinde belirtilmelidir.

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

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

Kaynakların yazım şekli ve noktalamalar aşağıdaki örneklere uygun olmalıdır.

Bilimsel Dergi Makalesi

Yazar A (Soy isim İsmi başharfi), Yazar B, Yazar C, Yazar ç, Yazar D, Yazar E ve ark. (ilk altı yazarın ismi yazılır, daha fazla isimli makalelerde altı yazardan sonra ve arkadaşları ifadesi kullanılır) Makale Adı. Dergi adı (varsa kısaltması; dergi isimlerinin kısaltması ya Medline, CPlus Core Journal Coverage list ya da Pubmed Journals Database'den bulunabilir). Yayın yılı; cilt(sayı): sayfa numaraları.

Örnek:

Huth EJ. Guidelines on authorship of medical papers. Ann Intern Med. 1986;104(2):269- 74.

Baskı aşamasında olan yabancı dilde bir makale

Yazar A, Yazar B, Yazar C, Yazar ç, Yazar D, Yazar E, ve ark. Makale Adı. Dergi adı. Baskıda Yayın yılı. doi numarası (varsa).

Örnek:

Cascio A, Mezzatesta ML, Odierna A, Di Bernardo F, Barberi G, Laria C, et al. Extended- spectrum beta-lactamase-producing and carbapenemase-producing Enterobacter cloacae ventriculitis successfully treated with intraventricular colistin. Int J Infect Dis. (in press). 2014. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijid.2013.11.012>

Kitap

Yazar A, Yazar B, Yazar C, Yazar ç, Yazar D, Yazar E ve ark. Kitap adı. Baskı sayısı (1.'den sonrakiler için). Yayın yeri: Yayınevi; Yayın Yılı.

Kitap İçinde Yayın (Bölüm ya da Makale)

Editörlü bir kitap içindeki bir bölüm

Yazar A, Yazar B. Bölüm adı. Editör A, Editör(ler). Kitap adı. Baskı sayısı (1.'den sonrakiler için). Yayın yeri: Yayınevi; Yayın Yılı.

Örnek:

Blaxter M. Social class and health inequalities. Carter C, Peel J, editors. Equalities and inequalities in health. London: Academic Press; 1976.

Editörsüz bir kitap içindeki bir bölüm

Yazar A, Yazar B. Kitap adı. Baskı sayısı (1.'den sonrakiler için). Yayın yeri: Yayınevi; Yayın Yılı. Bölüm numarası, Bölüm adı; s.sayfa numaraları.

örnek:

Speroff L, Fritz MA. Clinical gynaecologic endocrinology and infertility. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2005. Chapter 29, Endometriosis; p.1103-33.

Bildiri – Yayınlanmış

Yazar A. Bildiri Adı. Editör A, Editör(ler). Toplantı adı; Toplantı Tarihi; Toplantı Yeri. Yayın Yeri: Yayınevi; Yayın Yılı. s. Sayfa numarası.

Örnek

Uçak N. Sosyal Bilimlerde Bilginin üretimi, Erişimi ve Kullanımı. Horata O, Editör. Sosyal Bilimlerde Süreli Yayınlar ve Bilgi Teknolojileri Sempozyumu; 2 Nisan 2005; Ankara. An- kara; Yeni Avrasya; 2005. s.92–103.

Bildiri – Yayınlanmamış

Konuşmacı A. Bildiri Adı [Bildiri]. Toplantı Adı; Toplantı tarihi; Toplantı Yeri.

Örnek:

Tonta Y. Bilgi Yönetiminde Son Gelişmeler, İşbirliği ve Açık Erişim [Bildiri]. Akademik Bilişim; 06 şubat 2006; Gaziantep, Türkiye.

Poster

Yazar A. Posterin Adı [Poster]. Toplantı Adı; Toplantı tarihi; Toplantı Yeri

Örnek:

Önal İ. Historical perspectives on school librarianship [Poster]. 68th IFLA General Conference and Council; August 2002; Glasgow, Scotland.

Patent

Buluş Yapan Adı. Buluş Adı, ülke Patent No. Yayın Yeri; Yayınevi, Yayın Yılı.

Örnek:

Kavur KH. Heart flowerpot, U.S. Patent No. D518,755. Washington, DC: U.S; Patent and Trade- mark Office; 2006.

Tez

Yazar A. Tez Adı [Yüksek lisans/Doktora/Sanatta yeterlik tezi]. Yer: üniversite Adı; Yayın Yılı.

Örnek:

Özbaş ZY. Acidophilus'lu Yoğurt üretim Teknikleri [Doktora tezi]. Ankara: Hacettepe üniversitesi; 1991.

Kay JG. Intracellular cytokine trafficking and phagocytosis in macrophages [PhD thesis]. St Lucia, Qld: University of Queensland; 2007.

Web adresi

Yazar, A. (varsa), Konu başlığı [Internet]. Yayın yılı [Erişim Tarihi]. Erişim adresi:

Örnek:

Atherton, J. Behaviour modification [Internet]. 2008 [Erişim Tarihi 10 Nisan 2010]. Erişim adresi: http://www.learningandteaching.info/learning/behaviour_mod.htm

Queensland Health. Pandemic (H1N1) 2009 (Human Swine Influenza) [Internet]. 2010 [Erişim Tarihi 7 Nisan 2010]. Erişim adresi: <http://www.health.qld.gov.au/swineflu/>

İnternetteki adresler zaman içerisinde değişebildiği için, kaynaklar yazılırken erişim tarihi ve adresinin verilmesi zorunludur.

Rapor

Yazar, A ya da Kuruluş adı (varsa). Rapor Adı, Yayın Yeri: Yayınlayan/Hazırlatan Kuruluş; Basım yılı. Sayfa Sayısı (varsa). Rapor Numarası (varsa).

Örnek:

Australia. Parliament. Senate. Select Committee on Climate Policy. Climate policy report. Canberra: The Senate; 2009.

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

* Yazım kuralları Mart 2020 tarihinde güncellenmiştir.

İletişim

Dr. Öğr. Üyesi Seher Başaran Açıl

Arş. Gör. Dr. Gül Hatice Tarakçioğlu Çelik

Arş. Gör. Merve Mert Karadaş

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi Yayın Sekreteri

Adres : Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Samanpazarı, 06100 Ankara

Tel : 0 312 305 15 80

E.posta : hbdergisi@hacettepe.edu.tr

Web : <http://hacettepehemsirelikdergisi.org>

INFORMATION FOR AUTHORS

About the Journal

Journal of Hacettepe University Faculty of Nursing is an official publication of Hacettepe University Faculty of Nursing. The journal is published three times a year as an international, periodical and open access publication in Turkish and English languages, in accordance with the principles of independent, unbiased and double-blind peer-review. Articles published in the journal are available to researchers and readers free of charge on <http://www.hacettepehemsirelikdergisi.org>.

The target audience of the journal is nurses, nurse educators, nursing students, health decision makers and other members of the health team. Journal of Hacettepe University Faculty of Nursing accepts original research articles, case reports, review articles, editorial comments and letter to the editor in the field of nursing science, nursing practices, education and management.

Manuscript Acceptance

Manuscripts must be submitted online at <http://www.hacettepehemselemedergisi.org>. Articles sent by email or mail will not be taken into consideration. Manuscripts are reviewed in terms of compliance with the aim of the journal, ethical and scientific principles, accuracy, currency and the applicability of findings/ideas to the target audience.

Manuscripts submitted to the journal must not have been previously published in another electronic or printed environment. For manuscripts presented in a conference, the full name, date, city and country of the conference should be specified. The authors are responsible for the compliance of the manuscripts with laws and codes of ethics and the accuracy of the information. The financial and legal responsibility of the text, table(s), figure(s), image(s) and all kinds of content used in the manuscript which may be subject to national and international copyrights belong to the authors. No payment will be done to authors by any means of their manuscript.

Copyright Transfer Form

The authors assign all kinds of copyrights within the framework of national and international laws to the journal starting from the evaluation of the manuscripts. For this purpose, Copyright Transfer Form signed by all authors should be uploaded to the system during article submission. Click for Copyright Transfer Form (Link).

Authorship Contribution

Each person designated as an author must meet the authorship criteria proposed by the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) (www.icmje.org). Journal Ethical Standards is detailed on <http://www.hacettepehemselemedergisi.org/etik.php?id=29>.

Conflicts of Interest

Authors should declare all kinds of assistance and other support received for the research from person(s) or organization(s) to the editorial board and ICMJE Form for Disclosure of Potential Conflicts of Interest must be completed and uploaded to the system in order to explain the conflict of interest <http://icmje.org/conflicts-of-interest/>

Manuscript Preparation

Journal of Hacettepe University Faculty of Nursing has adopted the rules of ICMJE-Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing and Publication of Scholarly Work for in Medical Journals (updated in December 2017 - www.icmje.org) prepared by ICMJE in the preparation of the manuscript rules and determining the format of the article.

Reports of randomized controlled trials must follow the CONSolidated Standards of Reporting Trials (CONSORT) (<http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/consort/>). Reports of nonexperimental quantitative studies should follow the Strengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology (STROBE) guidelines (<http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/strobe/>), while reports of diagnostic accuracy studies should follow the STAndards for the Reporting of Diagnostic Accuracy (STARD) studies (<http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/stard/>). Sytematic reviews and meta-analyzes should follow the PRISMA guidelines (<http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/prisma/>), qualitative studies should follow Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ) (<http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/coreq/>) and non-randomized behavior and public health studies should follow the TREND statement (<http://www.cdc.gov/trendstatement/>).

Ethical commission report prepared within the framework of WMA Declaration of Helsinki-Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects and Guide for the Care and Use of Laboratory Animals is required for experimental and clinical studies, drug researches and some case reports. If deemed necessary, the journal may request the ethical commission report or any other substitute official document from the authors.

In the articles reporting the results of the experimental studies, a statement indicating that the consent of the participants involved in the study was obtained after fully explaining the nature of the procedures applied should be included in the text. Patient consent, number and date of ethics committee approval document should be written under "Methods" section of the manuscript. Since the double-blind refereeing principle has been addressed, no information about the institution should be provided when the ethics committee approval is stated in the first submitted articles.

Manuscript Evaluation

Ethics committee approval must be uploaded to the system in order manuscript to be evaluated.

All authors are required to provide their ORCID number during the submission process. The ORCID account is free and can be created at "<https://orcid.org/register>".

In the first step, the manuscripts submitted to the journal are evaluated by the journal secretary in terms of compliance with the manuscript writing rules. It is then pre-evaluated by the editors; plagiarism, copy and duplicate publication controls are performed at this stage. The manuscripts passed through the pre-evaluation process are sent to at least 3 members of the reviewer committee by double-blind method for review. Reviewer committee members are selected from independent experts with publications and citations in the international literature on the subject of the manuscript. A member from the reviewer committee works in the field of statistics takes part in the evaluation of research, systematic reviews and meta-analysis. The authors agree to the corrections requested by the reviewer committee members and the editor. After the manuscripts are accepted for publication, no author can be added or removed and the order of the authors cannot be changed.

If the manuscripts that are in the process of evaluation are withdrawn by the authors without a justification accepted by the journal, the result of the manuscript evaluation is accepted as rejection. In addition, failure to make the corrections on time is considered as a reason for rejection of the manuscript. The first evaluation process of the manuscripts sent to the journal is completed within 6-10 weeks and the authors are given feedback. The decisions made as a result of the evaluation process are "the manuscript can be published", "the manuscript can be published if corrected", "the manuscript requires intensive editing and rewriting" and "the manuscript cannot be published".

The journal online manuscript submission system guides the authors step by step in the article submission stage. The manuscripts that will be uploaded to the system should be prepared by using Microsoft Office Word program and the technical specifications should be in the following format according to their types.

Title Page - JOHUFON title page

For each article type, the title page must be uploaded to the online system as a separate Microsoft Word file, and the title page should contain the following information:

- The Turkish and English title of the manuscript
- The Turkish and English running head (up to 40 characters with spaces between words)
- Name and surname, credentials, position title, department, place of employment or organizational affiliation, city and country, phone number, e-mail address and ORCID number of all authors
- Corresponding author and contact information
- Conflict of Interest Statement
- Disclosure of funding sources
- Author contributions, ethics committee approval
- Acknowledgements

Research; Completed and reported studies of scientific research process. Research manuscripts should be no more than 5000 words including abstract, figures, tables and references. The content of the manuscript must be as below:

- ABSTRACT/ÖZ (150-200 words, must be written in Turkish and English)
- INTRODUCTION
 - Aim
- MATERIAL and METHODS

- Study Design
- Study Sample
- Data Collection Tools
- Data Collection
- Ethical Consideration or Ethical Approval
- Data Analysis
- Limitations
- RESULTS
- DISCUSSION
- CONCLUSION
- REFERENCES

Review includes discussions of current and need-based nursing topics based on the national and international literature and authors' opinions. It should be no more than 3000 words. The content of the manuscript must be as below:

- ABSTRACT/ÖZ (150-200 words, must be written in Turkish and English)
- INTRODUCTION
 - Aim
- Titles on related topics
- REFERENCES

Case Reports are the studies that include important clinical experiences in the field. It should be no more than 2000 words.

- ABSTRACT/ÖZ (150-200 words, must be written in Turkish and English)
- INTRODUCTION
 - Aim
- CASE REPORT
- DISCUSSION
- REFERENCES

Letter to the Editor include comments, contribution, and issues written about previous articles published in the journal. It should be no more than 500 words. It does not include title and abstract. Letter should include notes indicating the attribution to article with the title and the number and date of publication. Name, affiliation and address of the author should be given.

Abbreviations

The title and the abstract should not include any abbreviations. Abbreviations used should be defined in parenthesis where the full word is first mentioned.

Abstract and Keywords

Abstract page should consist of 150-200 words in Turkish and English. Research articles must have structured abstract with aim, material and methods, results and conclusion; reviews and case reports must have non-structured abstract. Letter to the editor shouldn't have abstract.

At the end of Turkish and English abstracts, minimum 3 and maximum 5 key words must be provided in English and Turkish. Turkish keywords should conform to "Türkiye Bilim Terimleri" (<http://www.bilimterimleri.com>) and English keywords should conform to "Medical Subject Headings (MeSH)" (www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html). Keywords should be given in alphabetical order of both languages.

Tables

Tables should be added another file, numbered in accordance with the order of passage in the main text and the places to be placed in the main text should be specified (For example: "(Add Table 1)" etc.). Each table should have a caption and table caption must be placed above corresponding Table. Abbreviations presented in the table should be defined under the table. Tables should be organized in an easy-to-read format in the Microsoft Office Word file. The data presented in the tables should not be a repetition of the data presented in the main text, but should support the data in the main text. Manuscripts should not exceed 5 tables.

Manuscript Text Page

Manuscript should be prepared in accordance with the following;

- Title must be written bold and 12 fonts with Times New Roman.
- Abstract, manuscript text page, and references must be written 12 fonts with Times New Roman.
- Tables must be written 10 fonts with Times New Roman.
- All pages must be written double-spaced, and justify text on both sides.
- Pages should have 2.5 cm spaces among all sides.
- Footnotes shouldn't be used in manuscripts; explanations should be given in the text.
- Figures, graphics, and photographs should be 11 cm in width, 8 cm in length.

Manuscript text shouldn't contain any author information for unbiased evaluation. In the manuscripts, the spelling guide of Turkish Language Institution should be followed and Turkish words should be used as much as possible instead of foreign words.

References

Vancouver style is used in referencing.

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

References must be listed serially according to the order of mentioning in the text. Only published or accepted manuscripts should be used. Giving priority to the publications published in the last 10 years is welcomed by the editorial board during the evaluation process of the submitted articles. Resources that are not accessible and that are not indexed in databases should not be used. Journal names should be abbreviated according to the National Library of Medicine format (Patrias K. Citing medicine: the NLM style guide for authors, editors, and publishers [Internet]. 2nd ed. Wendling DL, technical editor. Bethesda (MD): National Library of Medicine (US); 2007 - [updated 2011 Sep 15; cited Year Month Day]. Available from: <http://www.nlm.nih.gov/citingmedicine>).

Multiple references must be separated by comma, if used. When using more than two consecutive references, the first and last reference numbers must be specified and a hyphen should be inserted between them (e.g. 2-6). Reference numbers in the text should be numbered as superscript numbers.

All authors should be listed if six or fewer, otherwise the first three authors should be listed followed by "ve ark." in Turkish references and "et al." in English references.

For the manuscripts written in English, English translations of Turkish references should be given in parentheses.

References should be written according to the following examples.

Journals: Queija DS, Portas JG, Dedivitis RA, Lehn CN, Barros AP. Swallowing and quality of

life after total laryngectomy and pharyngolaryngectomy. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2009;75(4):556-564.

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

Single-authored book: Cohn PF. *Silent myocardial ischemia and infarction*. 3rd ed. New York: Marcel Dekker; 1993.

Editor (s) as author: Norman IJ, Redfern SJ, editors. *Mental health care for elderly people*. New York: Churchill Livingstone; 1996.

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

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

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

Accepted but not yet published articles: Slots J. The microflora of black stain on human primary teeth. Scand J Dent Res. 1974.

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

Article published in electronic format: Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. Emerg Infect Dis (serial online) 1995 Jan-Mar (cited 1996 June 5): 1(1): (24 screens). Available from: URL: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/cid.htm>.

Current status of the manuscripts under evaluation and other information about the journal can be found at <http://www.hacettepehemsfiyederjisi.org>. You can also contact the journal by using the following contact information.

* Last updated in March 2020.

Contact Information

Assist. Prof. Seher Başaran Açıl

Res. Assist. Dr. Gl Hatice Tarakđiođlu elik

Res. Assist. Merve Mert Karadaş

Journal of Hacettepe University Faculty of Nursing Editorial Secretary

Mailing Address: Hacettepe University Faculty of Nursing 06100 Sıhhiye, Ankara/Turkey

Phone: 0090-312-3242013 Fax: 0090-312-3127085

E-mail: hbdergi@hacettepe.edu.tr

Web: <http://hacettepehemsirelikderjisi.org>

Yıl: 2020 Cilt 7 Sayı 1, Sayı 2 ve Sayı 3, Özel Sayı

Yazar Dizini

Ağgün G. COVID-19 ile Mücadelede Hemşireler. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2020; 7(Özel Sayı): 77-78.

Akdeniz E, Koçoğlu Tanyer D. Altıncı Sınıf Öğrencilerinin Öz Bildirime Dayalı Sağlık Düzeyleri İçin Bir Belirleyici: Aile Sağlık Özellikleri. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2020; 7(1): 31-40. DOI: 10.31125/hunhemsire.715054

Akyar İ. COVID-19 Hastalarında Akut Solunum Sıkıntısı Sendromu (ARDS) Yönetimi ve Hemşirelik Bakımı. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2020; 7(Özel Sayı): 8-14. DOI:10.31125/hunhemsire.775677

Ateş E, Ünver V, Ulus B. İnmeli Hastaya Yönelik Çevre Güvenliği Öğretiminde İki Farklı Simülasyon Uygulamasının Öğrenci Stres, Özgüven ve Memnuniyetine Etkisi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2020; 7(1): 48-56. DOI: 10.31125/hunhemsire.715061

Baksi A. Durmaz Edeer. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Duygusal Emek ve Genel Sağlık Durumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2020; 7(2): 130-137. DOI: 10.31125/hunhemsire.763157

Banu ÇEVİK, Ziyafet UĞURLU, Aysel ABBASOĞLU, Azize KARAHAN, Çiğdem SALTAN. Ostomili Bireylerin Ostomiye Uyumlarının ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2020; 7(3): 186-195. DOI: 10.31125/hunhemsire.833584

Caz B. Hemşirenin Sesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2020; 7(Özel Sayı): 76.

Çağlar M, Saray B, Şengül D. Hemşirelik Öğrencilerinin Araştırma Yapma ve Sonuçlarının Kullanımında Karşılaştığı Engeller. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2020; 7(1): 41-47. DOI: 10.31125/hunhemsire.715057

Çalışkan N. Doğan N. Cihan Erdoğan B. Sucu Çakmak NC. Kublashvili AN, Eyüboğlu G. Eyikara E. Hemşirelerin ve Hemşirelik Öğrencilerinin Fiziksel Değerlendirme Becerilerini Kullanma Durumları: Karşılaştırmalı Bir Çalışma. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2020; 7(3): 206-214. DOI: 10.31125/hunhemsire.834028

Duygulu S, Başaran Açıl S, Kuruca Özdemir E, Erdat Y. COVID-19 Salgını: Yönetici Hemşirelerin Rol ve Sorumlulukları. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2020; 7(Özel Sayı): 34-46. DOI: 10.31125/hunhemsire.776215

Eren H, Topuz A, Türkmen AS. Hemşirelik Öğrencilerinin Periferal İntravenöz Kateter Yerleştirme İşlemi Hakkındaki Bilgi ve Beceri Düzeylerinin Belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2020; 7(2): 113-121. DOI: 10.31125/hunhemsire.763142

Gök Metin Z, Gülbahar M. Kalp Yetersizliği Semptom Durum Ölçeğinin Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2020; 7(2): 95-103. DOI: 10.31125/hunhemsire.763128

Gök Metin Z. COVID-19 Hastalığının Fiziopatolojisi ve Holistik Hemşirelik Yaklaşımı. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2020; 7(Özel Sayı): 15-24. DOI: 10.31125/hunhemsire.775658

Güdüllü Öz H, Balcı Yangın H. En Önemli Miras Anne Mikrobiyotası. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2020; 7(3): 285-291. DOI: 10.31125/hunhemsire.834219

Gülây T, Özdemir Eler Ç, Ökdem Ş, Akgün Çıtak E. Hemodiyaliz Hastalarında Konfor Düzeyinin İncelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2020; 7(2): 122-129. DOI: 10.31125/hunhemsire.763155

Hiçdurmaz D, Üzar-Özçetin YS. COVID-19 Pandemisinde Ön Safta Çalışan Hemşirelerin Ruhsal Sağlığının Korunması ve Ruhsal Travmanın Önlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2020; 7(Özel Sayı): 1-7. DOI: 10.31125/hunhemsire.775531

İlgaz A. Yaşlı Bakımında Kültürel Yeterlilik Süreci Modelinin Kullanılması. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2020; 7(3): 278-284. DOI: 10.31125/hunhemsire.834205

İnce S, Bingöl S. Acil Serviste Çalışan Hemşirelerin Hemşirelik Bakım Algıları. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2020; 7(1): 23-30. DOI: 10.31125/hunhemsire.715049

İytemür A, Tekeli Yeşil S. Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Hastane Afet ve Acil Durum Planları ile İlgili Görüşlerinin İncelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2020; 7(2): 138-148. DOI: 10.31125/hunhemsire.763162

Karabağ Aydın A, Kılavuz A. Hemşirelik Öğrencilerinin Bireysel Girişimcilik Algıları ve Yaşam Boyu Öğrenme Eğilimleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2020; 7(3): 240-248. DOI: 10.31125/hunhemsire.834097

Karadağ Arlı Ş, Berivan Bakan A. Kateter İlişkili Üriner Sistem Enfeksiyonları Kontrol Önlemlerine Yönelik Hemşirelerin Bilgi ve Tutumlarının Değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2020; 7(1): 1-7. DOI: 10.31125/hunhemsire.715021

Kulakçı Altıntaş H, Korkmaz Aslan G. Kadınların Meme ve Serviks Kanserinin Erken Tanısına Yönelik Sağlık İnançlarının Değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2020; 7(3): 249-261. DOI: 10.31125/hunhemsire.834101

Kurt Sezer H, Geçkil E, Pediatri Hemşirelerinin Duygu Gereksinimleri ile Maneviyat ve Manevi Bakım Hakkındaki Görüşlerinin İncelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2020; 7(2): 167-174. DOI:10.31125/hunhemsire.763183

Küçük S, Uzun Z, Işık Eyyuplu S. Kemoterapi Tedavisi Alan Çocukların Bakım Vericilerinin Tedaviye Bağlı Komplikasyonlara Yönelik Eğitim Alma ve Uygulama Özellikleri. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2020; 7(2): 87-94. DOI: 10.31125/hunhemsire.763126

- Melike Ayça AY KANATSIZ. Pediatrik Kanselerde Aile Merkezli Psikososyal Bakımın Önemi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2020; 7(1): 78-85. DOI: 10.31125/hunhemsire.715814
- Önder M, Karakaya D. İntihar Girişiminde Bulunan Ergenlerin Ebeveynlerinin Öğrenim Gereksinimleri. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2020; 7(1): 67-72. DOI: 1031125/hunhemsire.715172
- Özbey H, Sezer Efe Y, Erdem E. Preterm Bebeği Olan Aile ve Hemşirelik Yaklaşımı. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2020; 7(3): 292-298. DOI: 10.31125/hunhemsire.834246
- Özden G, Çevik Aktura S, Çıtlık Sarıtaş S, Fekal Mikrobiyota Transplantasyonu ve Hemşirelik Bakımı. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2020; 7(2): 175-179. DOI:10.31125/hunhemsire.763190
- Özdil K, Muz G, Küçük Öztürk G. Yaşlılarda Farmakolojik Olmayan Uygulamalar ve Etkisinin İncelenmesine Yönelik Türkiye'deki Mevcut Tezlerin Değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2020; 7(3): 196-205. DOI: 10.31125/hunhemsire.834007
- Özkan S, Koç G. Kadınlarda Premenstrual Sendrom Yaşanmasını Etkileyen Sosyal ve Kültürel Faktörler. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2020; 7(2): 180-185. DOI:10.31125/hunhemsire.763193
- Özlük B. Farklı Kuşaktaki Hemşirelerin Tıbbi Hata Tutumları. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2020; 7(1), 8-14. DOI: 10.31125/hunhemsire.715027
- Özpulat F, Emiroğlu ON. Effect of the Motivational Interviewing on the Lifestyle, Body Mass Index, Blood Pressure, Self-Efficacy Perception and Medication Adherence of Hypertensive Individuals. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2020; 7(2): 149-160. DOI: 10.31125/hunhemsire.763174
- Pars H, Kazancı H, Söylemez Bayram G. Hastanede Yatan Çocuklarda Malnütrisyon Gelişme Durumunun Değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2020; 7(1):15-22. DOI: 10.31125/hunhemsire.715032
- Pars H. COVID-19 Pandemisinde Çocuklar ve Pediatri Hemşiresinin Rollerini. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2020; 7(Özel Sayı): 66-75. DOI: 10.31125/hunhemsire.776493
- Peksoy S, Şahin S, Demirhan İ, Kaplan S. Hemşirelik Öğrencilerinde Profesyonellik Algısı ve Mesleki Değerlere Bağlılık Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2020; 7(2): 104-112. DOI: 10.31125/hunhemsire.763138
- Sarmasoğlu Ş, Tarakçıoğlu Çelik GH, Korkmaz F. İnceleme: COVID-19 Hastalığından Korunmaya Yönelik Kişisel Koruyucu Ekipman Kullanımı. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2020; 7(Özel Sayı): 47-65. DOI: 10.31125/hunhemsire.776491
- Sayın Kasar K. Ünal E. Çapacı S. Kütmeç Yılmaz C, Duru Aşiret G. Yaşlı Bireylerin Ağrıya Yönelik Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Kullanım Durumu ve Tutumu. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2020; 7(3): 271-277. DOI: 10.31125/hunhemsire.834195
- Su S, Ecevit Alpar Ş. Leuven Kemoterapi Hasta Bilgi Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirliğinin Değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2020; 7(3): 232-239. DOI: 10.31125/hunhemsire.834093

Tat atal A, Cebeci F. Lomber Disk Hernisinde Ağrı, Anksiyete, Depresyon Döngüsü ve Hemşirenin Rolü. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2020; 7(1): 73-77. DOI: 10.31125/hunhemsire.715178

Temiz Z, Aydın Sayılan a, Kanbay Y, Akarsu C. The Effect of Cold Application on Drain-Related Pain Control After Thyroidectomy. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2020; 7(3): 226-231. DOI: 10.31125/hunhemsire.834077

Tepe Medin Ő, Hintistan S, Özoran Y. Dahili Kliniklerde Çalışan Hekim ve Hemşirelerde Ölüm Kaygısının Belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2020; 7(3): 262-270. DOI: 10.31125/hunhemsire.834176

Ünver S, Yılmaz M. Ameliyat Sonrası Dönemde Solunum Egzersizi Günlüğü Kullanımının Düzenli Spirometre Kullanımına Etkisi: Randomize Kontrollü Çalışma. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2020; 7(2): 161-166. DOI: 10.31125/hunhemsire.763179

Yurtsever İ, Karagözoğlu Ő. Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Hastanede Kullanılan Hemşirelik Bakım Planını İyileştirme Konusundaki Görüş ve Önerileri: Karma Modelde Bir Çalışma. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2020; 7(3): 215-225. DOI: 10.31125/hunhemsire.834055

Yücel Ç, Koç G. Perinatal Dönemde COVID-19 Enfeksiyonu Yönetimi: Sağlık Çalışanlarına Öneriler. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2020; 7(Özel Sayı): 25-33. DOI: 10.31125/hunhemsire.775670

Yüksel A, Erzincanlı S. Hemşirelik Öğrencilerinin Sosyal Beceri Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2020; 7(1):57-66. DOI: 10.31125/hunhemsire.715165

Yıl: 2020 Cilt 7 Sayı 1, Sayı 2, Sayı 3 ve Özel Sayı

Konu Dizini

CERRAHİ HASTALIKLAR HEMŞİRELİĞİ

Baksi A, Durmaz Edeer A. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Duygusal Emek ve Genel Sağlık Durumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2020; 7(2): 130-137. DOI: 10.31125/hunhemsire.763157

Karadağ Arlı Ş, Bakan A.B. Kateter İlişkili Üriner Sistem Enfeksiyonları Kontrol Önlemlerine Yönelik Hemşirelerin Bilgi ve Tutumlarının Değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2020; 7(1): 1-7. DOI: 10.31125/hunhemsire.715021

Tat Çatal A, Cebeci F. Lomber Disk Hernisinde Ağrı, Anksiyete, Depresyon Döngüsü ve Hemşirenin Rolü. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2020; 7(1): 73-77. DOI: 10.31125/hunhemsire.715178

Temiz Z, Aydın Sayılan A, Kanbay Y, Akarsu C. The Effect of Cold Application on Drain-Related Pain Control After Thyroidectomy. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2020; 7(3): 226-231. DOI: 10.31125/hunhemsire.834077

Ünver S, Yılmaz M. Ameliyat Sonrası Dönemde Solunum Egzersizi Günlüğü Kullanımının Düzenli Spirometre Kullanımına Etkisi: Randomize Kontrollü Çalışma. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2020; 7(2): 161-166. DOI: 10.31125/hunhemsire.763179

ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ

Kurt Sezer H, Geçkil E. Pediatri Hemşirelerinin Duygu Gereksinimleri ile Maneviyat ve Manevi Bakım Hakkındaki Görüşlerinin İncelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2020; 7(2): 167-174. DOI: 10.31125/hunhemsire.763183

Küçük S, Uzun Z, Işık Eyyuplu S. Kemoterapi Tedavisi Alan Çocukların Bakım Vericilerinin Tedaviye Bağlı Komplikasyonlara Yönelik Eğitim Alma ve Uygulama Özellikleri. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2020; 7(2): 87-94. DOI: 10.31125/hunhemsire.763126

Özbey H, Sezer Efe Y, Erdem E. Preterm Bebeği Olan Aile ve Hemşirelik Yaklaşımı. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2020; 7(3):292-298. DOI: 10.31125/hunhemsire.834246

Pars H, Kazancı H, Söylemez Bayram G. Hastanede Yatan Çocuklarda Malnütrisyon Gelişme Durumunun Değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2020; 7(1): 15-22. DOI: 10.31125/hunhemsire.715032

Pars H. COVID-19 Pandemisinde Çocuklar ve Pediatri Hemşiresinin Rollerini. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2020; 7(Özel Sayı): 66-75. DOI: 10.31125/hunhemsire.776493

DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ

Güdümlü Öz H, Balcı Yangın H. En Önemli Miras Anne Mikrobiyotası. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2020; 7(3):285-291. DOI: 10.31125/hunhemsire.834219

Özkan S, Koç G. Kadınlarda Premenstrual Sendrom Yaşanmasını Etkileyen Sosyal ve Kültürel Faktörler. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2020; 7(2): 180-185. DOI: 10.31125/hunhemsire.763193

Yücel Ç, Koç G. Perinatal Dönemde COVID-19 Enfeksiyonu Yönetimi: Sağlık Çalışanlarına Öneriler. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2020; 7(Özel Sayı): 25-33. DOI: 10.31125/hunhemsire.775670

HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ

Akdeniz E, Koçoğlu Tanyer D. Altıncı Sınıf Öğrencilerinin Öz Bildirime Dayalı Sağlık Düzeyleri İçin Bir Belirleyici: Aile Sağlık Özellikleri. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2020; 7(1): 31-40. DOI: 10.31125/hunhemsire.715054

Ateş E, Ünver V, Ulus B. İnmeli Hastaya Yönelik Çevre Güvenliği Öğretiminde İki Farklı Simülasyon Uygulamasının Öğrenci Stres, Özgüven ve Memnuniyetine Etkisi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2020; 7(1): 48-56. DOI: 10.31125/hunhemsire.715061

İlgaz A. Yaşlı Bakımında Kültürel Yeterlilik Süreci Modelinin Kullanılması. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2020; 7(3): 278-284. DOI: 10.31125/hunhemsire.834205

İytemur A., Tekeli Yeşil S. Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Hastane Afet ve Acil Durum Planları ile İlgili Görüşlerinin İncelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2020; 7(2): 138-148. DOI: 10.31125/hunhemsire.763162

Kulakçı Altıntaş H, Korkmaz Aslan G. Kadınlarda Meme ve Serviks Kanserinin Erken Tanısına Yönelik Sağlık İnançlarının Değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2020; 7(3): 249-261. DOI: 10.31125/hunhemsire.834101

Ozpulat F. Emiroglu O.N. The Effect of the Motivational Interviewing on the Lifestyle, Body Mass Index, Blood Pressure, Self-Efficacy Perception and Medication Adherence of Hypertensive Individuals. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2020; 7(2):149-160. DOI: 10.31125/hunhemsire.763174

Sayın Kasar K, Ünal E, Çapacı S, Kütmeç Yılmaz C, Duru Aşiret G. Yaşlı Bireylerin Ağrıya Yönelik Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Kullanım Durumu ve Tutumu. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2020; 7(3):271-277. DOI: 10.31125/hunhemsire.834195

HEMŞİRELİKTE ÖĞRETİM VE YÖNETİM

Çağlar M, Saray B, Şengül D. Hemşirelik Öğrencilerinin Araştırma Yapma ve Sonuçlarının Kullanımında Karşılaştığı Engeller. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2020; 7(1): 41-47. DOI: 10.31125/hunhemsire.715057

Duygulu S, Başaran Açıl S, Kuruca Özdemir E, Erdat Y. COVID-19 Salgını: Yönetici Hemşirelerin Rol ve Sorumlulukları. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2020; 7(Özel Sayı): 34-46. DOI: 10.31125/hunhemsire.776215

Özlük B. Farklı Kuşaktaki Hemşirelerin Tıbbi Hata Tutumları. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2020; 7(1): 8-14. DOI: 10.31125/hunhemsire.715027

Peksoy S, Şahin S, Demirhan İ, Kaplan S. Hemşirelik Öğrencilerinde Profesyonellik Algısı ve Mesleki Değerlere Bağlılık Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2020; 7(2): 104-112. DOI: 10.31125/hunhemsire.763138

HEMŞİRELİK ESASLARI

Ağgün G. COVID-19 ile Mücadelede Hemşireler. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2020; 7(Özel Sayı): 77-78.

Caz B. Hemşirenin Sesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2020; 7(Özel Sayı): 76.

Çalışkan N, Doğan N, Cihan Erdoğan B, Sucu Çakmak NC, Kublashvili AN, Eyüpoğlu G, Eyikara E. Hemşirelerin ve Hemşirelik Öğrencilerinin Fiziksel Değerlendirme Becerilerini Kullanma Durumları: Karşılaştırmalı Bir Çalışma Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2020; 7(3): 206-214. DOI: 10.31125/hunhemsire.834028

Eren H, Topuz A, Türkmen A.S. Hemşirelik Öğrencilerinin Periferal İntravenöz Kateter Yerleştirme İşlemi Hakkındaki Bilgi ve Beceri Düzeylerinin Belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2020; 7(2): 113-121. DOI: 10.31125/hunhemsire.763142

Kılavuz F, Karabağ Aydın A. Hemşirelik Öğrencilerinin Bireysel Girişimcilik Algıları ve Yaşam Boyu Öğrenme Eğilimleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2020; 7(3):240-248. DOI: 10.31125/hunhemsire.834097

S, Bingöl S. Acil Serviste Çalışan Hemşirelerin Hemşirelik Bakım Algıları. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2020; 7(1): 23-30. DOI: 10.31125/hunhemsire.715049

Sarmasoğlu Ő, TarakŐiođlu Çelik GH, Korkmaz F. İnceleme: COVID-19 Hastalığından Korunmaya Yönelik Kişisel Koruyucu Ekipman Kullanımı. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2020; 7(Özel Sayı): 47-65. DOI: 10.31125/hunhemsire.776491

Su S, Ecevit Alpar Ő. Leuven Kemoterapi Hasta Bilgi Ölçeğinin Türkçe Geçerlik ve Güvenirliğinin Değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2020; 7(3):232-239. DOI: 10.31125/hunhemsire.834093

Yurtsever İ, Karagözoğlu Ő. Bir Üniversite Hastanesinde Őalıřan Hemşirelerin Hastanede Kullanılan Hemşirelik Bakım Planını İyileştirme Konusundaki Görüş ve Önerileri: Karma Modelde Bir Őalıřma. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2020; 7(3): 215-225. DOI: 10.31125/hunhemsire.834055

İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ

Akyar İ. COVID-19 Hastalarında Akut Solunum Sıkıntısı Sendromu (ARDS) Yönetimi ve Hemşirelik Bakımı. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2020; 7 (Özel Sayı): 8-14. DOI: 10.31125/hunhemsire.775677

Çevik B, Uğurlu Z, Abbasoğlu A, Karahan A, Saltan Ő. Ostomili Bireylerin Ostomiye Uyumlarının ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2020; 7(3): 186-195. DOI: 10.31125/hunhemsire.833584

Gök Metin Z, Gülbahar M. Kalp Yetersizliği Semptom Durum Ölçeğinin Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik Őalıřması. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2020; 7(2): 95-103. DOI: 10.31125/hunhemsire.763128

Gök Metin Z. COVID-19 Hastalığının Fizyopatolojisi ve Holistik Hemşirelik Yaklaşımı. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2020; 7 (Özel Sayı):15-24. DOI: 10.31125/hunhemsire.775658

Medin Tepe Ő, Hintistan S, Özoran Y. Dahili Kliniklerde Őalıřan Hekim ve Hemşirelerde Ölüm Kaygısının Belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2020; 7(3): 262-270. DOI: 10.31125/hunhemsire.834176

Özden G., Çevik Aktura S, Çıtlık Sarıtaş S. Fekal Mikrobiyota Transplantasyonu ve Hemşirelik Bakımı. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2020; 7(2): 175-179. DOI: 10.31125/hunhemsire.763190

Özdil K, Muz G, Küçük Öztürk G. Yaşlılarda Farmakolojik Olmayan Uygulamalar ve Etkisinin İncelenmesine Yönelik Türkiye'deki Mevcut Tezlerin Değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2020; 7(3): 196-205. DOI: 10.31125/hunhemsire.834007

Turgay G, Özdemir Eler Ő, Ökdem Ő, Akgün Çıtak E. Hemodiyaliz Hastalarında Konfor Düzeyinin İncelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2020; 7(2): 122-129. DOI: 10.31125/hunhemsire.763155

PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ

Ay Kaatsız MA. Pediatrik Kanserlerde Aile Merkezli Psikososyal Bakımın Önemi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2020; 7(1): 78-85. DOI: 10.31125/hunhemsire.715814

Hiçdurmaz D, Üzar Özçetin YS. COVID-19 Pandemisinde Ön Safta Çalışan Hemşirelerin Ruhsal Sağlığının Korunması ve Ruhsal Travmanın Önlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2020; 7(Özel Sayı): 1-7. DOI: 10.31125/hunhemsire.775531

Önder M, Karakaya D. İntihar Girişiminde Bulunan Ergenlerin Ebeveynlerinin Öğrenim Gereksinimleri. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2020; 7(1): 67-72. DOI: 1031125/hunhemsire.715172

Yüksel A, Erzincanlı S. Hemşirelik Öğrencilerinin Sosyal Beceri Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2020; 7(1): 57-66. DOI: 10.31125/ hunhemsire.715165